



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
Instituto Politécnico
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção de hábitos alimentares saudáveis
nas crianças em idade pré-escolar: uma
intervenção contextualizada**

**“Alimentação equilibrada é a escolha
adequada”**

Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo
Valente Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
Instituto Politécnico
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção de hábitos alimentares saudáveis
nas crianças em idade pré-escolar: uma
intervenção contextualizada**

**“Alimentação equilibrada é a escolha
adequada”**

Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo
Valente Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2019



Constituição do Júri

Presidente


Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro
Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Vogal (Arguente)

Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde

Vogal (Orientadora)

Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira
Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus



A nossa pegada é individual e regista o modo como trilhamos o caminho. Fica marcada consoante o peso das nossas intenções e determinações.

Alves Jorge

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido até este momento, tornou-se também possível pelo apoio e motivação transmitido por todos aqueles que surgiram, e os que se mantiveram incondicionalmente no trilho da minha vida, mesmo que ausentes fisicamente. Agradeço assim,

À minha orientadora Professora Doutora Ermelinda Caldeira, pela orientação, conhecimentos, disponibilidade, apoio e motivação em todas as fases deste projeto.

À minha supervisora Enfermeira Rosa Silvério, pela disponibilidade, conhecimentos, experiência e apoio transmitido no decorrer dos estágios realizados e que enriqueceram o projeto.

Às Educadoras de Infância das salas onde o projeto foi implementado, pelo interesse, envolvimento e colaboração no delineamento e implementação do projeto. À Coordenadora técnica e pedagógica do jardim de infância, pela aceitação, interesse e disponibilidade demonstrada. O agradecimento é extensível à instituição e colaboradores onde o projeto foi implementado. A todas as crianças que estiveram envolvidas no projeto, pelo interesse e motivação demonstrado, assim como a todos os pais / encarregados de educação.

A todos as entidades, parceiros e intervenientes, pela disponibilidade, interesse, iniciativa demonstrado durante a colaboração no projeto, onde evidencio a terapeuta da fala Carmen Alfaiate, a nutricionista Joana Agostinho, a médica interna de pediatria Teresa Almeida e o chef Victor Costa.

Às minhas colegas de mestrado Carmen Agostinho, Susana Valido e Tânia Relíquias, pelo apoio, motivação e companheirismo em momentos muito difíceis. Tornou-se possível com a Vossa ajuda.

À minha entidade patronal, pelas condições favoráveis disponibilizadas que tornaram possível a frequência deste mestrado.

À minha família, pela disponibilidade, apoio e compreensão demonstrados durante estes períodos. À minha mãe e ao meu pai, pela disponibilidade, apoio, motivação e dedicação incondicionais. Ao meu pai e irmão pela vontade de crescer e justificar a responsabilidade em mim depositada. À minha esposa, sem a qual este processo não teria sido realizável, pelo apoio, incentivo, dedicação, paciência e substituição nos momentos de dificuldade com que nos deparámos. Aos meus filhos, pela compreensão, dedicação e força transmitida, apesar dos momentos de ausência.

A todos, o meu muito Obrigado.

RESUMO

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

A manutenção de um estado nutricional adequado e um desenvolvimento desejável na idade pré-escolar estão associados à influência de comportamentos e estilos de vida, que podem ser ensinados. Neste quadro, a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças constitui um importante desafio para todos os envolvidos no seu desenvolvimento.

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de promover hábitos alimentares adequados nas crianças, com 5-6 anos, que frequentam um jardim de infância em Évora.

Após o diagnóstico de situação, identificou-se como problema um comportamento alimentar comprometido em diferentes áreas. Esta constatação impulsionou o desenvolvimento do projeto de intervenção na comunidade designado “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” no âmbito da saúde escolar, direcionado a crianças em idade pré-escolar, seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde.

Estabeleceram-se prioridades e definiram-se estratégias direcionadas às crianças e pais/encarregados de educação. Na avaliação intermédia constatou-se que as intervenções realizadas respondem aos objetivos delineados.

Palavras-chave: Alimentação saudável; Crianças pré-escolares; Saúde escolar.

ABSTRACT

Promotion of healthy eating habits in preschool children: a contextualized intervention

"Balanced food is the right choice"

Maintaining adequate nutritional status and desirable development at pre-school age is associated with the influence of behaviors and lifestyles that can be taught. In this context, the promotion of healthy eating habits in children is an important challenge for all those involved in its development.

The present work was developed with the aim of promoting adequate eating habits in children, aged 5-6, attending a kindergarten in Évora.

After diagnosis of the situation, it was identified as a problem a food behavior compromised in different areas. This finding prompted the development of the intervention project in the community called "Balanced nutrition is the appropriate choice" in the field of school health, aimed at pre-school children, following the Health Planning Methodology.

Priorities were established and strategies were defined for children and parents / guardians. In the mid-term evaluation it was found that the interventions carried out respond to the objectives outlined.

Keywords: Healthy eating; Preschool children; School health.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CILE – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Cm - Centímetro

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DP – Desvio Padrão

DGE - Direção-Geral da Educação

DGEE – Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares

DGESTE-DSRA – Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares-Direção de Serviços da Região do Alentejo

DGS – Direção Geral da Saúde

EFSA - European Food Safety Authority

gr - gramas

h - hora

IAN-AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IMC - Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

JI – Jardim de infância

JINSP - Jardim infantil nossa Senhora da Piedade

MAPICO - Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade e na Diminuição da Prevalência da Pré-Obesidade e Obesidade Infantil em Portugal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pc – Percentil

PNS - Plano Nacional de Saúde

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada
“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Kg – Quilograma

Km - Quilómetro

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RES – Referencial de Educação para a Saúde

SE – Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA-SPP – Secção de Pediatria Ambulatória da Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences-

SWOT – Strengths Weaknesses Opportunities Threats

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UCC – Unidade de Saúde na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	16
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO.....	20
2.1 – Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio.....	20
2.2 – Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais.....	24
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	26
3.1 – Caracterização Geral da População.....	26
3.2 – Cuidados e Necessidades Específicas da População.....	27
3.3 – Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo.....	46
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....	54
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	57
5.1 – Metodologias.....	57
5.1.1 – Instrumentos de recolha de dados, metodologias de utilização e procedimentos de análise de dados.....	59
5.1.2 – Considerações éticas.....	61
5.2 – Fundamentação das Intervenções.....	63
5.3 – Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas.....	90
5.4 – Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.....	101
5.5 – Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas.....	102
5.6 – Análise da Estratégia Orçamental.....	103
5.7 – Cumprimento do Cronograma.....	104
5.8 – Comunicação e Divulgação do Projeto.....	104
6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	105
6.1 – Avaliação dos Objetivos.....	105

6.2 – Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas.....	108
6.3 – Avaliação da Implementação do Projeto.....	114
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS.....	118
CONCLUSÃO	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
ANEXOS.....	CXL
Anexo 1 - Padrões de referência da OMS dos 0 aos 5 anos (Pc e DP)	CXLI
Anexo 2 - Padrões de referência da OMS dos 5 aos 19 anos (Pc e DP)	CXLIV
Anexo 3 - Identificação de Projetos / Programas Nacionais (2001-2015) no âmbito da Prevenção da Obesidade Infantil.....	CXLVII
Anexo 4 - Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed.....	CLI
Anexo 5 - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.....	CLIII
Anexo 6 - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo.....	CLV
Anexo 7 – Autorização da diretora técnica e pedagógica do jardim de infância.....	CLXI
Anexo 8 – Resposta da DGE relativamente à utilização de questionário.....	CLXIII
Anexo 9 - Autorização de utilização de questionário.....	CLXVI
Anexo 10 – Resposta do Instituto de Emprego e Formação Profissional.....	CLXVIII
APÊNDICES.....	CLXXI
Apêndice 1 – Objetivo geral, objetivos específicos, metas e atividades.....	CLXXII

Apêndice 2 – Questionário elaborado a partir do Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007)	CLXXV
Apêndice 3 - Ficha de recolha de dados das medições antropométricas.....	CXCII
Apêndice 4 – Guião da entrevista.....	CXCIV
Apêndice 5 – Questionário de avaliação da implementação do projeto.....	CXCVIII
Apêndice 6 – Pedido de autorização à coordenadora da UCC.....	CCI
Apêndice 7 – Pedido de autorização à diretora executiva do ACES.....	CCV
Apêndice 8 – Pedido de autorização à diretora técnica e pedagógica do jardim de infância.....	CCIX
Apêndice 9 – Consentimento informado livre e esclarecido dirigido aos representantes legais.....	CCXIII
Apêndice 10 - Consentimento informado livre e esclarecido dirigido às educadoras de infância.....	CCXVI
Apêndice 11 - Planeamento da apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto à equipa da UCC.....	CCXIX
Apêndice 12 – Planeamento da apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto às educadoras de infância.....	CCXXII
Apêndice 13 – Pedido de colaboração ao Instituto de Emprego e Formação Profissional.....	CCXXIV
Apêndice 14 – Planeamento da apresentação do projeto no Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional.....	CCXXVII
Apêndice 15 – Alimentos a apresentar na Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”	CCXXIX
Apêndice 16 – Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”	CCXXXI
Apêndice 17 – Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”	CCXLIX

Apêndice 18 – Atividade 3 – Sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”	CCLI
Apêndice 19 – Atividade 4 – Sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”	CCLIII
Apêndice 20 – Atividade 5 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”	CCLXX
Apêndice 21 – Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II”	CCLXXXIII
Apêndice 22 – Atividade 7 - Sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”	CCLXXXVI
Apêndice 23 – Atividade 8 – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”	CCLXXXIX
Apêndice 24 –Atividade 9 - Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”	CCLXXXIII
Apêndice 25 – Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”	CCLXXXVI I
Apêndice 26 – Atividade 11 - Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”	CCXCI
Apêndice 27 – Atividade 12 – Exposição “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”	CCCVI
Apêndice 28 – Atividade 13 – Entrega de autocolantes, fixador magnético e um diploma.....	CCCIX
Apêndice 29 – Atividade 14 – Sessão de educação para a saúde “Lanches Saudáveis”	CCCXV
Apêndice 30 - Orçamento.....	CCCXVII
Apêndice 31 - Cronograma.....	CCCXIX
Apêndice 32 – Divulgação do projeto na página eletrónica do jardim de infância.....	CCCXXII
Apêndice 33 – Artigo científico.....	CCCXXIV

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Principais etapas no Processo de Planeamento em Saúde.....	57
--	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estado nutricional das crianças tendo em conta as curvas de referência da OMS (n = 33)	28
Tabela 2: Estado nutricional das crianças por sexo tendo em conta as curvas de referência da OMS (n = 33)	28
Tabela 3: Intervalos de peso ao nascimento (n=33)	28
Tabela 4: Período de horas de sono (n=33)	30
Tabela 5: Grau de satisfação dos pais relativamente à instituição de ensino (n=33)	31
Tabela 6: Meio de transporte utilizado para a deslocação entre a habitação e a instituição de ensino (n=33)	31
Tabela 7: Dificuldades referidas pelos adultos relacionadas com a ingestão de alimentos pelas crianças (n=33)	33
Tabela 8: Número de refeições realizadas fora de casa por mês (n=33)	34
Tabela 9: Preocupação dos pais na escolha dos alimentos (n=33)	35
Tabela 10: Ingestão de leite, lacticínio e produtos lácteos por parte das crianças (n=33)	36
Tabela 11: Ingestão de carne e produtos similares/ovos por parte das crianças (n=33)	38
Tabela 12: Ingestão de peixe e marisco por parte das crianças (n=33)	39
Tabela 13: Ingestão de cereais e similares por parte das crianças (n=33)	40
Tabela 14: Ingestão de hortaliças e legumes por parte das crianças (n=33)	41
Tabela 15: Ingestão de fruta por parte das crianças (n=33)	42
Tabela 16: Ingestão de bebidas por parte das crianças (n=33)	43
Tabela 17: Ingestão de doces e pastelaria (n=33)	44
Tabela 18: Estado Nutricional Infantil (COSI Portugal 2016) por região.....	51
Tabela 19: Indicadores de avaliação.....	106
Tabela 20: Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.1.....	107
Tabela 21: Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.2.....	107

Tabela 22: Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.3.....	107
Tabela 23 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”	108
Tabela 24 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”	108
Tabela 25 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”	109
Tabela 26 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”	109
Tabela 27 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”	110
Tabela 28 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”	110
Tabela 29 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”	111
Tabela 30 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Semáforo do alimentos – Parte II”	112
Tabela 31 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”	112
Tabela 32 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura”	113
Tabela 33 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”	114
Tabela 34 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”	115
Tabela 35 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)	115

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos contributos recolhidos através das entrevistas	69
Quadro 2 – Objetivos do PNPAS para 2020.....	75
Quadro 3 – Temas enunciados no Referencial de Educação para a Saúde para educação pré-escolar	75
Quadro 4 – Matriz de análise SWOT.....	116

1 - INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se vindo a verificar um aumento exponencial da obesidade a nível mundial. Esta realidade evidencia-se através dos dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo que este fenómeno mais do que duplicou desde 1980 (OMS, 2016). No ano de 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos tinham excesso de peso, e destes, mais de 600 milhões eram obesos. A prevalência de obesidade infantil também se encontra em ascensão, estimando-se a existência de 41 milhões de crianças com menos de 5 anos que ou tinham excesso de peso ou eram obesas (OMS, 2016). Ainda referente à prevalência mundial de excesso de peso e obesidade entre as crianças da idade pré-escolar, verifica-se que aumentou de 4,2% relativamente ao ano de 1990 para 6,7% em 2010, expectando-se verificar um aumento para 9,2% em 2020 (De Onis, Blössner & Borghi, 2010). Nos países da Europa Central e de Leste tem-se verificado menores prevalências de excesso de peso e de obesidade infantil comparando com os países da bacia mediterrânica, onde se inclui Portugal, considerado um dos 5 países da Região Europeia com maior prevalência de obesidade infantil, com dados aproximados a países como a Grécia, Itália e Espanha. Em Portugal mais de 30% das crianças entre os 6 e os 8 anos de idade apresentam excesso de peso e cerca de 14% apresentam obesidade, constatando-se que 5 regiões do país apresentam valores aproximados/acima de 30% de excesso de peso, e 5 apresentam valores acima dos 12% relativamente à obesidade, sendo que o Alentejo se encontra nesses grupos (Rito, Sousa, Mendes & Graça, 2017). Também em Portugal, uma investigação realizada entre 2014 e 2016, relativamente às crianças com idade inferior a 10 anos demonstra uma taxa de prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 25%, verificando-se que o Alentejo se encontra entre as 3 regiões que apresentam maior taxa de prevalência de excesso de peso (29,8%) e entre as 2 regiões (12,8%) relativamente à prevalência de obesidade infantil (Lopes et al., 2017). Constata-se assim que “a obesidade infantil constitui um importante problema de saúde pública a nível mundial, sendo que a sua prevalência tem vindo a aumentar sobretudo nos países desenvolvidos” (Medina, Monteiro, Alves & Souto, 2012, p. 7).

Entre os fatores responsáveis pelo aumento progressivo da obesidade infantil evidenciam-se a associação da transição epidemiológica, demográfica e comportamental, bem como a alteração dos hábitos alimentares (Rinaldi, Pereira, Macedo, Mota & Burini, 2008). Verifica-se que a obesidade tem reflexos a nível pessoal, familiar e social, acarretando ainda elevados custos com a saúde e notáveis perdas económicas. Sendo assim, o crescimento do

fenómeno, que é a obesidade e das “suas consequências levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a classificar a obesidade como uma doença epidémica” (WHO, 1997 citado por Santos, 2010, p. 11).

A fase de desenvolvimento infantil correspondente à idade pré-escolar enquadra-se entre os 3 e os 6 anos de idade, ocorrendo modificações importantes tais como o crescimento do sistema musculo - esquelético, o desenvolvimento da função respiratória e cardíaca, o aumento do peso (2-3 Kg/ano) e da altura (6-8cm/ano) (Wong, 1999). As alterações ocorridas nesta fase associam-se a aumentos das necessidades nutricionais, sendo que uma alimentação e armazenamento nutricional adequados tornam-se muito importantes no que diz respeito à prevenção de doenças crónicas como a obesidade e doenças cardiovasculares (Valente, Padez, Mourão, Rosado & Moreira, 2010). Nesta fase de desenvolvimento as crianças adquirem e desenvolvem as suas preferências alimentares também através da observação de outras crianças, adultos e familiares que a rodeiam (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

O risco de desenvolver complicações associadas à obesidade é maior na obesidade com início em idade precoce, facto que tem mobilizado vários órgãos governamentais a nível mundial no desenvolvimento de políticas para combater esta problemática (Malnick & Knobler, 2006). Tem-se verificado um aumento da prevalência de excesso de peso e o início da obesidade infantil desde os 3 anos de idade. Para inverter esta situação emerge a necessidade de identificar os fatores de risco associados à obesidade com o intuito de otimizar as estratégias preventivas, sendo que a idade pré-escolar é tida como um período ideal para atuar preventivamente (Gomes, Espanca, Gato & Miranda, 2010).

Evidencia-se assim a intervenção ao nível da saúde escolar, assumindo primordial importância na medida em que constitui “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).

As temáticas do estado nutricional e hábitos alimentares no pré-escolar têm sido objeto de estudo com o objetivo de direcionar e implementar intervenções no âmbito da obtenção de ganhos em saúde da população em idade pré-escolar atual e população adulta no futuro. No âmbito da população em idade pré-escolar em Évora, são reduzidas as investigações atuais efetuadas e publicadas acerca desta temática, motivo pelo qual se considerou importante

proceder a uma avaliação atual num contexto específico de uma instituição de ensino pré-escolar, com o intuito de caracterizar a frequência e os hábitos alimentares, identificar os principais fatores de risco que possam contribuir para a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis e analisar o estado nutricional das crianças, relacionando estas informações com diferentes determinantes sociais e de saúde, possibilitando identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, através da delimitação, desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção específicas e contextualizadas.

Tendo em conta a pertinência da temática em causa, foi implementado um projeto de intervenção na comunidade denominado “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” no âmbito da “Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar”, tendo como ancoragem a Metodologia do Planeamento em Saúde. O projeto foi delineado no âmbito da Saúde Escolar (SE) visando uma intervenção contextualizada numa instituição de ensino pré-escolar, dirigida a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 6 anos de idade e aos respetivos pais/encarregados de educação, com o propósito da promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Foi delineado como objetivo geral deste projeto: Promover hábitos alimentares adequados nas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP de Évora, até Junho de 2019. Como objetivos específicos foram delineados: Aumentar 15% o consumo diário de legumes, hortícolas e frutas pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019; Diminuir 10% o consumo diário de alimentos processados e alimentos confeccionados de forma menos saudável (fritos / panados) pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019; e Diminuir 10% o consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.

O desenvolvimento do projeto e a abordagem à temática subjacente tem por base o Plano Nacional de Saúde (PNS), com principal incidência para o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), tendo também por base o Referencial de Educação para a Saúde (RES).

O presente relatório de estágio tem como intuito possibilitar a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final, assim como de todo o processo que possibilitou a aquisição e mobilização das competências específicas do enfermeiro especialista

em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e competências referentes ao grau de mestre. Este relatório encontra-se dividido em capítulos e está estruturado da seguinte forma, apresentando-se a descrição do local onde decorreu o estágio final, a análise da população avaliada, a análise sobre os objetivos, a análise reflexiva sobre as intervenções, a análise sobre o processo de avaliação e controlo do projeto. Por fim é apresentada uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas e mobilizadas ao longo de todo o processo, e explanadas as principais conclusões deste trabalho.

O presente documento está estruturado segundo o Regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (Ordem de Serviço n.º 18/2010 da Universidade de Évora). No que concerne à organização e formatação obedece aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 6ª edição. O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 – Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio

O estágio final decorreu numa unidade funcional de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central.

Visando uma caracterização do contexto territorial e demográfico do local onde decorreu o estágio final, este está inserido na região Alentejo que é a maior região de Portugal apresentando uma área de 31.551 Km², correspondendo a 33 % de Portugal continental e apresenta segundo os Censos de 2011 757.302 habitantes, correspondendo a 366.739 do sexo masculino e 390.563 do sexo feminino. Ao Alentejo Central corresponde uma área de 7.228 551 Km² e em 2011 apresentava uma população de 166.726 habitantes, sendo 80.261 do género masculino e 86.465 do género feminino. O envelhecimento da população é uma realidade em Portugal e verifica-se de forma acentuada em todo o Alentejo (INE/PORDATA, 2015).

O Alentejo Central é integrado por 14 concelhos. O concelho de Évora integra a região Alentejo e a sub-região Alentejo Central e faz fronteira com outros concelhos da sub-região Alentejo Central. O concelho de Évora tem uma área de 1309 Km². No que diz respeito ao número de habitantes, tem um total de 56.596 habitantes, sendo 26.831 do sexo masculino e 29.765 do sexo feminino (Censos 2011). Relativamente à distribuição por grandes grupos etários, 8.148 encontram-se na faixa etária entre os 0 e os 14 anos, 37.241 entre os 15 e os 65 anos e 11.167 com mais de 65 anos. (Censos 2011) (INE/PORDATA, 2015).

Tem-se verificado ao longo dos anos um ligeiro aumento da população residente no concelho, verifica-se, no entanto, uma diminuição significativa no grupo etário dos 0-14 anos, com um registo de 12.087 em 1960 e de 8,148 em 2011. Relativamente à faixa etária entre os 0 e os 4 anos, apresenta um total de 2.548 habitantes, sendo 1.329 do sexo masculino e 1.219 do sexo feminino. Entre os 5 e os 9 anos de idade apresenta um total de 2.702 habitantes, sendo 1.398 do sexo masculino e 1.304 do sexo feminino O concelho de Évora apresenta uma densidade populacional de 43,3 habitantes/Km² e a dimensão média das famílias é de 2,4 indivíduos (Censos 2011).

O concelho de Évora é constituído por 19 freguesias, sendo 8 urbanas e 11 rurais. Às áreas urbanas da cidade correspondem as freguesias de São Mamede, Sé e São Pedro, Santo Antão, Horta das Figueiras, Senhora da Saúde, Bacelo, Canaviais e Malagueira. As três

primeiras freguesias correspondem ao centro histórico da cidade. As áreas rurais são as restantes 11 freguesias, nomeadamente: Torre de Coelheiros, São Manços, São Vicente do Pigeiro, Nossa Senhora de Machede, São Miguel de Machede, São Bento do Mato, Graça do Divor, Guadalupe, São Sebastião da Giesteira, Boa Fé e Nossa Senhora da Tourega.

Enquadrado no contexto educacional aos serviços de educação, no âmbito dos dados referentes à educação de acordo com o resultado dos últimos Censos, Évora apresenta uma taxa de 9,7% de população residente sem qualquer nível de escolaridade, sendo este um valor inferior ao registado pelo Alentejo Central (15,1%), pelo Alentejo (15,5%) e pelo país (10,4%) (INE/PORDATA, 2015). Contrariamente, verificamos ter uma taxa de 18,5% de população residente com o ensino superior, sendo este um valor superior ao registado pelo Alentejo Central (11,3%), pelo Alentejo (10,2%) e pelo país (13,8%) (INE/PORDATA, 2015).

Sendo que a intervenção deste trabalho se insere no âmbito das crianças em idade pré-escolar, os dados que se seguem dizem respeito a esse contexto. A estrutura escolar no concelho de Évora organiza-se em 4 agrupamentos escolares, sendo que os estabelecimentos públicos de pré-escolar existentes se encontram integrados nos diferentes agrupamentos.

No concelho de Évora em 2016, existiam 34 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 20 no âmbito de estabelecimentos públicos e 14 no âmbito privado. Assim 41,2 % dos estabelecimentos do pré-escolar integravam a oferta de estabelecimentos públicos. Encontravam-se inscritas 1.570 crianças no pré-escolar, sendo que 526 frequentavam estabelecimentos públicos e 1.044 frequentavam estabelecimentos privados (DGEE/MEd – MCTES, PORDATA, 2017)

No concelho de Évora os serviços de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) encontram-se sob a responsabilidade da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) o concelho de Évora integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central que dispõe no concelho de Évora de 5 unidades de saúde familiares (USF), a USF Planície, a USF Eborae, a USF Lusitânia, a USF Salus e a USF Sol; uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e uma Unidade de Saúde Pública (USP). No que diz respeito à acessibilidade de atendimento da população de idade pediátrica, integrado nas restantes valências as USF's dispõem de consultas de saúde infantil e juvenil e possibilidade de atendimento não agendado através da consulta aberta. Os projetos

desenvolvidos e intervenções no âmbito da SE encontram-se integradas no âmbito da UCC de Évora.

Relativamente aos cuidados de saúde diferenciados, Évora é servida pelo Hospital do Espírito Santo de Évora, que relativamente à população pediátrica tem uma urgência pediátrica, unidade de neonatologia, internamento de pediatria e consulta de pediatria. No âmbito do tema deste trabalho, no Hospital do Espírito Santo de Évora existe uma consulta de nutrição/obesidade infantil onde é efetuado um acompanhamento multidisciplinar das crianças referenciadas para a mesma.

Procedendo à contextualização e caracterização do local de estágio, emerge a necessidade de enunciar algumas fases essenciais e marcantes no âmbito da determinação e abrangência da promoção da saúde. No seguimento da Declaração de Ama – Ata em 1978, passados seis anos na redação da carta de Ottawa foram identificadas cinco grandes áreas interdependentes no âmbito da promoção da saúde, que passaram pela incidência na elaboração de políticas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o desenvolvimento ao nível das capacidades individuais, o fortalecimento da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986).

Posteriormente na conferência de Adelaide em 1988, foi elaborado o conceito de Política Pública Saudável, sendo esta caracterizada pelo interesse e pertinência explícita de todas as áreas de ação das políticas públicas relativamente à saúde e à equidade, e consequente impacto dessas políticas sobre a saúde da população. Foram identificadas quatro áreas prioritárias na implementação de políticas favoráveis à saúde, tais como a saúde das mulheres, a alimentação, o tabaco e álcool e a implementação de ambientes favoráveis (Declaração de Adelaide, 1988).

No âmbito da Conferência de Jakarta em 1997, foram delineadas as orientações estratégicas que deveriam ser adotadas com o intuito de dar resposta aos desígnios da promoção da saúde no atual século XXI, considerando-se que a promoção da saúde é um elemento primordial no desenvolvimento com resultados evidentes em ganhos de saúde com o intuito de reduzir as diferenças entre países e grupos populacionais (Declaração de Jacarta, 1997)

Os CSP em Portugal desde o final da década de 1970 e mais incisivamente nas décadas posteriores têm-se pautado pelo seguimento das orientações das cartas e declarações internacionais de promoção da saúde como o intuito do enquadramento ao nível de uma estratégia global com devidas adequações de âmbito nacional e local, adaptadas aos objetivos

políticos existentes. Os CSP constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, no que diz respeito à dimensão dos problemas de saúde sobre o qual incidem, assim como pela diversidade de intervenções que sustentam através da sua atuação ao longo de todo o ciclo de vida.

No seguimento do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, os CSP são enunciados como um pilar do sistema de saúde, destacando-se os centros de saúde como a primeira acessibilidade dos cidadãos no intuito da prestação de cuidados de saúde. É no seguimento do Decreto-lei enunciado, através da reorganização dos CSP que são formados os ACES com o intuito de potenciar a autonomia organizativa destas estruturas de saúde.

Como já foi referido anteriormente o ACES Alentejo Central é um serviço descentralizado, dependente da direção da ARSA, caracteriza-se por ter autonomia administrativa e é constituído por várias unidades funcionais constituídas por equipas multidisciplinares, como as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, USF, UCC, URAP, USP e Unidade de Apoio à Gestão (UAG), sendo que existem unidades funcionais como a URAP e a UAG que podem integrar mais do que um centro de saúde. O ACES Alentejo Central tem como missão a prestação de CSP à população da sua área de abrangência, através de intervenções no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde relacionados com a doença e sinalização, articulação e encaminhamento para outros serviços no intuito da continuidade dos cuidados. Acresce também a implementação de atividades na área da vigilância epidemiológica e investigação em saúde. O ACES Alentejo Central abrange os 14 concelhos associados ao Alentejo Central.

As UCC foram criadas pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro e regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. No seguimento do acima descrito são unidades funcionais dos ACES e têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde área geográfica de intervenção correspondente, com o intuito da obtenção de ganhos em saúde, contribuindo na missão do ACES em que estão integradas.

A UCC de Évora implementa cuidados de saúde, apoio psicológico e social, no âmbito domiciliário e comunitário, direcionando-se para pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em termos de risco ou dependência física funcional, ou situações de patologia que requeiram um acompanhamento de maior proximidade. Esta unidade baseia-se em valores como a responsabilidade, solidariedade, ética e respeito pela dignidade humana e tem como princípios a cooperação, solidariedade e trabalho de equipa. Apresenta autonomia no que diz respeito à

organização funcional e técnica, articulando-se com as restantes unidades funcionais do ACES, com outras organizações de saúde e variados parceiros da comunidade visando a obtenção de ganhos em saúde e proteção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida. A UCC de Évora implementa atividades de acordo com a estratégia orientadora dos três eixos de intervenção das UCC, que são o PNSE, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Coordenadora Local) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce).

No que diz respeito à SE, em cada Administração Regional de Saúde a gestão do PNSE é da responsabilidade do departamento de saúde pública. O PNSE deve integrar o plano anual e plurianual dos ACES ou Unidades Locais de Saúde, garantindo assim o desenvolvimento do Plano de forma continuada e a cooperação entre as várias unidades funcionais (DGS, 2015a).

A UCC de Évora ao nível da SE intervém junto dos estabelecimentos da rede pública e em cooperação junto das instituições privadas, no âmbito ensino pré-escolar, ensino básico, 1.º ciclo, 2.º ciclo e ensino secundário. No âmbito da intervenção da SE no decorrer do presente ano letivo encontram-se em desenvolvimento pela UCC de Évora os seguintes projetos: “A minha Lancheira”, “AdolSer”, “Bom Sono + Saúde”, “Mudar de Escola”, “Sorrisos a crescer”, “Principio da vida” e “Pés em movimento”.

Relativamente ao local onde foi implementado o projeto de intervenção, trata-se de um jardim de infância (JI) localizado no centro histórico de Évora. Atualmente em termos organizacionais funciona como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). A instituição conta com 195 crianças inseridas em 10 salas das valências de berçário, creche e pré-escolar. Para o seu acompanhamento, apoio e orientação, tem atualmente 40 colaboradores efetivos distribuídos por diferentes sectores (educação, limpeza e manutenção, cozinha e sector administrativo). A gestão e orientação pedagógica são asseguradas pela diretora técnica e pedagógica e subdiretora.

2.2 – Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

A UCC de Évora é formada por uma equipa multidisciplinar, integrada por onze enfermeiras, um médico, um fisioterapeuta, uma terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional,

um psicólogo, um assistente social, uma nutricionista, um assistente administrativo e um assistente operacional. Entre estes profissionais, salienta-se que o psicólogo, o assistente social e a nutricionista são recursos humanos da URAP. Os profissionais da UCC de Évora encontram-se envolvidos simultaneamente em diversos projetos e áreas de atuação. Relativamente à UCC de Évora, a SE tem uma coordenadora/responsável e uma equipa multidisciplinar constituída por quatro enfermeiras, uma psicóloga. No caso de necessidade e pontualmente uma assistente social, uma terapeuta da fala e uma nutricionista colaboram com a SE.

A UCC de Évora localiza-se no rés do chão da unidade de saúde das portas de Avis que em termos físicos é constituído por 5 gabinetes que são partilhado por todos os profissionais que integram a equipa, sendo por isso um espaço reduzido face ao número de profissionais e às intervenções que desenvolvem. Existem ainda dois outros espaços, sendo um utilizado como sala de trabalho de enfermagem, e o outro destinado ao atendimento a utentes e/ou familiares. Para além dos espaços enunciados existe ainda uma copa, três casas de banho, um vestiário, uma sala de arrumação e uma sala destinada ao aprovisionamento de material clínico. No que diz respeito às deslocações exteriores a UCC dispõe de duas viaturas automóveis.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1 – Caracterização Geral da População

Constata-se um aumento da prevalência de excesso de peso e o início da obesidade infantil a partir de idade precoce, verificando-se esta realidade desde os 3 anos de idade, pelo que para inverter esta situação torna-se essencial investir na avaliação no âmbito do estado nutricional e hábitos alimentares desde a idade pré-escolar com o objetivo de identificar fatores de risco, tornando-se assim possível direcionar e implementar intervenções específicas e contextualizadas no âmbito da obtenção de ganhos em saúde da população em idade pré-escolar. Emerge assim a necessidade de avaliar e caracterizar a população alvo, sendo que a caracterização da população alvo é um aspeto fulcral no diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A população alvo deste projeto foram as crianças que frequentaram as salas dos 4 anos, com idades entre 4-5 anos, de uma IPSS de ensino pré-escolar situada na área urbana de Évora. Para o diagnóstico de situação foi constituída uma amostra por conveniência composta por 33 crianças e os representantes legais/familiares. A avaliação incidiu também em duas educadoras de infância da instituição.

Pretendeu-se caraterizar a frequência alimentar e os hábitos alimentares das crianças, identificar os principais fatores de risco que possam contribuir para a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis, identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, caraterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças, recorrendo aos dados das medições antropométricas realizadas na ultima consulta de saúde infantil.

Tendo em consideração os objetivos pretendidos com a realização do diagnóstico de situação, a faixa etária a quem se dirigiu, a ancoragem teórica tida como premissa, recorreu-se como instrumentos de colheita de dados, à utilização de um questionário e uma ficha de recolha de dados antropométricos aplicados de forma indireta aos pais/encarregados de educação e à realização de entrevistas semiestruturadas dirigidas às educadoras de infância. A descrição dos instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de implementação e análise de dados, assim como as considerações éticas para a sua implementação, encontram-se descritos nos pontos 5.1.1 e 5.1.2 deste relatório.

Foram entregues 46 questionários e 46 fichas de dados antropométricos aos representantes legais, tendo sido devolvidos 33 exemplares de cada instrumento de avaliação, correspondendo a 71,7% de adesão no preenchimento.

No que diz respeito ao preenchimento de cada um dos instrumentos de avaliação 25 foram preenchidos pelas mães, 2 pelas mães e pais e 6 pelos pais. No que diz respeito ao sexo sobre o qual incidiram os instrumentos de avaliação, 17 foram referentes a rapazes e 16 referentes a raparigas.

3.2 – Cuidados e Necessidades Específicas da População

Posteriormente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados tornou-se possível nesta fase do trabalho apresentar os resultados obtidos que possibilitam enquadrar e caracterizar as crianças e alcançar os objetivos delineados inicialmente, tais como, caracterizar a frequência alimentar e os hábitos alimentares das crianças; identificar os principais fatores de risco que possam contribuir para a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis das crianças; identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças e caracterizar o estado nutricional das crianças.

Estado nutricional das crianças

Entre as 33 fichas de avaliação de dados antropométricos, apenas 30 disponibilizavam os dados necessários para a avaliação do estado nutricional das crianças. Este instrumento de recolha de dados pretendia possibilitar a caracterização do estado nutricional de acordo o percentil (Pc) do índice de massa corporal (IMC) das crianças, recorrendo aos dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil. Para realizar este diagnóstico utilizaram-se as curvas de referência da OMS que são utilizadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013a) tendo-se recorrido aos critérios de avaliação para a faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade e dos 5 aos 19 anos de idade (Anexo 1) (Anexo 2).

A avaliação realizada apresentou a limitação de não possibilitar a avaliação atual das crianças, mas tornou-se favorável tendo em conta que as crianças foram avaliadas na consulta de enfermagem e do médico de família ou do pediatra, considerando-se por isso que tenham sido utilizados corretamente os procedimentos necessários para a avaliação dos parâmetros antropométrico, no entanto salvaguarda-se a possibilidade da ocorrência de erros de avaliação.

Relativamente ao estado nutricional, 23 crianças (69,7%) apresentavam um estado nutricional normo – ponderal, 6 crianças (18,2 %) apresentavam risco de excesso de peso e uma criança apresentava baixo peso à data em que se procedeu à avaliação antropométrica (Tabela 1).

Tabela 1: Estado nutricional das crianças tendo em conta as curvas de referência da OMS (n = 33) – Elaboração própria

Estado Nutricional das crianças	N	%
Baixo Peso	1	3
Normo Ponderal	23	69,7
Risco de Excesso de Peso	6	18,2

Quando se procedeu à caracterização do estado nutricional das crianças tendo em conta o sexo, verificou-se a existência de semelhanças na distribuição das crianças (Tabela 2).

Tabela 2: Estado nutricional das crianças por sexo tendo em conta as curvas de referência da OMS (n = 33) – Elaboração própria

Estado Nutricional por sexo	Masculino (n)	Feminino (n)
Baixo Peso	0	1
Normo Ponderal	13	10
Risco de Excesso de Peso	3	3

Dados das Crianças

No que diz respeito ao tempo de gestação as crianças nasceram todas após as 36 semanas, sendo que 5 (27,3%) nasceram entre as 36 e 38 semanas, 10 (30,3%) nasceram às 39 semanas, 10 (30,3%) nasceram às 40 semanas e as restantes 2 crianças nasceram entre as 41 e 42 semanas. Apenas uma das mães desenvolveu diabetes gestacional. Constatou-se que a maioria das crianças nasceu com um peso à nascença entre os 3000 gramas (gr) e os 3500 gr correspondendo a 20 crianças (60,6%) (Tabela 3).

Tabela 3: Intervalos de peso ao nascimento (n=33) – Elaboração própria

Peso ao nascimento – intervalos	n	%
Superior a 2000gr e inferior a 2500gr	1	3
Superior a 2500gr e inferior ou igual a 3000gr	6	18,1
Superior a 3000gr e inferior ou igual a 3500gr	20	60,6
Superior a 3500gr e inferior a 4000gr	6	18,1

Quando se procurou estabelecer uma relação entre o peso à nascença e o estado nutricional da última avaliação, verificou-se que 14 crianças que nasceram com um peso

compreendido entre os 3000gr e os 3500gr apresentam um estado nutricional normo-ponderal e que 3 das crianças apresentam risco de excesso de peso. Verificou-se também que 4 crianças que nasceram com um peso compreendido entre os 3500gr e os 4000gr apresentam um estado nutricional normo-ponderal e que 2 crianças apresentam risco de excesso de peso. Consta-se assim que os dados deste trabalho são insuficientes para se poder concluir se um elevado peso ao nascimento é um fator de risco para um estado nutricional de risco de excesso de peso, excesso de peso ou obesidade no futuro.

Relativamente à amamentação, apenas uma das crianças não foi amamentada, sendo que as restantes crianças foram amamentadas por diferentes períodos de tempo. Quando se procurou estabelecer uma correlação entre as variáveis referentes ao período da amamentação e ao estado nutricional teve-se em conta que 3 das crianças amamentadas não foram possíveis de caracterizar quanto ao estado nutricional, no entanto verificou-se que as 7 crianças (24,3%) que foram amamentadas por um período superior a 7 meses, apresentam um estado nutricional normo - ponderal, verificando-se que entre as 22 crianças (75,8%) que foram amamentadas até aos 6 meses existem 6 crianças com risco de excesso de peso. É importante evidenciar o papel da amamentação no fornecimento de todos os nutrientes necessários, fatores de crescimento e componentes imunológicos necessários para o desenvolvimento saudável de uma criança. Para além destas características outras das vantagens do aleitamento materno são a diminuição da probabilidade de alergias e intolerâncias alimentares, assim como a proteção futura de diversas patologias, entre as quais a obesidade (Abreu, 2009).

No que diz respeito à introdução de outros alimentos para além do leite materno, verificou-se este facto em 17 crianças (51,5%) antes dos 4 meses de vida. Entre os 4 e os 5 meses verificou-se a introdução de outros alimentos em 9 crianças (29,3%) período onde é possível a introdução da papa sem glúten, sopa e fruta no esquema alimentar das crianças. Verificou-se que apenas 7 crianças (21,2%) foram alimentadas apenas com leite materno até aos 6 meses ou mais. A alimentação através do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida contribui para uma menor prevalência de excesso de peso relativamente a crianças que introduzem outras formulas de leite adaptado (Gilman, Schiman, Camargo, Berkey & Frazier, 2001).

A decisão da introdução de alimentos no esquema alimentar das crianças teve a participação dos pais, pediatra/médico e enfermeiro, destacando-se a participação da mãe e do pediatra/médico na escolha do esquema alimentar das crianças.

Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

No que diz respeito às horas de sono realizadas, 22 crianças (66,7 %) dormem em média 8 a 10 horas de sono por noite (Tabela 4). As inadequações do cumprimento de horas de sono em idade pediátrica constituem uma preocupação em termos de saúde com consequências a nível comportamental como a agressividade e hiperatividade, verificando-se também alterações ao nível de redução de funções neuro cognitivas com reflexo ao nível da memória e aprendizagem (Faroux, Aubertin & Clement, 2008). A diminuição do número de horas de sono está relacionada com funções endócrinas que têm repercussão a nível alimentar que se traduzem ao nível do aumento de apetite e da ingestão alimentar, potenciando deste modo o excesso de peso e consequentemente a obesidade infantil (Patel & Hu, 2008).

Relativamente ao facto de ingerirem alimentos durante o período de sono, verifica-se esta ocorrência em 12 crianças (36,4%) que ingerem maioritariamente leite ou iogurte, ao contrário das restantes 21 crianças (63,6%) que não ingerem alimentos neste período.

Tabela 4: Período de horas de sono (n=33) – Elaboração própria

Período de horas de sono	n	%
Igual ou superior a 7 h e inferior ou igual a 8 h	1	3
Superior a 8 h e inferior a 10h	22	66,7
Superior a 10 h e inferior ou igual a 12 h	10	30,3

Verificou-se que relativamente ao horário em que entram no JI, 12 crianças (36,4%) chegam entre as 7h30 e as 9h e 21 crianças (63,6%) chegam entre as 9h e as 10h, verificando-se que pelo menos 63,6 % das crianças já deveria ter tomado o pequeno almoço em casa antes de ter entrado no JI. Relativamente ao tempo que as crianças passam no JI, 13 crianças (39, %) passam entre 6 a 7 horas, 19 (57,6%) passam mais do que 7 horas e menos do que 8 horas e apenas uma criança passa mais do que 8 horas na instituição. De acordo com o tempo que passam no JI conclui-se que todas as crianças realizam o almoço e o lanche na instituição. O facto de as crianças passarem grande parte do dia nas instituições de ensino e realizarem nestes locais parte das suas refeições diárias evidencia o papel interventivo ao nível da educação alimentar no âmbito da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Tendo em conta o tempo passado na escola pelas crianças, os pais demonstram um elevado grau de satisfação relativamente a diferentes critérios (Tabela 5).

Tabela 5: Grau de satisfação dos pais relativamente à instituição de ensino (n=33) – Elaboração própria

Grau de satisfação dos pais relativamente à instituição						
Critérios	Grau de satisfação dos pais					
	Pouco Satisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
	N	%	N	%	N	%
Educação prestada	-	-	3	9,1	30	90,9
Acompanhamento	-	-	1	3	32	97
Grau de progresso	-	-	2	6,1	32	93,9
Alimentação fornecida	-	-	4	12,1	29	87,9
Ementa dos almoços	-	-	4	12,1	29	87,9
Ementa dos lanches	1	3	8	24,2	24	72,7
Número de refeições	-	-	1	3	32	93,9
Serviços apoio nutrição	-	-	13	39,4	20	60,6

Relativamente ao meio de transporte utilizado pelas famílias para transportar as crianças desde casa para o JI que se situa no centro histórico, o recurso mais utilizado é o automóvel sendo utilizado pela quase totalidade das famílias, sendo que 25 crianças (75,8%) demora menos de 15 minutos a realizar o trajeto e 6 crianças (18,2%) demora entre 15 a 30 minutos a realizar o trajeto, verificando-se que apenas 2 crianças não recorrem ao automóvel para este fim. Contata-se que apenas 7 crianças (21,3%) se desloca a pé de casa para o JI, sendo que 5 crianças (15,2%) demora menos de 15 minutos e 2 crianças (6,1%) demoram entre 15 a 30 minutos a realizar o trajeto. Apenas 3 crianças (9,1%) se deslocam de autocarro para o JI. O automóvel é o recurso privilegiado em detrimento da deslocação a pé, de autocarro ou de motorizada (Tabela 6).

Tabela 6: Meio de transporte utilizado para a deslocação entre a habitação e a instituição de ensino (n=33) – Elaboração própria

Meio de transporte utilizado para o JI e o tempo a realizar trajeto			
Meio de Transporte	Recurso e tempo a realizar o Trajeto	n	%
A Pé	Nunca	26	78,8
	Menos de 15 min	5	15,2
	Entre 15 a 30 min	2	6,1
Autocarro	Nunca	30	90,9
	Menos de 15 min	2	6,1
	Entre 15 a 30 min	1	3
Carro	Nunca	2	6,1
	Menos de 15 min	25	5,8
	Entre 15 a 30 min	6	18,2
Motorizada	Nunca	32	9
	Menos de 15 min	1	3
	Entre 15 a 30 min	-	-

Não foi possível estabelecer uma correlação ente o transporte utilizado e o estado nutricional das crianças, contudo este aspeto é reflexo da crescente urbanização do nosso quotidiano com o recurso cada vez maior ao automóvel em detrimento da deslocação a pedonal.

Quando se procedeu à análise do tempo que as crianças passam em média a ver televisão por dia, 23 crianças (69,7%) passam em média menos ou o equivalente a uma hora por dia, 6 crianças (18,2%) passam em média mais do que 1 hora ou menos de 2 horas por dia, 2 crianças (6,1%) passam em média mais do que 3 horas ou menos de 4 horas por dia, e por fim apenas 2 crianças (6,1%) passam em média mais do que 4 horas e menos de 6 horas por dia. Relativamente ao tempo despendido a ver televisão ao fim de semana, apenas uma criança não vê televisão nestes dias, sendo que 17 crianças (51,5%) despende até 3 horas ou o equivalente ao fim de semana, 11 crianças (33,4%) despende entre mais do que 3 horas e menos de 6 horas ao fim de semana e por fim 4 crianças (12 %) despende mais do que 7 horas por dia a ver televisão ao fim de semana. Verificou-se ainda assim que uma criança passa entre 12 horas e 14 horas e outra entre 18 horas e 20 horas ao fim de semana a ver televisão.

Relativamente à pratica de exercício físico fora do horário de atividades no JI, 24 crianças (72,7%) pratica exercício físico e 10 crianças (27,3%) não pratica.

O desporto de eleição por parte das crianças é a natação, sendo que 8 crianças (24,2 %) praticam este desporto. Quatro crianças (12,1 %) ainda acumulam a natação com a prática de futebol e outras 2 crianças (6 %) acumulam individualmente com a prática de zumba ou ballet. Relativamente ao tempo despendido a praticar desporto durante a semana, 7 crianças (21,2 %) praticam desporto por um período inferior ou igual a 1 hora por semana, 12 crianças (36,4%) praticam desporto durante um período entre 1 a 2 horas por semana e 5 crianças (15,2 %) praticam desporto durante um período entre 3 a 4 horas por semana. Quando se procedeu o cruzamento das variáveis estado nutricional e prática de exercício físico das 24 crianças que praticam exercício físico, apenas 21 apresentam dados possíveis de avaliar o estado nutricional, sendo que uma apresenta baixo peso, 16 apresentam um estado nutricional normo - ponderal e 4 apresentam risco de excesso de peso. Entre as 9 crianças que não praticam exercício físico, 7 apresentam um estado nutricional normo – ponderal e 2 apresentam risco de excesso de peso.

Quando se procedeu ao cruzamento individual das variáveis (tempo a ver televisão, prática de exercício físico) com a variável do estado nutricional das crianças não foi possível determinar sua influência no estado nutricional das crianças, contudo é necessário considerar os benefícios do exercício físico para o estado de saúde das crianças, visto que apesar de não

ser evidente uma associação independente entre os hábitos sedentários e o estado nutricional, na opção entre o sedentarismo ou a atividade física é expectável que o sedentarismo origine menor gasto de energia (Gomes et al, 2010).

Com a realização deste trabalho procurou averiguar-se se os familiares das crianças têm dificuldade em conseguir que as crianças ingiram os alimentos que desejados pelos adultos, verificando-se que 3 adultos (9,1 %) sentiram muita dificuldade, 15 adultos (45,4%) sentiram alguma dificuldade, 7 adultos (21,2%) sentiram dificuldade ocasionalmente e 8 adultos (24,3%) não sentiram nenhuma dificuldade. Entre as dificuldades referidas pelos 25 adultos, 4 referem como dificuldade a recusa de alimentos novos por parte das crianças, 10 referem dificuldade relacionadas com a ingestão de legumes não passados/legumes cozidos pelas crianças, 5 referem dificuldade na ingestão da sopa por parte das crianças, 4 referem dificuldade em reduzir ou impossibilitar a ingestão de doces pelas crianças. Salienta-se a dificuldade na ingestão de legumes pelas crianças, quer sejam legumes sem serem passados, legumes cozidos ou que constituam a sopa (Tabela 7).

Tabela 7: Dificuldades referidas pelos adultos relacionadas com a ingestão de alimentos pelas crianças (n=33) – Elaboração própria

Dificuldades referidas pelos adultos, relacionadas com a ingestão de alimentos pelas crianças	n	%
Recusa alimentos novos	4	12,1
Comer legumes não passados/legumes cozidos	10	30,3
Comer sopa	5	15,2
Comer peixe	1	3,0
Ingestão de doces	4	12,1
Não gosta	1	3,0
Não referiram dificuldades	8	24,2

Quando se procurou saber o grau de preocupação dos pais relativamente ao comportamento alimentar das crianças nas refeições efetuadas em casa, no que diz respeito à preocupação sobre o facto da criança não comer a quantidade suficiente de alimentos por iniciativa própria, 9 adultos (27,3%) respondeu que “não, isto não aconteceu”, 3 adultos (9,1%) respondeu que “sim, preocupo-me” e 12 adultos (36,4%) respondeu “sim, preocupo-me um bocado”. Evidencia-se o facto de 9 adultos (27,3%) ter respondido “sim, mas não me preocupo”, levando a pensar que possivelmente não estejam despertos para a ingestão das porções médias adequadas dos alimentos. Relativamente ao facto de esconder a comida que os pais pensavam que a criança tivesse ingerido, 30 adultos (90,9%) referem que “não isto não aconteceu”, tendo os outros 3 adultos (9,1%) demonstrado preocupação. No que diz respeito

ao facto das crianças fazerem birra e não aceitarem determinado tipo de alimento, 10 adultos (30, 3%) referem que “não, isto não aconteceu”, 7 adultos (21,2%) referem que “sim, mas não me preocupo”, no entanto, 16 adultos (48,5%) referem que se preocupam, entre os quais 13 adultos (39,4%) referem que “sim, preocupo-me um bocado”. Relacionado com o facto de as crianças comerem exageradamente, 25 adultos (75,8%) referem que “não, isto não aconteceu”, 5 adultos (15, 2%) demonstram preocupação, contudo apesar de serem apenas 3 adultos (9,1%) estes referem que “sim, mas não me preocupo”. No que diz respeito às dificuldades sentidas no âmbito das crianças conseguirem ter hábitos alimentares de rotina, 24 adultos (72,7%) referem que “não, isto não aconteceu”, 6 adultos (18,2%) referem “sim, preocupo-me um bocado”, no entanto apesar de serem apenas 3 adultos (9,1%) estes referem que “sim, mas não me preocupo”.

Quando se tentou averiguar se as crianças realizavam refeições fora de casa e quais os locais, constatou-se que o intervalo predominante é entre 1 a 3 vezes por mês, sendo que 18 crianças (54,5%) comem em casa de amigos entre 1 a 3 vezes por mês, 17 crianças (51,5%) comem em cafés/restaurantes entre 1 a 3 vezes por mês e 24 crianças (72,7%) comem em restaurantes fast-food entre 1 a 3 vezes por mês (Tabela 8). É necessário ter em atenção que existem crianças que acumulam os diferentes locais no mesmo intervalo de vezes por mês, aumentando o número de vezes que realizam refeições fora de casa. Salienta-se que o local onde se realizam mais refeições fora de casa são os restaurantes fast-food onde os alimentos disponíveis apresentam maior número de calorias.

Tabela 8: Número de refeições realizadas fora de casa por mês (n=33) – Elaboração própria

Refeições realizadas fora de casa por mês			
Locais de realização de refeições	Refeições realizadas / mês	n	%
Em casa de amigos	0 vezes	13	39,4
	1 a 3 vezes	18	54,6
	4 a 6 vezes	2	6,0
Cafés/Restaurantes tradicionais	0 vezes	8	24,2
	1 a 3 vezes	17	51,5
	4 a 6 vezes	7	21,2
	7 a 9 vezes	1	3,0
Restaurantes fast-food	0 vezes	8	24,2
	1 a 3 vezes	24	72,7
	4 a 6 vezes	1	3,0

No período de férias o intervalo de número de vezes por mês que as crianças realizam refeições fora de casa é mais alargado em termos de número de vezes verificando-se que neste

período as crianças realizam mais refeições fora de casa, constata-se que existem crianças que realizam refeições fora de casa entre 10 a 15 vezes por mês. Como anteriormente foi referido, verifica-se que as mesmas crianças acumulam os diferentes locais de realização das refeições e mais uma vez o local preferido são os restaurantes fast-food, contudo num intervalo de 1 a 3 vezes por mês. No que diz respeito ao facto das crianças ingerirem a mesma comida que a restante família, 19 adultos (57,6 %) referem que as crianças comem sempre a mesma comida que os outros elementos da família e outros 12 adultos (36,4%) referem que as crianças ingerem quase sempre a mesma comida. Verificou-se que a maioria das crianças ingere os mesmos alimentos que a restante família, podendo daí advir interpretações positivas ou negativas tendo em conta o padrão alimentar da família, isto é, se a família tiver hábitos alimentares corretos isso terá reflexo na alimentação da criança, verificando-se o mesmo no caso contrário.

Relativamente à preocupação dos pais na escolha de alimentos onde no rótulo conste “Baixo teor em açúcar”, “Adição de ferro ou rico em ferro” e “Adição de outro suplemento ou vitamina”, constata-se que a preocupação por parte dos pais tem maior incidência na informação dos rótulos onde conste “Baixo teor em açúcar”, visto que 12 pais (36,4 %) referiram ter essa preocupação frequentemente e outros 18 pais (54,5%) também demonstraram essa preocupação, mas apenas às vezes (Tabela 9). Tendo em conta que as crianças alvo deste trabalho têm uma ingestão elevada de produtos açucarados, o interesse demonstrado pelos pais na escolha dos alimentos com baixos teores de açúcar pode ter um papel importante na prevenção de riscos associados com a ingestão de açúcar em excesso.

Tabela 9: Preocupação dos pais na escolha dos alimentos (n=33) – Elaboração própria

Preocupação dos pais na escolha dos alimentos			
Alimentos	Grau de preocupação	n	%
Baixo teor de açúcar	Frequentemente	12	36,4
	Às vezes	18	54,5
	Nunca	2	6,1
Adição de ferro ou Rico em ferro	Frequentemente	2	6,1
	Às vezes	11	33,3
	Nunca	19	57,6
Adição de outro suplemento ou vitamina	Frequentemente	1	3
	Às vezes	6	18,2
	Nunca	25	75,9

Consumo alimentar: Frequência alimentar, Porções alimentares

Relativamente à ingestão de leite, laticínios e produtos lácteos, no que diz respeito ao leite, o leite meio gordo é o alimento consumido com maior frequência sendo ingerido por 14

crianças (42,4%) 4 a 7 vezes por dias e por 10 crianças (30,3%) mais do que uma vez por dia. No que diz respeito ao leite gordo, 31 crianças (93,9%) nunca ou raramente consome este alimento e relativamente ao leite magro, 30 crianças (90,9%) também nunca ou raramente o consome. Para as opções de leite de crescimento, leite de cabra ou ovelha, leite em pó, leite de soja, 32 crianças (97 %) nunca ou raramente consome estes produtos. A maioria das crianças consome iogurtes, verificando-se que 12 crianças (36,3%) ingere iogurtes 1 a 3 vezes por semana e 14 crianças (42,4%) ingere 4 a 7 vezes por semana, sendo que os iogurtes são mais preferidos pelas crianças relativamente aos iogurtes infantis, visto que 21 crianças (63,6 %) nunca ou raramente os ingere. Verificou-se que a ingestão de queijos (semi-curados, curados, queijo fresco, requeijão, queijo magro) não são uma alternativa muito escolhida pelas crianças, constatando-se que 19 crianças (57,6 %) nunca ou raramente opta por estes alimentos. Salienta-se que 12 crianças (36,4) ingere gelados de 15 em 15 dias e que 14 crianças (42,4 %) ingere 1 a 3 vezes por semana (Tabela 10).

Tabela 10: Ingestão de leite, lacticínios e produtos lácteos por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de leite, lacticínios e produtos lácteos	Periodicidade	n	%
Leite gordo	Nunca ou raramente	31	93,9
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
Leite ½ gordo	Nunca ou raramente	5	15,2
	1vez 15 -15 dias	3	9,1
	1-3 vezes p/semana	1	3
	4-7 vezes p/semana	14	42,4
	Mais de 1 vez p/dia	10	30,3
Leite magro	Nunca ou raramente	30	90,9
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
	Mais de 1 vez p/dia	1	3
Iogurte	Nunca ou raramente	5	15,2
	1vez 15 -15 dias	1	3
	1-3 vezes p/semana	12	36,3
	4-7 vezes p/semana	14	42,4
	Mais de 1 vez p/dia	1	3
Iogurte infantil	Nunca ou raramente	21	9,1
	1vez 15 -15 dias	2	27,3
	1-3 vezes p/semana	6	3
	4-7 vezes p/semana	4	39,4
Gelado	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	14	42,4
	4-7 vezes p/semana	1	3

Neste grupo de leite e derivados o leite e o iogurte são ingeridos na porção média estabelecida pela maioria das crianças. No que diz respeito aos gelados, 15 crianças (45,5%)

ingere este alimento na porção média estabelecida (1 ou 2 bolas), contudo 8 crianças (24,2 %) ingere uma quantidade maior.

O leite é tido como um alimento benéfico no controlo do peso, principalmente pela existência na sua composição de cálcio e de substâncias bioativas, sendo tido também como um alimento essencial no crescimento das crianças e na consolidação da constituição óssea (Bessa, Valente, Cordeiro, Moreira & Lopes, 2008). A ingestão de iogurtes pode ser uma alternativa à ingestão de leite, contudo é necessário ter em atenção nos rótulos a informação relacionada com a quantidade de açúcares e gordura (Abreu, 2009).

No que diz respeito à ingestão de carne e produtos similares / ovos, 29 crianças consomem carne de vaca, porco ou cabrito todas as semanas, sendo que 23 crianças (69,7%) consome estes alimentos 1 a 3 vezes por semana e 6 crianças (18,2%) 4 a 7 vezes por semana. Constata-se que a ingestão de “carnes vermelhas” é semelhante ao consumo de “carnes brancas” visto que 17 crianças (51,5%) ingere carne de frango, peru ou coelho 1 a 3 vezes por semana e 16 crianças (48,5%) ingere 4 a 7 vezes por semana. A quase totalidade das crianças não ingere carne proveniente da língua ou mão de vaca, tripas ou chispe. A ingestão de carne de frango através de panados industriais é realizada por 14 crianças (42,4%) 1 a 3 vezes por semana. O mesmo se verifica com a ingestão de croquetes, pastéis e rissóis que é realizada por 12 crianças (36,4 %) 1 a 3 vezes por semana. A ingestão de carne processada através de hambúrgueres e salsichas é realizada 1 a 3 vezes por semana por 12 crianças (36,4%) no caso dos hambúrgueres e por 10 crianças (30,3 %) no caso das salsichas. A ingestão de fiambre, chouriço, salpicão, presunto e bacon é realizada 1 a 3 vezes por semana por 13 crianças (39,4%). No que diz respeito à ingestão de ovos 23 crianças (69,7%) ingere este alimento 1 a 3 vezes por semana. Não se verifica a ingestão de soja ou derivados e de boiões de carne. No que diz respeito à quantidade ingerida de carne, produtos similares e ovos verificou-se que a quantidade ingerida é na maior parte das vezes igual à poção média aconselhada. No entanto verifica-se a ingestão de carne de vaca, porco ou cabrito e carne de frango, peru ou coelho, por parte das de muitas crianças 1 a 3 vezes por semana e 4 a 7 vezes por semana, acrescentado a este aspeto ainda a ingestão de ovos também 1 a 3 vezes por semana. Mas é muito importante evidenciar o consumo de frango ou peru em panados industriais, assim como croquetes, pastéis e rissóis de carne, tal como carne processada através da ingestão de hambúrgueres e salsichas por parte de um grande número de crianças 1 a 3 vezes por semana (Tabela 11). Pode-se concluir que este grupo de alimentos será utilizado mais vezes do que o aconselhado para cada

criança. Evidencia-se o facto de que as indicações alimentares e nutricionais são para evitar carnes processadas, controlar o consumo de carnes vermelhas e de alimentos ricos em sal. Devendo-se reduzir o consumo de carne processada (enchidos, carne de fumeiro, chouriços, salsichas, carne enlatada) para momentos ocasionais ao longo do mês (Lopes et al,2017). É importante também salientar que o meio mais habitual de confeção de panados, croquetes e rissóis é o recurso a fritar os alimentos, não sendo este o meio de confeção mais saudável.

Tabela 11: Ingestão de carne e produtos similares/ovos por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de carne e produtos similares / ovos	Periodicidade	n	%
Carne vaca, porco, cabrito	Nunca ou raramente	1	3,0
	1vez 15 -15 dias	3	9,1
	1-3 vezes p/semana	23	69,7
	4-7 vezes p/semana	6	18,2
Carne frango, peru, coelho	1-3 vezes p/semana	17	51,5
	4-7 vezes p/semana	16	48,5
Panados industriais frango, peru	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	14	42,4
Croquetes, pastéis e rissóis de carne	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	15	45,5
	1-3 vezes p/semana	12	36,4
Hambúrgueres	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	14	42,4
	1-3 vezes p/semana	12	36,4
Salsichas	Nunca ou raramente	8	24,2
	1vez 15 -15 dias	15	45,5
	1-3 vezes p/semana	10	30,3
Ovos	Nunca ou raramente	1	3,0
	1vez 15 -15 dias	6	18,2
	1-3 vezes p/semana	23	69,7
	4-7 vezes p/semana	3	9,1

Relativamente à ingestão de peixe magro (pescada, faneca, dourada, etc) verifica-se que 24 crianças (72,7%) ingere estes alimentos 1 a 3 vezes por semana, verificando-se que a escolha destes peixes é preferida relativamente à ingestão de peixe gordo (sardinha, cavala, carapau, salmão, etc) e de bacalhau, que apresentam características de ingestão similares por parte das crianças. Evidencia-se que a ingestão de peixe panado ou frito é realizado por 13 crianças (39,4%) entre 1 a 3 vezes por semana. Constata-se que 19 criança (57,6%) nunca ou raramente ingere lula, polvo ou choco e que 26 crianças (78,7 %) nunca ou raramente ingere marisco e que a quase totalidade de crianças não ingere boiões de peixe (Tabela 12). Relativamente à quantidade de peixe ingerida, verificou-se a grande maioria das crianças ingere menos ou o

equivalente à porção média definida. Evidencia-se mais uma vez a recorrência à ingestão de alimentos panados ou fritos.

Tabela 12: Ingestão de peixe e marisco por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de peixe e marisco	Periodicidade	N	%
Peixe magro	Nunca ou raramente	1	3
	1vez 15 -15 dias	3	9,1
	1-3 vezes p/semana	24	72,7
	4-7 vezes p/semana	5	15,2
Bacalhau	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	14	42,4
	1-3 vezes p/semana	11	33,3
	4-7 vezes p/semana	1	3
Peixe gordo	Nunca ou raramente	8	24,2
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	11	33,3
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
Peixe em conserva	Nunca ou raramente	11	33,3
	1vez 15 -15 dias	13	39,4
	1-3 vezes p/semana	7	21,2
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
Peixe panado ou frito	Nunca ou raramente	8	24,2
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	13	39,4

Verificou-se que relativamente ao grupo dos óleos e gorduras, os alimentos mais ingeridos pelas crianças são o azeite e a manteiga. Relativamente ao azeite, 12 crianças (36,4%) ingere este alimento 1 a 3 vezes por semana e 13 crianças (39,4%) 4 a 7 vezes por semana. A manteiga é ingerida por 15 crianças (45,5%) 1 a 3 vezes por semana e por 12 crianças (36,4%) 4 a 7 vezes por semana. No que diz respeito ao óleo e à manteiga são ingeridos em quantidade inferior ou equivalente à porção média estabelecida. A quase totalidade das crianças não ingere óleos e a grande maioria não opta pela margarina. No entanto verificou-se anteriormente que as crianças ingerem carne e peixe fritos.

No que diz respeito ao grupo dos cereais e similares, relativamente ao pão as opções recaem pela ingestão de pão branco ou tostas ou pão de forma, visto que 12 crianças (36,4%) ingerem pão branco ou tostas 1 a 3 vezes por semana, 7 crianças (21,6%) 4 a 7 vezes por semana e 4 crianças (12,6 %) mais do uma vez por dia, relativamente ao pão de forma é ingerido por 18 crianças (54,5 %) 1 a 3 vezes por semana. A quase totalidade das crianças nunca ou raramente ingere broa e cerca de metade das crianças nunca ou raramente ingere pão integral ou pão doce. Entre 60% a 80% das crianças ingere arroz cozinhado e massas 1 a 3 vezes por semana e 30% das crianças ingere arroz cozinhado 4 a 7 vezes por semana. A lasanha

e a pizza são habitualmente ingeridas de 15 em 15 dias (Tabela 13). No que diz respeito à ingestão de batatas fritas a opção são as batatas fritas de pacote relativamente às batatas fritas caseiras, sendo que 16 crianças (48,5%) ingere batatas fritas de pacote 1 a 3 vezes por semana. Relativamente aos alimentos atrás evidenciados a quantidade ingerida é igual à porção média aconselhada, à exceção do arroz e das massas que é ingerido em quantidade menor à porção aconselhada. A ingestão de papas tipo Cerelac® ou Nestum® são ingeridas por 11 crianças (33,3%) 1 a 3 vezes por semana e por 7 crianças (21,2%) 4 a 7 vezes por semana em quantidade igual à porção média aconselhada, verificando-se o mesmo para as 11 crianças (33,3%) que ingerem cereais crocantes açucarados. Este grupo de alimentos é o principal fornecedor da componente energética das nossas células devido a serem ricos em hidratos de carbono, como tal o consumo diário destes alimentos deve constituir cerca de aproximadamente 28% da refeição individual, como tal deve estar presente em todas as refeições (Abreu, 2009). Através dos dados referenciados anteriormente são poucas as crianças que ingerem pão mais do que uma vez por dia, verificando-se também que a grande parte das crianças não ingere pão integral e opta por papas e cereais açucarados. Verifica-se que neste grupo a maioria dos alimentos são ingeridos 1 a 3 vezes por semana ficando aquém das indicações da roda dos alimentos.

Tabela 13: Ingestão de cereais e similares por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Cereais e similares	Periodicidade	n	%
Pão branco	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	12	36,4
	4-7 vezes p/semana	7	21,2
	Mais de 1 vez p/dia	4	12,1
Pão de forma	Nunca ou raramente	8	24,2
	1vez 15 -15 dias	5	15,2
	1-3 vezes p/semana	18	54,5
	4-7 vezes p/semana	1	3
	Mais de 1 vez p/dia	1	3
Arroz cozinhado	1vez 15 -15 dias	1	3
	1-3 vezes p/semana	22	66,7
	4-7 vezes p/semana	10	30,3
Massas, esparguete e macarrão	1vez 15 -15 dias	1	3
	1-3 vezes p/semana	26	78,8
	4-7 vezes p/semana	6	18,2
Lasanha	Nunca ou raramente	8	24,2
	1vez 15 -15 dias	16	48,5
	1-3 vezes p/semana	9	27,3
Pizza	Nunca ou raramente	4	12,1
	1vez 15 -15 dias	26	78,8
	1-3 vezes p/semana	3	9,1

Relativamente à ingestão de hortaliças e legumes, a quase totalidade das crianças entre 80% a 100%, nunca ou raramente ingere penca, pimento, pepino e boiões de sopa. Verifica-se também que cerca de metade das crianças (entre os 40% e os 60%) nunca ou raramente ingere ervilha, grão, fava, couve lombarda, couve de bruxelas e tomate. Constata-se também 36% a 45% das crianças ingere apenas de 15 em 15 dias leguminosas cozinhada, ervilha, grão, fava, couve branca, couve lombarda, grelos, nabijas e espinafres. A alface, tomate e cenoura são os alimentos ingeridos 4 a 7 vezes por semana, mas apenas entre 18,2% a 24% das crianças (Tabela 14). Verifica-se que mesmo os alimentos ingeridos com maior frequência são utilizados em menor quantidade do que a porção média indicada. As hortícolas e legumes e fruta têm indicação para serem ingeridos diariamente em maior proporção comparativamente aos restantes alimentos devendo estar presentes em todas as refeições, sendo que o não cumprimento destas indicações se repercute no desenvolvimento de patologias e redução das defesas do sistema imunitário (Abreu, 2009).

Tabela 14: Ingestão de hortaliças e legumes por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de hortaliças e legumes	Periodicidade	n	%
Ervilha, grão, fava	Nunca ou raramente	14	42,4
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	5	15,2
	4-7 vezes p/semana	1	3,0
	Mais de 1 vez p/semana	1	3,0
Couve branca, couve lombarda	Nunca ou raramente	12	36,4
	1vez 15 -15 dias	11	33,3
	1-3 vezes p/semana	6	18,2
	4-7 vezes p/semana	3	9,1
	Mais de 1 vez p/semana	1	3,0
Grelos, nabijas, espinafres	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	11	33,3
	1-3 vezes p/semana	12	36,4
	4-7 vezes p/semana	4	12,1
Feijão verde	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	15	45,5
	1-3 vezes p/semana	10	30,3
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
Alface	Nunca ou raramente	9	27,3
	1vez 15 -15 dias	5	15,2
	1-3 vezes p/semana	11	33,3
	4-7 vezes p/semana	8	24,2
Tomate	Nunca ou raramente	13	39,4
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	8	24,2
	4-7 vezes p/semana	8	24,2
Cenoura	Nunca ou raramente	6	18,2
	1vez 15 -15 dias	7	21,2
	1-3 vezes p/semana	12	36,4
	4-7 vezes p/semana	6	18,2
	Mais de 1 vez p/semana	2	6,2

No que diz respeito à ingestão de frutos a quase totalidade das crianças, entre 80% a 100%, nunca ou raramente ingere diospiro, fruta de conserva e azeitonas. A grande maioria das crianças cerca de 66,7% das crianças nunca ou raramente ingere figos e nêspersas e boiões de fruta. Entre 33,3% a 60,5% das crianças ingere 1 a 3 vezes por semana maçã, pera, laranja e tangerina, em quantidade igual à porção aconselhada, e morango, melancia e melão de forma sazonal e em porções mais reduzidas do que a porção média aconselhada. A maçã, pera e banana são as frutas que as crianças (entre 39,5% e 48,5%) ingerem entre 4 a 7 vezes por semana e mais uma vez em quantidade igual à porção média recomendada, ao contrário das restantes frutas que indiferentemente da frequência que são ingeridas, a quantidade é sempre inferior à aconselhada, ficando aquém das recomendações (Tabela 15).

Tabela 15: Ingestão de fruta por parte das crianças – Elaboração própria

Ingestão de fruta	Periodicidade	n	%
Maçã, pera	Nunca ou raramente	1	3,0
	1-3 vezes p/semana	13	39,4
	4-7 vezes p/semana	16	48,5
	Mais de 1 vez p/semana	3	9,1
Laranja, tangerina	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	3	9,1
	1-3 vezes p/semana	15	45,5
	4-7 vezes p/semana	7	21,2
	Mais de 1 vez p/semana	1	3,0
Banana	Nunca ou raramente	1	3,0
	1vez 15 -15 dias	4	11,1
	1-3 vezes p/semana	15	45,5
	4-7 vezes p/semana	13	39,4
Kiwi	Nunca ou raramente	16	48,5
	1vez 15 -15 dias	7	21,2
	1-3 vezes p/semana	3	9,1
	4-7 vezes p/semana	7	21,2
Morangos, cereja	Nunca ou raramente	9	27,3
	1vez 15 -15 dias	6	18,2
	1-3 vezes p/semana	11	33,3
	4-7 vezes p/semana	7	21,2
Pêssegos, ameixas	Nunca ou raramente	11	33,3
	1vez 15 -15 dias	9	27,3
	1-3 vezes p/semana	8	24,2
	4-7 vezes p/semana	5	15,2
Melão, melancia	Nunca ou raramente	5	15,2
	1vez 15 -15 dias	6	18,2
	1-3 vezes p/semana	14	42,4
	4-7 vezes p/semana	8	24,2
Uvas	Nunca ou raramente	11	33,3
	1vez 15 -15 dias	2	6,1
	1-3 vezes p/semana	15	45,5
	4-7 vezes p/semana	5	15,2

No que diz respeito à ingestão de bebidas por parte das crianças a escolha pelo Ice Tea® ou outras bebidas de extratos vegetais são as bebidas mais ingeridas pelas crianças sendo que 78,9% das crianças ingere esta bebida, 14 crianças (42,4%) ingere esta bebida 1 vez de 15 em 15 dias, 11 crianças (33,3%) ingere 1 a 3 vezes por semana. O que se evidencia é que a grande parte das crianças não ingere as outras bebidas, contudo devido à quantidade elevada de açúcar é importante realçar que 12 crianças (36,3%) ingere sumos de fruta concentrados. A ingestão dos sumos é realizada numa quantidade inferior à porção média aconselhada (Tabela 16). A ingestão de bebidas açucaradas com elevado valor calórico contribui para a obesidade e muitas vezes as crianças associam a ingestão de bebidas açucaradas como substituição de ingestão de água. (Bessa et al, 2008). É importante evidenciar que a quase ou totalidade das crianças não ingere bebidas com café, cevada, chá preto ou chá com aromas.

Tabela 16: Ingestão de bebidas por parte das crianças (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de bebidas	Periodicidade	n	%
Ice Tea® ou extratos vegetais	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	14	42,4
	1-3 vezes p/semana	11	33,3
	4-7 vezes p/semana	1	3
Refrigerantes gaseificados	Nunca ou raramente	21	63,6
	1vez 15 -15 dias	8	24,2
	1-3 vezes p/semana	3	9,1
	4-7 vezes p/semana	1	3
Sumos de fruta concentrados	Nunca ou raramente	21	63,6
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	7	21,2
	4-7 vezes p/semana	1	3
Sumos de fruta natural c/polpa	Nunca ou raramente	17	51,5
	1vez 15 -15 dias	7	21,2
	1-3 vezes p/semana	9	27,3
Sumos de fruta natural s/polpa	Nunca ou raramente	15	45,5
	1vez 15 -15 dias	13	39,4
	1-3 vezes p/semana	5	15,2
Coca cola®	Nunca ou raramente	19	57,6
	1vez 15 -15 dias	12	36,4
	1-3 vezes p/semana	2	6,1

Relativamente à ingestão de doces e produtos de pastelaria, verifica-se que a maioria das crianças (entre 69,7% e 72,7%) nunca ou raramente ingere snacks de chocolate, marmelada, compota, geleia, mel e açúcar. No entanto verifica-se que 27 crianças 21 crianças (87,9%) ingere bolacha tipo maria® ou torrada, sendo que 14 crianças (42,4%) come estas bolachas 1 a 3 vezes por semana, 9 crianças (27,3%) 4 a 7 vezes por semana e 6 crianças (18,2%) mais do que uma vez por dia. No que diz respeito à ingestão de outras bolachas e

biscoitos 21 crianças (63,6%) ingere 1 a 3 vezes por semana e 7 crianças (21,2%) 4 a 7 vezes por semana. Apesar dos croissants, pastéis e bolos serem ingeridos por 18 crianças (54,5%) 1 vez de 15 em 15 dias, verifica-se que 8 crianças (24,2%) come estes alimentos 1 a 3 vezes por semana. No que diz respeito à ingestão de chocolate, apenas 7 crianças (21,2%) não ingere este alimento, visto que é consumido por 9 crianças ((27,3%) 1 vez de 15 em 15 dias, por 13 crianças (39,4%) 1 a 3 vezes por semana e por 4 crianças (12,1%) 4 a 7 vezes por semana (Tabela 17). Apesar do elevado número de vezes que estes produtos são ingeridos, verifica-se que a quantidade ingerida é igual à porção média aconselhada. Estes produtos açucarados têm indicação para serem ingeridos com muita moderação devido ao elevado valor energético apesar de pouco nutricional, visto que são muito prejudiciais para a saúde dentária, interferem com o apetite das crianças e apresentam-se como produtos que contribuem muito para a obesidade (Abreu, 2009)

Tabela 17: Ingestão de doces e pastelaria (n=33) – Elaboração própria

Ingestão de doces e pastelaria	Periodicidade	n	%
Bolacha tipo Maria® ou torrada	Nunca ou raramente	3	9,1
	1vez 15 -15 dias	1	3
	1-3 vezes p/semana	14	42,4
	4-7 vezes p/semana	9	27,3
	Mais de 1 vez p/semana	6	18,2
Outras bolachas ou biscoitos	Nunca ou raramente	1	3
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	21	63,6
	4-7 vezes p/semana	7	21,2
Croissants, pastéis ou bolos	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	18	54,5
	1-3 vezes p/semana	8	24,2
Chocolate	Nunca ou raramente	7	21,2
	1vez 15 -15 dias	9	27,3
	1-3 vezes p/semana	13	39,4
	4-7 vezes p/semana	4	12,1
Snacks de chocolate	Nunca ou raramente	223	69,7
	1vez 15 -15 dias	5	15,2
	1-3 vezes p/semana	5	15,2
Marmelada, compota, geleia e mel	Nunca ou raramente	24	72,7
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	3	9,1
	4-7 vezes p/semana	2	6,1
Açúcar	Nunca ou raramente	24	72,7
	1vez 15 -15 dias	4	12,1
	1-3 vezes p/semana	5	15,2

Problemas identificados

No final da etapa referente à realização do diagnóstico devem definir-se os principais problemas de saúde, que são definidos como um estado de saúde julgado em déficit para um indivíduo ou comunidade (Tavares, 1990).

Com o intuito de proceder à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015 (OE, 2016) e ao documento Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o Governo Escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2015).

Os problemas identificados foram os seguintes:

Comportamento alimentar infantil comprometido

- Padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de legumes, hortícolas e frutas;
- Padrão alimentar diminuído no consumo diário de legumes sem serem passados e legumes cozidos;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de carne processada (salsicha e hambúrgueres) c/ elevado teor de sal e gordura, e fiambre, chouriço, salpicão, presunto;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de alimentos fritos/panados através da ingestão de carne e peixe em formato de rissóis, pastéis, croquetes e panados;
- Padrão alimentar elevado no consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados;

Necessidades determinadas

O conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população é importante no diagnóstico, tornando-se fulcral na fase de escolha de prioridades e posteriormente na etapa de organização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993). Através da delimitação das necessidades têm-se a noção do estado da situação diagnosticada e o estado que se pretende alcançar (Tavares, 1990).

As necessidades identificadas foram as seguintes:

- Ensinar as crianças sobre a necessidade de ingestão de legumes, hortícolas e fruta ao longo do dia e a variedade de produtos existentes;

- Esclarecer as crianças sobre as desvantagens para a saúde da ingestão excessiva de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados;
- Informar os pais acerca da pertinência da promoção de hábitos alimentares saudáveis e vantagens para a saúde de uma alimentação saudável e equilibrada;
- Informar os pais das crianças das desvantagens para a saúde da ingestão excessiva de alimentos processados (hambúrguer, salsicha, salpicão) e alimentos fritos/panados (rissóis, croquetes, pastéis e panados);
- Informar os pais sobre as desvantagens para a saúde da ingestão excessiva de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.

3.3 – Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

A realidade epidemiológica incidente na caracterização do estado nutricional que abrange os cenários do excesso de peso e da obesidade infantil foi influenciada pelas mudanças que se verificaram em virtude das alterações demográficas, colocando novos desafios e exigências de abordagem, reflexão e adaptação nas estratégias de intervenção em saúde (Moreira & Henriques, 2014). De acordo com Omran (2005), referida por (Moreira & Henriques, 2014), evidenciam-se três estádios ou etapas no processo de modernização pelos quais passaram as sociedades e que marcaram os progressos científicos, sanitários, económicos e o estado de saúde das populações. A primeira etapa foi caracterizada pelas pestes e fome, seguindo-se a segunda etapa marcada pela diminuição e desaparecimento das pandemias. Por último temos a terceira etapa, onde é evidente o aumento da prevalência das doenças degenerativas da responsabilidade do homem.

Segundo George & Gomes (2011, p.1) resultado das alterações demográficas, a transição epidemiológica é tida como uma prioridade a nível global, esta é um “fenómeno complexo que mudou a natureza causal da mortalidade prematura (...) antes, eram as doenças provocadas por agentes infecciosos que antecipavam a morte. Agora, no contexto deste processo de mudança, surgem as doenças não transmissíveis como causas principais de óbito”. Evidencia-se assim a passagem de um ciclo de vida reduzido e marcado pela instabilidade, devido à morbidade e mortalidade condicionada pelas condições eco estruturais do meio envolvente (carências nutricionais, insuficiências sanitárias, insalubridade), para um ciclo de vida alargado e consideravelmente estável caracterizado por reduzidos níveis de mortalidade,

uma esperança de vida elevada, evidenciando-se aqui os progressos sentidos ao nível da ciência no que diz respeito aos meios de diagnóstico e de tratamento, saúde pública e desenvolvimento das condições socioeconómicas (Moreira & Henriques (2014) citando Moreira & Rodrigues (2010).

No que diz respeito à situação demográfica sentida atualmente, esta caracteriza-se por um duplo envelhecimento, visto que prevalecem cada vez menos jovens e cada vez mais pessoas idosas, associando-se a esta realidade uma diminuição do crescimento da população. Sendo assim, a transição epidemiológica realça o aparecimento de doenças crónicas enquadradas num novo cenário de morbilidade e de mortalidade prematura, tendo estas em comum o facto das respetivas taxas de incidência e prevalência sofrerem a influência dos comportamentos e estilos de vida, determinantes estes que podem, na sua medida, ser controlados. Os fatores de risco das doenças crónicas não transmissíveis encontram-se identificados e reconhece-se que a alimentação desequilibrada em calorias e em composição, o sedentarismo, o tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas, se enquadram entre os principais potenciadores de doenças prevenidas através da adoção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde e de ambientes saudáveis (George & Gomes 2011).

No âmbito da temática deste trabalho, a associação estabelecida entre a transição epidemiológica, demográfica, a alteração dos hábitos alimentares e os comportamentos de vida são tidos em conta como causas da prevalência da obesidade infantil, evidenciando-se a relação entre as práticas alimentares inadequadas (alimentos industrializados, refeições efetuadas fora do domicílio) e o sedentarismo (reduzida prática do exercício físico e excesso de exposição à televisão, computadores) (Rinaldi et al, 2008).

A prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes, a nível mundial, tem vindo a aumentar a um ritmo alarmante. Relativamente à prevalência de obesidade infantil tem-se verificado que se encontra em ascensão, estimando-se a existência de 41 milhões de crianças com menos de 5 anos que ou tinham excesso de peso ou eram obesas (OMS, 2016). Ainda referente à prevalência mundial de excesso de peso e obesidade entre as crianças da idade pré-escolar, verifica-se que aumentou de 4,2% relativamente ao ano de 1990 para 6,7% em 2010, expectando-se verificar um aumento para 9,2% em 2020 (De Onis et al, 2010).

Enquadrado ainda no âmbito global, o número de crianças obesas em idade escolar aumentou de 5 para 50 milhões (género feminino) e de 6 para 74 milhões (género masculino)

entre 1975 e 2016, sendo que as regiões mais afetadas foram a Ásia Oriental, o Médio Oriente, o Norte de África e o Sul Asiático (Rito et al, 2017). Anteriormente considerado um problema de países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão agora em ascensão em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, particularmente em ambientes urbanos (OMS, 2016). Em África, 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). A OMS (2016) refere que 48% das crianças com menos de 5 anos que tinham excesso de peso ou obesidade em 2014 viviam na Ásia, e que 25% se encontrava na África.

Atualmente, cerca de 20% da população infantil Europeia é obesa, o que indica que a prevalência de obesidade infantil triplicou quando comparada com o ano de 1980 (OMS, 2016). Esta tendência alarmante de evolução dos indicadores de obesidade infantil a nível mundial e europeu também se verifica em Portugal. Nos países da Europa Central e de Leste tem-se verificado menores prevalências de excesso de peso e de obesidade infantil comparando com os países da bacia mediterrânica, onde se inclui Portugal, considerado um dos 5 países da Região Europeia com maior prevalência de obesidade infantil, com dados aproximados a países como a Grécia, Itália e Espanha. Em Portugal mais de 30% das crianças entre os 6 e os 8 anos de idade apresentam excesso de peso e cerca de 14% de obesidade (Rito et al, 2017).

Um estudo de corte descritivo, realizado no período de 1 janeiro de 1996 a 1 de janeiro de 2008, cuja amostra compreendeu 482 crianças (dos 2 aos 13 anos de idade) evidenciou um aumento exponencial de pedidos de referenciação na consulta de obesidade infantil, mais especificamente: de 21 crianças referenciadas em 1996 para 88 em 2007 (Costa, Ferreira & Amaral, 2010).

A crescente consciencialização desta problemática e sua repercussão no desenvolvimento psicossocial da criança motivou a realização de inúmeros estudos sobre a obesidade infantil, existindo estudos referentes a várias regiões do país.

Em 2006, relativamente à idade pré-escolar, foi realizado um estudo em Coimbra que incluiu crianças entre os 3-6 anos de idade, identificou 23,6 % de crianças com excesso de peso, entre as quais 6,7 % eram obesas (Rito, 2006).

Um estudo descritivo transversal, realizado no Concelho de Évora em 2007, onde se procedeu à avaliação de 275 crianças com idades entre os 2-6 anos, identificou que 25,4 % tinham excesso de peso e 11,6 % eram obesas, verificou-se que o grupo das crianças com

idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos apresentaram maior proporção de excesso de peso (Gomes et al, 2010).

Durante o ano letivo de 2006/2007, Duarte (2011) procedeu a um trabalho de investigação onde apresentou resultados relativamente à caracterização do estado nutricional e da prevalência do peso excessivo e obesidade. O trabalho de investigação incidiu sobre 1111 crianças que frequentaram o ensino pré-escolar público e privado na Beira Interior Sul. As crianças tinham idades compreendidas entre os 3 anos e os 6 anos. Verificou-se que das 1111 crianças avaliadas, as crianças do sexo feminino apresentavam peso excessivo em 28,33% dos casos e as crianças do sexo masculino em 27,18% dos casos, constatando-se uma evolução do peso excessivo dos 3 para os 6 anos de idade e principalmente nas raparigas. Relativamente à obesidade verificou-se obesidade nas raparigas em 12,3% dos casos e nos rapazes em 11,28%, constatando-se também uma evolução dos 3 para os 6 anos de idade.

Um estudo não experimental do tipo descritivo e transversal foi desenvolvido por Lourenço, Santos & Carmo (2014) num centro de saúde da zona do concelho de Sintra no âmbito do Programa de Saúde Escolar. No que diz respeito ao género e idade, incidiu sobre 300 crianças, sendo que 154 crianças pertenciam ao género masculino e 146 ao género feminino, 140 crianças tinham até 3 anos de idade e as restantes 160 tinham até 4 anos de idade. Verificou-se que a classificação do estado nutricional das crianças de acordo com o IMC foi o seguinte: baixo peso em 19 (6,3%) crianças, peso normal em 189 (63,0%) crianças, excesso de peso em 92 (30,7%) das crianças. Entre as 92 crianças com excesso de peso, 41 (13,6%) apresentavam pré-obesidade e 51 (17,0%) apresentavam obesidade. Nas conclusões deste estudo as autoras salientaram que as instituições onde se verificaram mais crianças com obesidade eram todas IPSS.

Antunes & Moreira (2011) apresentaram os resultados de uma revisão sistemática que incluiu 21 estudos, realizados entre 2007 e 2008, sobre a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes portugueses. Os resultados obtidos, incluem estudos de âmbito regional realizados a crianças de diferentes faixas etárias (com idade compreendidas entre os 2 e 18 anos) e revelaram que:

A prevalência de excesso de peso variou segundo os critérios: do CDC, entre 8,3% e 27,4% para o sexo masculino, e 13,4% e 35% para o sexo feminino; da IOTF, entre 8,6% e 29,6% para o sexo masculino, e entre 8,8% e 31,4% para o sexo feminino; da OMS, entre 21,1% e 22,1% para o sexo masculino, e entre 19,7% e 31,3% para o sexo feminino. Em relação aos valores de prevalência da obesidade variou segundo os critérios: do CDC, entre 5,9% e 26% para o sexo

masculino, e 6,1% e 21,3% para o sexo feminino; da IOTF, entre 3,2% e 14,6% para o sexo masculino, e 0,6% e 13,1% para o sexo feminino; da OMS, foram encontrados valores entre 4,4% e 22,9% para o sexo masculino, e entre 3,8% e 8,2% para o sexo feminino (Antunes e Moreira, 2011, p. 279).

A análise desta revisão sistemática refletiu a noção da gravidade deste fenómeno em determinadas regiões do nosso país. No entanto, a ausência de unanimidade nos critérios utilizados para diagnóstico de obesidade, a diversidade de idade da população alvo, a diferente metodologia de apresentação dos dados obtidos e do ano a que estes se referem, tornou difícil a noção do panorama nacional face ao fenómeno da obesidade infantil, bem como a comparação de dados entre regiões.

Foi com o intuito de dar resposta à problemática da obesidade infantil e de fornecer dados acerca da prevalência desta problemática em território nacional, a Secção de Pediatria Ambulatória da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPA-SPP) promoveu uma Jornada Nacional de Rastreio de Obesidade Infantil. Este estudo decorreu em 17 cidades portuguesas entre 2007/2009 e rastreou 6175 crianças e adolescentes (dos 2 aos 18 anos inclusive). A prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 18,7% e 13,4% (de acordo com os critérios do CDC), de 20,5% e 14,9% (segundo os critérios da OMS) e de 20,1% e 7,2% (usando os critérios da IOFT) (Viveiro, Brito & Pascoal, 2016).

No referido estudo, Viveiro et al, (2016) analisaram a amostra por grupos etários, caracterizando como crianças os indivíduos com idade inferior a 10 anos e como adolescentes aqueles que apresentavam idade superior ou igual a 10 anos. A prevalência de obesidade verificada em crianças foi de 15,9%, 8,6% e 17%, de acordo com os padrões de referência da CDC, IOFT e OMS respetivamente. No que diz respeito ao grupo dos adolescentes a prevalência obtida foi de 7,1%, 3,6% e 9,2% segundo os critérios de avaliação da CDC, IOFT e OMS (Viveiro et al, 2016). Estes indicadores revelam uma maior prevalência de obesidade do grupo das crianças, “o que levanta preocupações importantes em termos de saúde, pois significa que a prevalência da obesidade irá aumentar no futuro e as repercussões desta patologia tenderão a ocorrer cada vez mais precocemente” (Viveiro et al, 2016, p. 35).

O Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)/ World Health Organization Regional Office for Europe (OMS Europa), sistema europeu de vigilância nutricional infantil coordenado pelo Gabinete Europeu da OMS promoveu a realização de um estudo que contou com a participação de 21 países. Esta iniciativa pretende criar uma “rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação” de indicadores sobre o estado nutricional infantil de

crianças entre os 6 e os 8 anos de idade, gerando dados comparáveis entre países Europeus a cada 2-3 anos (Rito & Graça, 2015, p.7). Em Portugal o estudo denomina-se COSI Portugal e é coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em articulação com a DGS. Atualmente, está disponível informação de 4 momentos de análise (2008, 2010, 2013 e 2016), “permitindo pela primeira vez uma avaliação da evolução da obesidade infantil nesta faixa etária e sua comparação com outros países Europeus, através de uma metodologia idêntica de recolha de informação” (Rito & Graça, 2015, p. 50).

Durante a implementação entre 2008 e 2016, o estudo COSI Portugal tem demonstrado uma ténue inversão na prevalência de excesso de peso (incluindo a obesidade, verificando-se nesta última avaliação o valor de 30,7%. No que diz respeito à prevalência de obesidade, constata-se também uma redução passando de 15,3% em 2008 para 11,7% em 2016 (Rito et al, 2017). Tendo em conta o critério de classificação da OMS relativamente ao estado nutricional, constatou-se que as crianças com 8 anos de idade foram as que apresentaram valores médios de excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) mais elevados quando comparados com as crianças de 6 e 7 anos. No que diz respeito a diferenças do estado nutricional entre sexos não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, contudo constatou-se que o sexo masculino é o que apresenta maior prevalência de obesidade em todos os intervalos considerados (Rito et al, 2017).

Na tabela 18, são apresentados os dados do COSI Portugal 2016, evidenciando a prevalência de baixo peso, excesso de peso e obesidade infantil, por região de Portugal. Os dados obtidos tiveram em conta os critérios de avaliação da OMS.

Tabela 18: Estado Nutricional Infantil (COSI Portugal 2016) por região.

Região	COSI Portugal 2016*		
	Baixo Peso	Excesso de Peso	Obesidade
	%	%	%
Norte	0,8	33,9	13,2
Centro	0,9	30,0	12,1
LVT	0,9	29,3	9,7
Alentejo	1,2	27,1	12,2
Algarve	1,3	21,1	8,6
Açores	1,3	31,0	17,0
Madeira	1,3	31,6	12,6
Total	0,9	30,7	11,7

* Critérios de avaliação de estado nutricional - OMS

Fonte: Ministério da Saúde. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/9/COSI%202016_V2_20fev2018.pdf

No Alentejo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) em 2016 é de 27,1%, verificando-se uma diminuição do valor referente a 2013 que era 35,9%. Relativamente à obesidade, no Alentejo o valor apresentado em 2016 é de 12,2%, verificando-se uma ligeira diminuição comparativamente aos 14,4% de 2013 (Rito & Graça, 2015) (Rito et al, 2017).

Entre as sete regiões do país apresentadas, verifica-se que cinco regiões apresentam valores aproximados/acima de 30% de excesso de peso infantil, o que demonstra que a obesidade infantil em Portugal é uma prioridade em termos de intervenção em saúde. Das sete regiões, também cinco apresentam valores acima dos 12% relativamente à obesidade (Tabela 18).

Apesar de apenas nos fornecer dados de prevalência de excesso de peso e obesidade numa estreita faixa etária (dos 6 aos 8 anos), o COSI Portugal tem como vantagem o facto de evidenciar diferenças regionais, cruciais na identificação dos determinantes da obesidade infantil, facilitando na definição de estratégias específicas para cada grupo populacional.

Em março de 2017 foram apresentados os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), realizado em 2014/2016 à população residente em Portugal com idades compreendidas entre 3 meses e 84 anos de idade. Este Inquérito foi promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e desenvolveu um sistema de informação para monitorizar consumos e comportamentos alimentares (incluindo dimensões nutricionais, de segurança e insegurança alimentar) e de atividade física, estabelecendo uma relação entre estas dimensões e outros determinantes em saúde, nomeadamente os socioeconómicos. Através deste inquérito, Portugal integra o projeto europeu Inquérito Pan-Europeu (EU-Menu) promovido pela European Food Safety Authority (EFSA), que visa avaliar os consumos alimentares nos vários países da Europa, utilizando instrumentos de teste e protocolos harmonizados (Lopes et al., 2017).

Os resultados obtidos retratam um Portugal de obesos, apresentando (de acordo com os critérios de avaliação nutricional da OMS) em crianças com idade inferior a 10 anos uma taxa de prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 25%. O valor ascende para 32,3% em crianças entre os 10 e os 17 anos (Lopes et al., 2017). Procedendo-se à análise dos dados divulgados pelo IAN-AF por região verifica-se que a prevalência de excesso de peso oscila entre 27% (Algarve) e 31,5% (Açores). O Alentejo encontra-se entre as três regiões que apresentam maior taxa de prevalência de excesso de peso (29,8%). Relativamente à prevalência de obesidade infantil constata-se que a maior prevalência pertence à Madeira (12,8%), seguida

do Alentejo (12,2%). O elevado valor de excesso de peso apresentado pela região Alentejo deve-se à elevada taxa de obesidade apresentada (Lopes et al., 2017).

A taxa de prevalência de excesso de peso e obesidade demonstrada nestes estudos, em Portugal e mais especificamente na região Alentejo, revela a contínua necessidade de vigilância epidemiológica do estado nutricional infantil, interpretando e identificando os seus fatores de risco e implementando intervenções eficazes no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Apesar de serem vários os programas e projetos implementados em Portugal no combate ao excesso de peso e à obesidade não existe um procedimento de registo nacional que possibilite enumerar, identificar e descrever os mesmos. Assim, como forma de dar resposta a uma necessidade enunciada pelo PNPAS, foi elaborado um estudo que levou à criação do projeto de “Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade e na Diminuição da Prevalência da Pré-Obesidade e Obesidade Infantil em Portugal” (MAPICO). Este tem por objetivo a identificação e caracterização das intervenções realizadas no âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários, câmaras municipais e no âmbito escolar (Filipe, Godinho & Graça, 2016) (Anexo 3). O estudo acima referenciado é tido como o passo inicial para o projeto MAPICO, daí a pertinência de ser referido.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Posteriormente à realização do diagnóstico de situação que possibilitou a identificação dos problemas (enunciados anteriormente no ponto 3.2) e priorização dos problemas (serão enunciados posteriormente no ponto 5.2), tornou-se possível implementar a terceira etapa da metodologia do planeamento em saúde, correspondente à fixação dos objetivos, caracterizada como “uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação de resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77). Considera-se como objetivo “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 resultados ou de impacte” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77).

Através da realização do diagnóstico de situação verificou-se um **comportamento alimentar infantil comprometido**, constatando-se alterações ao nível do padrão alimentar no que diz respeito à realização de uma alimentação equilibrada e variada, e consequentemente os benefícios que daí advém para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Tendo subjacente que o objetivo geral de um projeto se refere de forma abrangente a uma ambição específica que se visa alcançar (Tavares, 1990). Delineou-se como objetivo geral do projeto:

- Promover hábitos alimentares adequados nas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP de Évora, até Junho de 2019.

Com o propósito de atingir o objetivo geral traçado, delinear-se três objetivos específicos, tendo sido definidas metas para cada um deles (Apêndice 1). Como objetivos específicos foram delineados:

- Aumentar 15% o consumo diário de legumes, hortícolas e frutas pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019;

- Diminuir 10% o consumo diário de alimentos processados e alimentos confeccionados de forma menos saudável (fritos / panados) pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019;

- Diminuir 10% o consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.

Tendo como foco o excesso de peso e a obesidade infantil, a prevenção destes estados nutricionais assim como o seu tratamento, passa pela adoção de uma atitude de vida benéfica, dotada de reeducação alimentar e incentivo ao exercício físico (Rossum, Nakaoka, Rodrigues & Assunção, 2015, p.56). Desta forma, “o objetivo primário da abordagem da obesidade infantil consiste na adoção de estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente no que concerne à alimentação e atividade física, pelas crianças e pelos adolescentes assim como por toda a família” (Barlow, 2007 e Spear et al, 2007, citados por Carvalho, Carmo, Ferrinho & Craveiro, 2011, p. 150). A alteração ou manutenção de um estado nutricional adequado na infância e na adolescência requer que se tenha em consideração o contexto ambiental e familiar, bem como os três períodos de tempo críticos no curso da vida: gravidez, primeira infância e pré-puberdade (OMS, 2016).

Salienta-se a prevenção como o modo mais eficiente do que qualquer meio terapêutico para combater um estado nutricional desadequado. Defendem Rossum et al (2015, p.57) que “a atuação em nível de atenção primária preventiva na obesidade infantil representa a estratégia prioritária no controle do que é considerado um desequilíbrio nutricional”. Também, Camarinha, Graça & Nogueira (2016), defendem que “a avaliação e intervenção precoces, ainda durante a infância, tornam-se fundamentais para prevenir a disseminação desta epidemia e co morbilidades associadas. Não obstante a intervenção/tratamento individual, a resolução deste problema deve assentar, essencialmente, numa estratégia de prevenção”. Referem ainda os mesmos autores que as estratégias de prevenção serão tanto mais eficazes quanto mais precoces, no que se refere à idade, forem implementadas, sendo que “a infância é considerada como o período prioritário de atuação no combate ao excesso de peso e obesidade” (Camarinha et al, 2016, p.32).

Vários programas têm sido desenvolvidos a nível mundial com o intuito de combater este flagelo, no entanto, a OMS (2016) considera que até à data os progressos conseguidos têm sido lentos e inconsistentes. Autores como Wilfley et al (2017), defendem maior investimento em políticas e programas que promovam estilo de vida saudáveis, centrados na família no intuito de melhores resultados no tratamento da obesidade pediátrica. De acordo com os mesmos autores, a terapia comportamental, aconselhamento dietético, promoção da atividade física e o envolvimento dos pais são fundamentais no sucesso dos resultados obtidos. Apesar da participação da comunidade no combate à obesidade infantil se revelar como uma

importante estratégia, verifica-se que são poucos os projetos que visam o desenvolvimento de respostas inovadoras às famílias que necessitam desse apoio (Carvalho et al, 2011).

Como interveniente comunitária no âmbito da infância, o ambiente escolar é tido como um local privilegiado de intervenção, onde ligeiras alterações ao nível da alimentação e atividade física, tendem a refletir-se na incidência da obesidade e na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Em 1986 a carta de Ottawa reconhece a escola, o domicílio e a comunidade como estruturas privilegiadas para as intervenções de promoção da saúde, visando “capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades” (Rocha et al, 2013, p 199, citando a 1ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986). De facto, a atual situação epidemiológica caracterizada pelo predomínio das doenças não transmissíveis deu origem a uma mudança no paradigma da saúde escolar. Esta, inicialmente focada no controlo de doenças transmissíveis, reconhece agora que a saúde sofre a influencia do ambiente onde o individuo se desenvolve e orienta estratégias de promoção da saúde atuando sobre os seus determinantes (DGS, 2015a).

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 – Metodologias

No decorrer das últimas décadas têm-se verificado melhorias consideráveis no estado de saúde da população portuguesa, demonstrado através da diminuição da taxa de mortalidade infantil, do aumento da esperança média de vida, bem como, a diminuição da taxa de mortalidade abaixo dos 65 anos. Mas constata-se que existem ainda alguns indicadores de saúde que carecem de uma melhoria urgente, onde se destaca o excesso de peso e a obesidade e mais especificamente a obesidade infantil. É com o intuito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar que foi implementado o projeto explanado neste relatório, utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde (Figura 1), que de acordo com Tavares (1990), é a metodologia indicada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Figura 1 – Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.



Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993)

Esta metodologia caracteriza-se como sendo um processo contínuo e dinâmico, inseparável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere no intuito de alcançar os objetivos delineados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). O planeamento em saúde visa a

atenção e intervenção tendo como foco um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, onde se inclui mudanças ao nível do comportamento das pessoas (Tavares, 1990). Enfatiza-se assim a utilização do planeamento em saúde como um recurso recorrente por parte do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública no intuito de identificar as necessidades do individuo e comunidade, delineando prioridades, implementando intervenções e avaliando os resultados.

O projeto teve ainda como ancoragem o Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed (Anexo 4), caracterizando-se este modelo por valorizar o conjunto de fatores que influenciam a adoção de comportamentos preventivos. A primeira etapa deste modelo corresponde à realização do diagnóstico (social, epidemiológico, comportamental e ambiental, educacional e organizacional, político e administrativo). A segunda etapa diz respeito à implementação da intervenção, à avaliação do processo, avaliação do impacto e avaliação dos resultados (Brito, 2007).

A população alvo foram as crianças de 5 e 6 anos de idade de um JI da cidade de Évora. Uma população, segundo Fortin (1999, p. 202) é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida (...) uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população alvo.” A amostra de uma população “deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada” (Fortin, 1999, p. 202). Posteriormente identificada a população alvo e definida a amostra, torna-se possível identificar a informação essencial à análise de uma situação, possibilitando-se assim conhecer a população sobre a qual incide a avaliação. Emerge assim a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, que é a elaboração do diagnóstico de situação, que deverá corresponder às necessidades de saúde da população, permitindo identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes (Imperatori & Geraldes, 1993).

A realização da primeira etapa referente ao diagnóstico de saúde foi realizada no decorrer do Estágio I, sendo que as restantes etapas do planeamento em saúde foram implementadas no decorrer do Estágio Final.

5.1.1 – Instrumentos de recolha de dados, metodologias de utilização e procedimentos de análise de dados

Um dos métodos de colheita de dados utilizado foi o inquérito por questionário aplicado de forma indireta a um familiar das crianças. O inquérito por questionário permite colocar a um conjunto de inquiridos, um número de perguntas associadas à situação, social, profissional ou familiar, possibilita a abordagem às opiniões pessoais, às atitudes relativamente a opções e expectativas. Permite abordar o nível de conhecimento ou percepção acerca de um acontecimento ou problema, ou acerca de outra temática ou ponto de interesse do investigador. A principal vantagem da utilização do inquérito por questionário é a possibilidade de quantificar uma diversidade de dados que podem ser submetidos a múltiplas análises de correlação (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O questionário utilizado foi o **Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos**, (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007), disponível na internet e que contem 45 questões, no entanto apenas foram utilizadas 26 questões das três secções que compõem o mesmo (Apêndice 2). A primeira secção do questionário é referente aos dados socioeconómicos. A segunda secção diz respeito aos dados da criança relacionados com hábitos alimentares e hábitos de vida, onde são efetuadas questões relacionadas com o comprimento e o peso à nascença, o período de tempo aleitamento materno, a introdução dos alimentos. Questiona-se também acerca do período de tempo passado na instituição escolar e o nível de satisfação relativamente à instituição escolar, meios de transporte utilizados, o período de tempo ocupado pela criança a ver televisão e a utilizar computador/consola, a participação em alguma atividade ou desporto programado e o tempo disponibilizado, a realização de atividade física ou de lazer com familiares, e aborda-se a temática do sono. A terceira secção diz respeito à frequência alimentar onde são apresentados diversos alimentos divididos pelos respetivos grupos dos alimentos, onde se solicita que se assinale na coluna da “frequência” (nunca ou raramente, 1x de 15-15 dias, 1-3x por semana, 4-7x por semana, mais de 1x por semana) as vezes que a criança ingere em média cada um dos alimentos referidos na lista. Questiona-se acerca das dificuldades sentidas pelos pais e o grau de preocupação dos mesmos relacionados com a ingestão de alimentos por parte das crianças, os locais e a frequência de realização de refeições fora de casa, e questiona-se se a criança come a mesma comida que a restante família ou come uma comida diferente.

No que se refere ao tratamento de dados obtidos pelos questionários, procedeu-se à sua respetiva organização e análise estatística, através do estabelecimento de relações e descrição das variáveis estudadas recorrendo ao tratamento estatístico dos dados obtidos tendo sido utilizado para o efeito como recurso o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics Versão 2.4.

Tendo em consideração o que se pretendia com o diagnóstico de situação, para analisar o estado nutricional de acordo com o Pc do IMC das crianças, foi solicitado aos pais/encarregados de educação, o preenchimento de uma **ficha de recolha de dados das medições antropométricas** (Apêndice 3) realizadas na última consulta de saúde infantil, com a indicação da data em anos e meses que a criança tinha quando foi avaliada, assim como o sexo. Seguidamente à recolha desta informação procedeu-se à caracterização do estado nutricional de acordo com o Pc do IMC das crianças tendo em consideração o critério da OMS. Os dados obtidos através da aplicação do inquérito por questionário e da ficha de recolha de dados antropométricos, foram apresentados no ponto 3.2 deste trabalho.

Também como forma de recolha de dados recorreu-se à **entrevista**. Optou-se pela entrevista semiestruturada dirigida às Educadoras de Infância, para a qual foi construído um guião (Apêndice 4) pelo investigador. Neste tipo de entrevistas o investigador reúne uma série de temas que pretende abordar, formulando questões a partir dos temas e apresenta-os ao inquirido segundo uma ordem que lhe suscite maior pertinência no que diz respeito ao enfoque e incidência dos temas que pretende que sejam abordados e desenvolvidos (Fortin, 1999). O guião apresenta uma sequência de questões principais que foram colocadas aos entrevistados com o intuito de gerar descrições espontâneas e enriquecedoras para o projeto. Em cada entrevista foram apresentados o tema e os objetivos do trabalho, assim como os objetivos da entrevista. Os objetivos da realização destas entrevistas foram: Conhecer a relevância que as educadoras de infância têm acerca da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças; Identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças; Identificar estratégias com o intuito de promover adequadamente hábitos alimentares saudáveis nas crianças. Após a realização da entrevista foi realizada um resumo da transcrição escrita realizada durante o decorrer das entrevistas às educadoras de infância e procedeu-se a uma análise de conteúdo. Para a realização da análise de conteúdo foi recorreu-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas foram dispostas em subcategorias e de seguida em categorias

(Bardin, 2006). Tendo com intuito possibilitar e agilizar o processo indutivo que se pretendia, procedeu-se à elaboração de uma grelha de apoio à codificação dos dados obtidos pela realização das entrevistas. No seguimento da organização das subcategorias foi possível enquadrar de forma mais abrangente as categorias, com o intuito de as direcionar para os objetivos pretendidos com a entrevista.

Foi elaborado um **questionário de avaliação de implementação do projeto** (Apêndice 5) que foi aplicado à enfermeira supervisora, às educadoras de infância e à coordenadora técnica e pedagógica, com o objetivo de identificar as forças (strengths), as fraquezas (weaknesses), as oportunidades (opportunities), e as ameaças (threats) do projeto, recorrendo a uma matriz de análise SWOT. O recurso a esta análise possibilita uma observação externa e interna com o intuito de perceber as oportunidades e ameaças (exteriores) ao projeto, e as forças e fraquezas (internas) do projeto (Teixeira, 1998). Após a análise dos dados recolhidos, o recurso a este tipo de matriz, possibilita definir e otimizar estratégias no que diz respeito a uma futura aplicação do projeto ou desenvolvimento de outro (Caldeira, 2015).

5.1.2 – Considerações éticas

Para a realização do presente projeto procedeu-se ao cumprimento de todos os requisitos éticos de acordo a Declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa onde estão envolvidos Seres Humanos. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo 5) e da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo (Anexo 6).

No sentido da obtenção dos referidos pareceres, posteriormente à realização de uma reunião com a coordenadora da UCC e a enfermeira responsável pela coordenação do PNSE na UCC, foram enviados pedidos de autorização de realização do diagnóstico para a coordenadora da UCC de Évora, (Apêndice 6) para a diretora executiva do ACES (Apêndice 7) e para a diretora técnica e pedagógica do JI (Apêndice 8).

Seguidamente à autorização do local de diagnóstico por parte da diretora técnica e pedagógica do JI (Anexo 7), foram realizadas duas reuniões em períodos diferentes, sendo que a primeira teve como objetivo apresentar o tema e os desígnios do projeto e a segunda reunião decorreu após reunião estabelecida entre a coordenadora técnica e pedagógica e as educadoras

de infância das salas onde incidiu o diagnóstico de situação e onde foi transmitida a adesão à implementação do projeto. Posteriormente foi realizada uma reunião com as duas educadoras para apresentar a temática e objetivos do projeto nesta fase de diagnóstico, assim como a definição de estratégias para realizar o diagnóstico de situação e solicitar a colaboração e envolvimento.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados no JINSP, questionou-se por escrito a Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo esta entidade informado que, não pertencendo este JI ao ensino público, não era por isso competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos nestas instituições, cabendo apenas ao JI a referida autorização (Anexo 8). O questionário utilizado encontra-se devidamente adaptado e validado, e encontra-se disponível na internet, tendo-se previamente pedido autorização ao autor, cuja resposta foi favorável (Anexo 9).

Durante a implementação dos instrumentos de colheita de dados foram tidos em conta alguns aspetos com o intuito de garantir uma adequada transmissão de informação e circuito de documentos entre os diferentes intervenientes. O questionário, a ficha de dados antropométricos e o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) (Apêndice 9) foram entregues pelo investigador nas instalações do JI às Educadoras de Infância que posteriormente os facultaram aos representantes legais. Os representantes legais que concordaram e aceitaram participar, leram, assinaram e entregaram de novo o CILE, em conjunto com os instrumentos de recolha de dados preenchidos, colocando-os numa caixa fechada e preparada para o efeito que se encontrava na sala de atividades em local designado pela educadora de infância. No caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conhecia a frequência e os hábitos saudáveis das crianças a quem se destinava o preenchimento voluntário, o questionário e a ficha de dados poderiam ser preenchidos pelo familiar indicado pelo representante legal que designadamente fosse detentor da informação solicitada. Posteriormente, procedeu-se à recolha dos instrumentos de colheita de dados e dos CILE junto das educadoras de infância. Os documentos de recolha de dados eram anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilitasse a identificação dos participantes. A informação recolhida foi posteriormente processada na forma de dados agregados, tendo sido apenas solicitadas informações pertinentes para o projeto. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará

exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados.

No caso das entrevistas os CILE foram entregues às entrevistadas que concordaram na realização da entrevista, tendo preenchido e assinado os CILE (Apêndice 10). As entrevistas foram realizadas nas instalações do JI. Para registo da informação recolhida foi efetuado um registo por escrito. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados obtidos.

5.2 – Fundamentação das Intervenções

A implementação deste projeto passou por 4 Fases de intervenção (Diagnóstico, Preparação, Execução e Avaliação), onde em cada um deles se enquadram as diferentes etapas da metodologia do planeamento em saúde.

Com o intuito de possibilitar uma perceção do percurso exigível e realizado no decorrer do presente projeto, proceder-se-á a uma explicitação do trajeto percorrido.

1.ª Fase - Diagnóstico

Nesta fase procedeu-se ao **diagnóstico de situação**. A metodologia do planeamento em saúde é um processo constituído por diferentes etapas que serviram de orientação para o desenvolvimento deste projeto, sendo que a primeira etapa, designa-se por diagnóstico de situação e deve permitir identificar os principais problemas de saúde e os respetivos fatores condicionantes, sendo suficientemente aprofundado de modo a conseguir explicar as causas desses problemas (Imperatori & Geraldes, 1993).

Considerando os objetivos pretendidos com a realização do diagnóstico de situação, a faixa etária sobre a qual incidiu, a ancoragem teórica tida como premissa, para a realização do diagnóstico de situação que proporcionou a identificação dos problemas e necessidades e posterior definição das prioridades, recorreu-se à aplicação do Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007), e à aplicação de ficha de recolha de dados das medições antropométricas cujos resultados se encontram no ponto 3.2. Procedeu-se ainda à realização de entrevistas às educadoras de infância que incidiu na procura de resposta a duas áreas de

análise que foram: a Percepção, pertinência e vantagens da promoção de hábitos alimentares a crianças em idade pré-escolar; e identificação de temas e estratégias a desenvolver na promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade pré-escolar. Estas duas áreas de análise tiveram com o objetivo dar resposta a um dos objetivos do diagnóstico que foi identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças das respetivas salas.

No seguimento do interesse demonstrado na participação e implementação do projeto, as educadoras de infância apresentaram-se muito participativas e interessadas em falar acerca da temática e consideram a promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar uma **prioridade**:

“Sim considero.” (E1)

“Sim, sem dúvida desde bebés.” (E2)

Relativamente à temática ser abordada na faixa etária dos 5 anos, as educadoras enunciaram que se justifica como sendo uma **prioridade** e apresenta mais **vantagens** de acordo com o desenvolvimento das crianças nesta faixa etária:

“Ainda mais importante, ...mas os cinco anos é uma idade em que converge todas as aprendizagens e eles acabam por adquirir melhor e perceber melhor aquilo que se fala e os objetivos que nós queremos atingir.” (E1)

“É uma idade em que eles captam o verdadeiro sentido dos que se está a falar e dos objetivos que nós queremos com determinados projetos.” (E1)

“...nos cinco anos ainda mais porque já tem uma consciência diferente uma responsabilidade.” (E2)

“...é mais fácil também nós educarmos nesse sentido. São mais velhos, tem maior entendimento, uma maior capacidade de percepção, e uma responsabilidade também diferente.” (E2)

Enquadrado no contexto familiar no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, uma das educadoras referiu que os pais demonstram **relevância** no que diz respeito a este tema:

“...eu acho que eles sentem que é importante...” (E1)

“...eu acho que eles até estão sensíveis para esse tipo de situação...” (E1)

Contudo as educadoras de infância questionam a forma da **promoção de hábitos alimentares por parte dos pais**, sendo que uma referiu que tem dúvidas se a promoção é

implementada pelos pais, ou se é realizada da forma mais adequada e a outra enunciou que os pais colocam nas educadoras de infância esse papel:

“...tenho as minhas duvidas se o fazem...ou se o praticam... há muitas coisas que não são abordadas, eles não tomam a posição certa” (E1)

“Acham que é pertinente, mas nem sempre o conseguem implementar.” (E1)

“...pedem-nos a nós que sejamos responsáveis por aquilo que eles não são e não fazem em casa. Eles exigem de nós aquilo que eles em casa não conseguem fazer e não conseguem dar...” (E2)

As **dificuldades** dos pais referidas pelas educadoras estão relacionadas com a gestão dos horários, atividades desenvolvidas e oposição por parte das crianças.

“...por vários motivos, por falta de tempo, porque eles muitas das vezes já estão com sono, estou a falar mais a nível do jantar, já estão com sono, depois são os fins de semana que andam ou em passeios ou em festas” (E1)

“...muitas vezes em casa eles com os pais, acabam por se encostar, por fazer birrinhas.” (E2)

No âmbito dos temas e estratégias a desenvolver na promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar, as educadoras de infância foram unânimes em identificar a **metodologia do projeto** como recurso de intervenção identificando a continuidade, organização da metodologia, assim como a adesão por parte das crianças como sendo uma **vantagem**:

“...é melhor porque, pronto é dentro desse âmbito que eu trabalho, pelo menos na minha sala...” (E1)

“...tudo faz sentido quando está tudo ligado... e quando há uma linha que conduz e é condutora através dos vários assuntos...” (E1)

“...faz mais sentido haver um projeto em que se desenvolva determinadas vertentes do que propriamente, hoje vamos falar só disto ou vamos falar daquilo, no final de contas o que conta é um todo...” (E1)

“Existe mais benefícios. Há mais participação e entusiasmo e eles compreendem melhor aquilo que se está a dizer e qual finalidade que se quer.” (E1)

“Sim, sim, acho que sim, será mais vantajoso a longo prazo. É mais vantajoso do que se for pontual.” (E2)

No que diz respeito às **estratégias utilizadas anteriormente**, na abordagem da temática, as educadoras referiram a realização de uma horta na sala, mas de uma forma pontual:

“...acabamos por fazer uma hortinha na sala, onde saíram umas alfaces, não deu muito mais, mas pronto, tivemos alface roxa e tivemos alface frisada. Foi uma situação que até eles até aceitaram muito melhor o comer o verde a partir daí, do que propriamente pronto do que o acontecia até essa altura, o preparar a salada, algo que se vivencia na sala.” (E1)

“Começamos a fazer uma hortinha na nossa sala, onde plantámos duas alfaces e, entretanto, as alfaces foram crescendo e no outro dia arrancamos as alfaces e comemos ao almoço, portanto não foi um projeto, por aí além.” (E2)

As **questões colocadas pelas crianças** enunciadas pelas educadoras de infância estão relacionadas com a ingestão de doces, os legumes, a sopa:

“Eles a percepção que têm é a nível dos doces.” (E1)

“...muitas vezes falamos do que se deve comer, mas fala-se no geral dos verdes” (E1)

“...mas não há perguntas específicas, a não ser só os doces.” (E1)

“...perguntam muitas vezes porque é que têm que comer sopa, porque não gostam dos verdes.” (E2)

Colocam-se questões acerca dos benefícios da alimentação:

“Porque é que têm que comer a sopa. Por causa dos verdes e das saladas. Não gosto de alface, mas porque é que a alface faz bem? Porque é que têm que comer os verdes?” (E2)

No que diz respeito às **questões e dificuldades colocadas pelos pais e familiares** às educadoras de infância, uma das educadoras salienta a realização de eventos relacionados com os aniversários e a ingestão de doces:

“...de adesão sim. Muitas vezes o que criticam é que há muitos anos e há realmente os doces...” (E1)

“...referem é «tantos anos, tantas festas», realmente quando se come doces é nessas alturas...” (E1)

Enquanto a outra educadora refere que os pais enunciam mais dificuldades com a ingestão da sopa:

“Como é que eles promovem os hábitos alimentares em casa porque a maior parte das pessoas, nós percebemos aqui que não dá sopa às crianças...” (E2)

“Os pais dizem, é o tempo e as birras e depois acabam por não comer sopa.” (E2)

Relacionado com os **temas sugeridos pelas educadoras de infância** em termos de necessidade de **intervenção junto das crianças**, as duas educadoras sugeriram a incidência ao nível da temática dos legumes e hortícolas

“Agora acho que é os verdes, porque andamos novamente com aquela situação de tudo o que é verde, principalmente na sopa está muito complicado.” (E1)

“... e a sopa.” (E2)

Apenas uma das educadoras de infância referiu a temáticas da constituição e importância da ingestão do pequeno-almoço:

“Os snacks muitas vezes são bolicasos®, tabletes de chocolates, sumos, são os pequenos lanches ou os pequenos-almoços que trazem para nós darmos que não conseguem dar em casa. Fazem o pequeno-almoço aqui, que trazem de casa, mas de uma forma errada.” (E2)

“O pequeno-almoço porque existem muitos miúdos que têm dificuldade em comer logo de manhã.” (E2)

No âmbito da identificação de **temas sugeridos pelas educadoras de infância a tratar juntos dos pais**, apenas uma das entrevistadas referiu essa necessidade enunciando a temática do pequeno-almoço e os lanches a meio da manhã e a meio da tarde:

“E depois os pais não percebem muito bem o pequeno-almoço que deviam de trazer para comer aqui. Há meninos que chegam aqui sem tomar o pequeno-almoço. Os leites com chocolate, o bolo, da barrita em vez do pão com manteiga.”(E2)

“...sugestões para snacks para meio da manhã e para meio da tarde, para os pais. Fazer uns folhetos.”(E2)

“...muitas vezes mais do que educar as crianças é importante educar as famílias nesse sentido.” (E2)

Relativamente às **estratégias a utilizar na implementação do projeto de intervenção**, foram enunciadas diversas ideias. Uma das entrevistadas referiu a importância de explicitar os benefícios das escolhas e comportamentos alimentares, a manutenção e otimização da horta, visita a exposições.

“...se fosse direcionado, que este determinado alimento vai influenciar determinado órgão. Saber as vantagens de uma alimentação saudável iria despertar o interesse na alimentação.” (E1)

“Na outra vez nos dois anos eles eram mais pequeninos e ficaram todos entusiasmados, só que ali a horta era na sala e houve muita coisa que não rebentou, tirando as alfaces, as cenouras não rebentaram. Depois eram muito pequeninos.” (E1)

“...visitar hortas ou exposições, eles estão completamente abertos a esse tipo de atividade e qualquer tipo de atividade eles aceitam...” (E1)

A outra educadora de infância para além destas **estratégias** referiu a explicação da roda dos alimentos, a realização de folhetos e o estímulo das escolhas através do reforço positivo.

“...que é importante comerem a sopa toda, que lhes dá força, faço sempre o reforço pela positiva.” (E2)

“Explicar os benefícios. Porque é importante beberem água ao longo do dia. Porque é importante comerem verdes, não é só as saladas, é os legumes cozidos...”(E2)

“Fazer a roda dos alimentos e perceberem o que é que é mais importante comerem.” (E2)

“A horta é para continuar ...” (E2)

A primeira entrevistada evidenciou a importância de explicar às crianças o enquadramento e fundamentação das estratégias a utilizar com o intuito de captar a sua atenção e entusiasmo:

“...desde que depois haja o enquadramento e a fundamentação do que é que se está a fazer e porquê, eles aderem muito bem.”(E1)

As educadoras de infância foram unânimes em referenciar a possibilidade de **intervenção de outros profissionais** no projeto:

“...trazer pessoas ...ou de alguém vir, outros técnicos.” (E1)

“A vinda de alguém de fora seria justificado para o projeto, é mais uma pessoa, mais um contributo, porque não é os pais, não é a educadora, não são as pessoas que eles estão habituadas a ver e a conhecer.”(E2)

A segunda entrevistada sugeriu que os **intervenientes** poderiam ser um professor, um enfermeiro, um nutricionista ou um biólogo:

“Um professor, um enfermeiro, um nutricionista, um biólogo.” (E2)

A primeira entrevistada referiu que a **intervenção de outros técnicos e profissionais deveria realizada junto das crianças e dos pais:**

“Não quer dizer que fosse só para as crianças, podia ser alargado aos pais, a nível de técnicos de saúde. Uma dinâmica relacionada com os pais eu acho que seria interessante...”
(E1)

Relativamente à **necessidade de intervenção junto dos profissionais do JINSP**, as duas educadoras de infância não verificaram essa necessidade:

“Nós já tivemos um projeto, sei lá já há 7 ou 8 anos em que fizemos isso mesmo, um projeto sobre alimentação saudável, uma das nossas preocupações era a alimentação saudável e aí houve logo uma sensibilização muito grande de todas as pessoas envolvidas mesmo até ao nível de ementas, houve uma reestruturação.” (E1)

“Não penso que não, estamos esclarecidas. É necessário incidir mais nas famílias e neles.” (E2)

O quadro 1, foi construído com o intuito de apresentar o resumo dos contributos recolhidos através das entrevistas realizadas.

Quadro 1 – Resumo dos contributos recolhidos através das entrevistas – Elaboração própria.

Resumo dos contributos recolhidos através das entrevistas
- Muito participativas e interessadas em abordar a temática;
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar uma prioridade;
- A temática é uma prioridade e apresenta mais vantagens de acordo com o desenvolvimento das crianças nesta faixa etária;
- Contexto familiar - os pais demonstram relevância no que diz respeito a este tema;
- As dificuldades dos pais - relacionadas com a gestão dos horários, atividades desenvolvidas e oposição por parte das crianças;
- Metodologia do projeto - identificando a continuidade, organização da metodologia, assim como a adesão por parte das crianças como sendo uma vantagem;
- Questões colocadas pelas crianças - relacionadas com a ingestão de doces, os legumes, a sopa;
- Questões e dificuldades colocadas pelos pais e familiares - realização de eventos relacionados com os aniversários e a ingestão de doces;
- Temas sugeridos, necessidade de intervenção junto das crianças- incidência ao nível da temática dos legumes e hortícolas, ingestão do pequeno-almoço;
- Temas sugeridos, juntos dos pais - temática do pequeno-almoço e os lanches a meio da manhã e a meio da tarde;
- Estratégias a utilizar - explicitar os benefícios das escolhas e comportamentos alimentares, a a realização de folhetos e o estímulo das escolhas através do reforço positivo;
- Possibilidade de intervenção de outros profissionais no projeto; intervenção de outros técnicos e profissionais;
- Não verificaram a necessidade de intervenção junto dos profissionais do JINSP.

2.^a Fase - Preparação

Após a identificação dos problemas e determinadas as necessidades, que se encontram enunciados no ponto 3.2 procedeu-se à hierarquização dos mesmos, definindo-se assim as

prioridades de atuação junto da população, que diz respeito à segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde que onde se enquadra a **definição de prioridades** (Imperatori & Giraldes). Para a definição de prioridades recorreu-se à utilização da Escala de Medida Linear, tendo-se considerado importante direcionar a intervenção no âmbito da educação para a saúde tendo em vista a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças, abordando a pertinência da roda dos alimentos, informando sobre as vantagens para a saúde de uma alimentação saudável e equilibrada, enfatizando a importância da ingestão de legumes, hortícolas e frutas, alertando para os benefícios para a saúde da diminuição da ingestão de alimentos com gordura e sal e os benefícios para a saúde da diminuição da ingestão de produtos açucarados. Considerou-se importante promover a intervenção junto das famílias considerando-as como os principais intervenientes e parceiros na adoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças.

Posteriormente procedeu-se à **fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração do projeto** e a **preparação da execução**. Os objetivos deste projeto foram enunciados anteriormente no capítulo 4, e procedeu-se a uma análise das estratégias acionadas que se encontram referidas no ponto 5.3 deste trabalho.

No início do ano letivo, a 20 de setembro de 2018, foi agendada e realizada uma reunião no JI com a coordenadora técnica e pedagógica com o intuito de proceder à informação do período temporal em que iria decorrer a fase de intervenção do projeto, agendar estratégias de articulação com as educadoras de infância assim como obter informação acerca da utilização de espaços e recursos da instituição.

No que diz respeito à consensualização do diagnóstico, definição de prioridades, contribuição em termos de possíveis estratégias a recorrer, tornaram-se imprescindíveis **os contributos fornecidos pelas entrevistas realizadas anteriormente às educadoras de infância**, a realização de uma **reunião com as educadoras de infância** e o contributo resultante da **reunião com os elementos da UCC**. Foi através da consciencialização de que os projetos deverão ser enriquecidos e permeáveis à participação dos intervenientes que no início do estágio final foi realizada uma reunião com a enfermeira orientadora com o intuito da delimitação de estratégias, tendo sido por isso agendada uma reunião com a equipa multidisciplinar da UCC cujos os profissionais desenvolvem intervenções no âmbito da SE, assim como com as educadoras de infância.

Apresentação dos resultados do diagnóstico - Equipa da UCC

Para a apresentação do diagnóstico de situação foi realizada uma reunião a qual foi dirigida aos elementos da equipa multidisciplinar da UCC, sendo que o agendamento e divulgação, foram realizados pela enfermeira supervisora do estágio final, através de email institucional com o intuito da acessibilidade de informação a todos os intervenientes.

Na reunião com a equipa multidisciplinar da UCC, procedeu-se à apresentação da temática com o intuito de justificar a implementação do projeto através da explicitação do diagnóstico de situação, problemas e necessidades identificadas. Este encontro teve também como objetivo envolver os elementos da equipa que viriam a participar no projeto, possibilitando-lhes o enriquecimento do mesmo, nomeadamente a terapeuta da fala e a nutricionista, que demonstraram desde o início interesse em participar e enriquecer o projeto através da sua colaboração. Esta reunião decorreu na sala de reuniões da UCC, no dia 21 de setembro de 2018, pelas 15h. Estiveram presentes elementos da equipa multidisciplinar da UCC, nomeadamente 4 enfermeiras, 1 terapeuta da fala e o enfermeiro mestrando. A reunião foi realizada recorrendo ao método expositivo, através da apresentação pelo enfermeiro com o recurso a computador, projetor de vídeo e tela de projeção. Foi fomentando o diálogo, tendo-se recorrido ao método ativo com o intuito de promover a intervenção dos elementos da equipa multidisciplinar. Procedeu-se previamente ao planeamento (Apêndice 11) e materiais a utilizar nesta reunião.

Apresentação dos resultados do diagnóstico – Educadoras de Infância

Pretendeu-se com esta reunião proceder à apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, problemas e necessidades identificadas, assim como proceder à consensualização das prioridades e obtenção de contributos na definição de estratégias para o projeto junto das educadoras de infância. Esta reunião foi dirigida às educadoras de infância, sendo que o seu agendamento foi realizado presencialmente junto das educadoras de infância. A reunião decorreu na sala de reuniões do JI, no dia 27 de setembro de 2018, pelas 10 horas. Estiveram presentes o enfermeiro mestrando e as duas educadoras de infância das salas das crianças onde o projeto decorreu. A reunião foi realizada recorrendo ao método expositivo, através de uma exposição temática pelo enfermeiro com o recurso a computador, fomentando o diálogo, tendo-se recorrido ao método ativo com o intuito de promover a intervenção das educadoras de infância. Através desta reunião foi possível potenciar o envolvimento e a intervenção das

educadoras de infância através da realização de sugestões relativamente à aceitação de propostas de estratégias de intervenção a ter em conta. Procedeu-se previamente ao planeamento desta reunião (Apêndice 12).

A elaboração do projeto corresponde ao início do planeamento operacional onde se pretende a realização de uma pesquisa pormenorizada das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori & Giraldes, 1993). No processo de planeamento verifica-se a necessidade de identificar necessidades em saúde e o estabelecimento de intervenções prioritárias recorrendo-se aos recursos disponíveis com a finalidade da obtenção de ganhos em saúde (DGS, 2015b).

Após a definição das estratégias e das atividades necessárias à implementação do projeto tornou-se necessário passar à preparação da execução do projeto, considerando-se essencial descrever pormenorizadamente as atividades. Planeou-se a execução de 13 atividades, tendo-se definido para cada uma delas, o objetivo, onde, quando e como deveriam ser realizadas, a quem se dirigem, os recursos necessários, qual o responsável pela sua implementação e os resultados esperados. Para além das atividades delineadas inicialmente foi realizada mais 1 atividade, que se verificou pertinente e de justificação acrescida no que diz respeito à implementação do projeto.

Após a realização de um esboço inicial do planeamento das atividades no que diz respeito ao seu encadeamento e calendarização, ao tempo, espaço e recursos necessários, as atividades foram inicialmente apresentadas à enfermeira supervisora que procedeu a sugestões de enriquecimento em termos organizacionais, propostas de possíveis recursos através do estabelecimento de colaborações com recursos humanos da UCC, assim como o estabelecimento de parcerias externas. Como tal, estabeleceram-se reuniões com os parceiros determinados, com o propósito de apresentar o projeto, os objetivos do mesmo e os objetivos pretendidos alcançar com a participação de cada parceiro. Seguidamente, esta fase organizacional também foi debatida com a professora orientadora, tendo sido posteriormente apresentada em contexto académico a alguns docentes e aos restantes colegas de mestrado. Foi também agendada uma reunião com a coordenadora técnica e pedagógica e uma reunião com as educadoras de infância responsáveis pelas salas da instituição onde o projeto foi desenvolvido, sendo que mais uma vez foi demonstrado interesse pela implementação do projeto, assim como foram validadas as atividades propostas.

Delineando-se uma parceria com o centro de emprego e formação profissional, foi enviado um pedido de parceria ao Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) (Apêndice 13), sendo que a resposta da instituição foi positiva (Anexo 10).

Foram realizadas reuniões preparatórias com as educadoras de infância (9 de novembro de 2018), com a Terapeuta da Fala (11 de outubro de 2018), a Nutricionista (11 de outubro de 2018, 13 de dezembro de 2018, 10 de janeiro de 2019 e 17 de janeiro de 2019), Médica Interna de Pediatria (12 de outubro de 2018), Chef de cozinha (10 de janeiro de 2019 e 17 de janeiro de 2019), alunos do Centro de Formação (10 de janeiro de 2019 e 17 de janeiro de 2019), com o objetivo de os cativar, envolver e mobilizar no desenvolvimento das atividades para as quais se tornam imprescindíveis, no âmbito dos objetivos delineados para este projeto. Procedeu-se também à definição do tempo e o intervalo temporal entre as atividades, os espaços e os recursos possivelmente necessários. Para além destas datas foram estabelecidos diversos contatos por telemóvel e e-mail sempre que se considerou necessário.

Apresentação do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” – Centro de Formação do IEFP

Pretendeu-se apresentar o projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” junto do Chef de cozinha e dos alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação do IEFP, com a finalidade de os sensibilizar, cativar, envolver e mobilizar para o desenvolvimento de uma sessão de educação para a saúde dirigida para os pais / encarregados de educação. A apresentação decorreu nas instalações do Centro de Formação, no dia 10 de janeiro de 2019 pelas 14 h. Estiveram presentes o enfermeiro mestrando, a nutricionista e o Chef de cozinha e 26 alunos do curso de cozinha/pastelaria. A apresentação decorreu recorrendo ao método expositivo, através de uma exposição temática pelo enfermeiro com o recurso a computador e projetor de vídeo, fomentando o diálogo. Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 14). Através desta apresentação foi possível que o Chef de cozinha e os alunos do Centro de Formação do IEFP ficassem sensibilizados para promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças em idade pré-escolar e para a participação no projeto.

Posteriormente a esta apresentação, no dia 10 de janeiro de 2019, foi realizada uma reunião nas instalações do centro de formação, com o Chef de cozinha e os respetivos alunos, com o intuito de validarem a sua intervenção, onde apresentaram uma variedade de pratos que

incluíam sopas de legumes, pratos de carne e de peixe, acompanhamentos, sobremesas e bebidas aromatizadas (Apêndice 15) que seriam apresentados posteriormente ao pais / encarregados de educação, no desenvolvimento de uma sessão de educação para a saúde. Esta apresentação de vários exemplos de refeições saudáveis através de uma confeção saudável, demonstrou o sério envolvimento estabelecido através desta parceria. Foi também elaborado um documento escrito, explicativo dos alimentos e o modo de confeção dos mesmos que foi entregue posteriormente aos pais / encarregados de educação.

3.^a Fase - Intervenção

Nesta fase foram delineadas e realizadas atividades direcionadas para as 48 crianças das salas dos 5 e 6 anos de idade e atividades para os respetivos pais / encarregados de educação. No decorrer do diagnóstico de situação não foi identificada a necessidade de incidir em termos de intervenção junto dos colaboradores da instituição, no entanto por solicitação da coordenadora técnica e pedagógica e ter sido considerado pertinente, os colaboradores (educadoras de infância, auxiliares de educação, cozinheiras) foram convidados a participar nas atividades direcionadas para os pais / encarregados de educação.

A delimitação das atividades e implementação das mesmas tiveram em atenção e como fundamento o Referencial de Educação para a Saúde (RES), delineado pelo Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde, onde estão enunciados os objetivos a ter em conta para cada um dos níveis e ciclos de educação e ensino, tendo em conta o nível de desenvolvimento e a faixa etária das crianças (DGS/DGE, 2017). Neste período de intervenção teve-se em conta o PNPAS ao nível da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável, destacando-se 2 dos 4 eixos onde assentam a estratégia, tais como “Melhorar a qualidade e acessibilidade da informação disponível ao consumidor, de modo a informar e capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis” e “Promover e desenvolver a literacia e autonomia para o exercício das escolhas saudáveis pelo consumidor” (DGS, 2018).

As atividades desenvolvidas tiveram como intuito dar resposta aos problemas identificados e prioridades definidas. As atividades foram delineadas com o intuito de tornar possível alcançar os objetivos específicos (Apêndice 1). Foram definidas metas / objetivos específicos para cada atividade. Alguns colaboradores da instituição também participaram nas atividades. O RES e o PNPAS foram utilizados como ancoragem para o planeamento de cada

intervenção, fundamentando teoricamente a pertinência dos temas abordados. Elaboraram-se dois Quadros (Quadro 2) (Quadro 3) que reúnem alguns dos objetivos do PNPAS para 2020 tendo em conta as metas definidas, e alguns temas enunciados no RES tendo em conta as crianças em idade pré-escolar. Durante o decorrer do projeto, na preparação e implementação de cada atividade, foram realizadas alterações, sempre que se verificou necessário.

Quadro 2 – Objetivos do PNPAS para 2020 – Elaboração própria.

Objetivos do PNPAS	
1	Melhorar o conhecimento sobre os consumos alimentares e estado nutricional da população portuguesa, seus determinantes e consequências.
2	Diminuir a disponibilidade de alimentos com elevada densidade energética em ambiente escolar e em espaços públicos.
3	Informar e capacitar para a compra, confeção, armazenamento de alimentos saudáveis e princípios da dieta mediterrânica na população em geral e em particular em ambiente escolar e nos grupo sociais mais desfavorecidos.
4	Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos na área alimentar em particular em crianças em idade pré-escolar.
5	Aumentar o conhecimento sobre a disponibilidade e consumos de sal, gorduras trans e açúcares da população portuguesa, seus determinantes e consequências.
6	Identificar e promover ações transversais que incentivam a disponibilidade e o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados.

Fonte: DGS, 2017

Quadro 3 – Temas enunciados no Referencial de Educação para a Saúde para educação pré-escolar – Elaboração própria.

Temas enunciados no RES para a educação pré-escolar	
A	Identificar que géneros alimentícios (comidas e bebidas) que costumam ingerir.
B	Identificar que géneros alimentícios costumam ingerir os familiares e os amigos.
C	Comparar hábitos alimentares individuais.
D	Identificar as refeições principais e as refeições ligeiras.
E	Identificar alguns géneros alimentícios típicos da Dieta Mediterrânica.
F	Identificar géneros alimentícios que apenas devem ser ingeridos em ocasiões especiais.
G	Relacionar a necessidade de comer com o crescimento saudável.
H	Exemplificar géneros alimentícios prejudiciais para os dentes.
I	Identificar alimentos importantes para a saúde.
J	Identificar géneros alimentícios que são prejudiciais à nossa saúde.
K	Identificar géneros alimentícios que são benéficos à nossa saúde.
L	Identificar as principais características alimentares (consumo elevado de hortofrutícolas, regrado de carnes vermelhas e uso de azeite como gordura preferencial) da Dieta Mediterrânica e relacioná-las com a proteção da saúde.
M	Ter uma atitude positiva perante novos géneros alimentícios e novos sabores.
N	Expressar agrado ou desagrado perante o salgado, o insonso, o doce e o ácido.
O	Indicar quais os géneros alimentícios de que gosta e os que não gosta.

Fonte: DGS/DGE, 2017

Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”.

O excesso de peso e a obesidade infantil ocorrem devido ao desequilíbrio energético entre calorias consumidas e calorias gastas (OMS, 2016). Este desequilíbrio tem origem multifatorial, apresentando determinantes hereditários, genéticos, ambientais, metabólicos, culturais e socioeconómicos, que interagem entre si e se potenciam (Camarinha et al, 2016).

Estima-se que apenas 5% das situações de excesso de peso e obesidade sejam de causas endógenas, isto é, genéticas (desordens monogénicas ou síndromes) e endócrinas (hipotireoidismo, deficiência da hormona de crescimento). As restantes 95% das situações resultam de causas exógenas (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008), resultantes de um somatório de influências instituídas pelo meio, pelas oportunidades e pelas condições de vida. Estes dados vão de encontro ao referido pela OMS (2016, p.VI), que afirma que atualmente as crianças estão a crescer num “ambiente obesogénico que incentiva o ganho de peso e obesidade”. Relativamente ao cenário onde as crianças se desenvolvem, Pereira & Lopes (2012, p.107) referem que “os alimentos ricos em gordura e açúcares e o sedentarismo, mais do que símbolos da sociedade moderna, se tornaram eles próprios a modernidade”.

Esta sessão foi bastante importante no que diz respeito à apresentação e continuidade do projeto, assim como a mobilização dos pais / encarregados de educação na participação em atividades posteriores. Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 16), dos materiais a utilizar assim como do preenchimento do instrumento de avaliação da sessão (Apêndice 16). A sessão enquadrou-se no objetivo 1 do PNPAS (Quadro 2).

Esta atividade foi dirigida aos pais / encarregados de educação e foi divulgada antecipadamente e por sugestão das educadoras de infância para que a data do seu agendamento coincidissem com a primeira reunião do ano onde foi apresentado também o projeto pedagógico anual. Esta opção visou a captação do maior número possível de participantes. Foi realizada em cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 4 de outubro de 2018 às 17 horas e outra sessão no dia 9 de outubro de 2018 às 18h30m, ambas com a duração de 45 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância e a auxiliar de educação correspondente a cada sala e o enfermeiro mestrando. Na primeira sessão estiveram presentes 18 pais / encarregados de educação e na segunda sessão compareceram 20 pais / encarregados de educação. Cada uma das sessões teve

como intuito elucidar os pais/encarregados de educação das crianças, sobre a importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar. A sessão foi realizada recorrendo ao método expositivo, através de uma exposição temática pelo enfermeiro com o recurso a computador, projetor de vídeo e tela de projeção.

Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”

No âmbito da ingestão dos legumes e hortícolas, tendo por base os dados recolhidos junto das crianças, verificou-se que mesmo os alimentos ingeridos com maior frequência são utilizados em menor quantidade do que a porção média indicada, visto que os hortícolas e legumes e fruta têm indicação para serem ingeridos diariamente em maior proporção comparativamente aos restantes alimentos devendo estar presentes em todas as refeições. Os legumes têm indicação para serem ingeridos sem restrição na sopa e no prato principal, sendo que o não cumprimento destas indicações se repercute no desenvolvimento de patologias e redução das defesas do sistema imunitário (Abreu, 2009). No que diz respeito à fruta, a maçã, pera e banana são as frutas que as crianças ingerem em frequência e em quantidade igual à porção média recomendada, ao contrário das restantes frutas que indiferentemente da frequência que são ingeridas, a quantidade é sempre inferior à aconselhada, ficando aquém das recomendações (Lopes et al, 2017) (Nunes & Breda, 2001).

Esta foi a primeira atividade junto das crianças, pelo que foi muito importante para proceder à apresentação do enfermeiro responsável pelo projeto e pela continuidade da realização de futuras sessões. Teve como intuito abordar junto das crianças os benefícios da ingestão de legumes, hortícolas e frutas diariamente, assim como a identificação da diversidade de alimentos que constituem o grupo dos legumes, hortícolas e frutas. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas G, I e K enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 17), assim como dos materiais a utilizar.

Foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 18 de outubro de 2018 às 10 horas e outra sessão no mesmo dia às 11 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância e a auxiliar de educação correspondente a cada sala e o enfermeiro mestrando e a enfermeira supervisora. Na primeira sessão estiveram

presentes 21 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 23 crianças. A sessão foi realizada recorrendo ao método expositivo, método interrogativo, método demonstrativo através de uma exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo, e com recurso ao método ativo através da realização de um jogo pedagógico através de trabalho em grupo. Como recursos materiais foram utilizados a roda dos alimentos, imagens e/ou modelos de alimentos, computador portátil, coluna de som, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

As crianças demonstraram bastante entusiasmo em participarem na iniciativa, e possibilitaram o desenvolvimento da sessão de acordo com o planeado. Quando se procedeu à dinâmica com recurso à música, as crianças intervieram com bastante iniciativa.

Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”

A cor dos legumes e das frutas pode constituir uma atração e vantagem para a sua utilização junto das crianças em idade pré-escolar (Nunes & Breda, 2001), pois nesta idade as crianças não tem como eleição os produtos hortícolas, sendo que quando é possível a opção, as crianças preferem não comer, podendo esta escolha estar associada a uma menor densidade energética e sabor amargo, contudo a exposição continuada destes alimentos às crianças pode promover a sua familiarização, aceitação e ingestão (Lopes, 2015).

Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças, sobre a necessidade de experimentar novos alimentos. Enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas A, B, C, E, G, I e K enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 18), assim como dos materiais a utilizar. A atividade foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 2 de novembro de 2018 às 10 horas e outra sessão no mesmo dia às 11 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância e a auxiliar de educação correspondente a cada sala, o enfermeiro mestrando e a enfermeira supervisora. Estiveram presentes 21 crianças em cada sessão.

A sessão foi realizada recorrendo ao método expositivo, método interrogativo, método demonstrativo através de uma exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo, e com recurso ao método ativo através da realização de um jogo pedagógico através de trabalho

em grupo e individualmente. Como recursos materiais foram utilizados imagens e/ou modelos de alimentos, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

A implementação desta atividade teve como intuito que as crianças identificassem legumes/ hortícolas e frutas que nunca tivessem comido, assim como a constatação dos diferentes motivos pelo qual as crianças receiam experimentar novos alimentos ou alimentos desconhecidos. Foi justificado às crianças diferentes motivos pelos quais devem experimentar novos sabores e novos alimentos, desmistificando alguns receios e medos. O facto de algumas crianças já terem ingerido alimentos que outras nunca experimentaram, serviu como exemplo e iniciativa perante o grupo de pares para a mudança de comportamentos alimentares, tendo sido lançado o desafio a todas as crianças para a ingestão de novos alimentos.

Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”

No âmbito dos dados recolhidos através dos instrumentos de colheita de dados, no que diz respeito ao grau de preocupação dos pais relativamente ao comportamento das crianças acerca de não comerem a quantidade suficiente de alimentos por iniciativa própria, evidenciou-se o facto de alguns pais/encarregados de educação terem respondido “sim, mas não me preocupo”, admitindo-se assim que possivelmente não estejam despertos para a ingestão das porções médias adequadas dos alimentos. No âmbito de identificar os locais de realização de refeições fora de casa, verificou-se que existiam crianças que acumulavam diferentes locais (casa de amigos, cafés/restaurantes tradicionais, restaurantes fast-food) no mesmo intervalo de vezes por mês, aumentando o número de vezes que realizam refeições fora de casa, salientando-se que o local mais recorrente eram os restaurantes fast-food onde os alimentos disponíveis apresentam maior número de calorias. Verificaram-se dificuldades relacionadas com a diminuída diversidade de legumes, hortícolas e frutas ingeridas, assim com a dificuldade na ingestão de alimentos sólidos relacionados com os legumes e hortícolas.

Esta sessão teve como intuito elucidar os pais/encarregados de educação, sobre a pertinência da escolha de uma alimentação saudável no âmbito das crianças em idade pré-escolar. Procurou-se incidir sobre uma das prioridades identificadas que visava promover a intervenção junto das famílias considerando-as como os principais intervenientes e parceiros na adoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças. Foi passada a mensagem aos pais / encarregados de que a alteração e consolidação dos hábitos alimentares nas crianças enquadra-se num processo que envolve a criança, a família e a comunidade em que estão

inseridos, sendo que são necessárias a intervenção e a mobilização de todos os intervenientes no processo. Através da intervenção da médica interna de pediatria incidiu-se sobre a pertinência de uma alimentação equilibrada e variada nas crianças em idade pré-escolar; a forma de lidar com a rejeição e a dificuldade na introdução de novos alimentos por parte das crianças (os pais devem desenvolver estratégias para contrariar a vontade das crianças ou devem facilitar as escolhas das crianças e adiar a introdução dos novos alimentos); e as consequências do adiamento da introdução dos alimentos no desenvolvimento e crescimento das crianças em idade pré-escolar. Com a intervenção da terapeuta da fala incidiu-se na importância da ingestão de alimentos sólidos e o papel da mastigação para o desenvolvimento e consolidação da oralidade.

A sessão enquadrou-se nos objetivos 1, 3 e 6 do PNPAS, e nos objetivos 2 e 4 (Quadro 2), visto que estiveram presentes colaboradores do JI. Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 19), materiais a utilizar e instrumento de avaliação da sessão. A sessão foi divulgada antecipadamente através de um convite entregue em mão (Apêndice 19) e através de email institucional do JI, enviado pela coordenadora técnica e pedagógica, garantindo a divulgação a todos os pais / encarregados de educação visando assim a captação do maior número possível de participantes.

Esta atividade foi realizada com os pais / encarregados de educação das duas salas, tendo decorrido na biblioteca do JI. Foi realizada no dia 4 de novembro de 2018 pelas 18 horas e teve a duração de 90 minutos. Na sessão estiveram presentes 10 pais / encarregados de educação, 5 educadoras de infância e 6 auxiliares. A sessão foi realizada recorrendo ao método expositivo, através de uma exposição temática pelo enfermeiro, pela médica interna de pediatria e pela terapeuta da fala com o recurso a computador, projetor de vídeo e tela de projeção.

Nesta sessão os pais demonstraram-se bastante interessados nas temáticas abordadas e na implementação do projeto. Verbalizaram que as crianças tinham abordado a família acerca dos temas de que tinham falado nas sessões realizadas anteriormente, sendo que algumas crianças tinham demonstrado vontade em ingerir novos alimentos no que diz respeito à ingestão de legumes e frutas, sendo que motivaram mesmo a algumas mudanças de hábitos alimentares em casa.

Atividade 5 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”

Entre os fatores nutricionais associados ao risco de excesso de peso identificam-se a ingestão de alimentos com elevada componente energética, o excesso de consumo de produtos açucarados incluindo as bebidas, e o consumo de alimentos salgados e com elevado teor de gordura (Sancho et al, 2014).

Esta sessão de educação para a saúde foi dirigida às crianças, sobre os alimentos benéficos e os alimentos prejudiciais para a saúde. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas F, G, I, J e K enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 20), assim como dos materiais a utilizar. A atividade foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido no salão do JI. Foi realizada uma sessão no dia 16 de novembro de 2018 às 15 horas e outra sessão no mesmo dia às 16 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância de cada sala, o enfermeiro mestrando e a enfermeira supervisora. Na primeira sessão estiveram presentes 21 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 20 crianças.

A sessão foi realizada recorrendo ao método interrogativo, método demonstrativo e recurso ao método ativo através da realização de um jogo pedagógico em pequeno grupo e em grande em grupo. Como recursos materiais foram utilizados imagens e/ou modelos de alimentos, tabuleiros, apito, pinos e sinaléticas, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

As crianças demonstraram bastante entusiasmo pela realização desta atividade, pelo facto de terem que seguir as regras do jogo, contornando os obstáculos e colocar os alimentos no local adequado, e demonstraram-se interessados em participar em equipas que “competiam” com as outras. As crianças conseguiram identificar alimentos que podem ingerir sem limitação, alimentos que podem ingerir “de vez em quando” (2x p/semana) e alimentos que podem ser ingeridos “em dias muitos especiais”. As crianças participaram de forma ativa no processo de validação da colocação dos alimentos nos tabuleiros corretos.

Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II”

Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças, sobre os alimentos benéficos e os alimentos prejudiciais para a saúde e os momentos em que podem ser ingeridos. Esta sessão

possibilitou o reforço e a consolidação das aprendizagens realizadas na sessão anterior, acrescentando-se a identificação dos momentos e ocasiões em que alguns géneros alimentícios podem ser ingeridos. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas F, G, I, J e K enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 21), assim como dos materiais a utilizar. A sessão foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal, foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 23 de novembro de 2018 às 15 horas e outra sessão no mesmo dia às 16 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância de cada sala e o enfermeiro mestrando. Na primeira sessão estiveram presentes 21 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 23 crianças.

A sessão foi realizada recorrendo ao método interrogativo, método demonstrativo e recurso ao método ativo através da realização de uma dinâmica pedagógica em pequeno grupo e em grande em grupo. Como recursos materiais foram utilizadas revistas, folhas A4, cola, tesouras, cartolina, tela, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

A realização desta sessão teve como intuito consolidar os conhecimentos adquiridos na última sessão. O resultado final desta dinâmica foi a construção de uma tela (Apêndice 21) que teve a participação de todos os elementos e que foi apresentada por cada grupo, tendo sido posteriormente fixada em cada uma das salas e posteriormente utilizada numa exposição como forma de divulgação do projeto.

Atividade 7 - Sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”

As crianças encontram-se entre os grupos etários da população portuguesa que ingerem menor quantidade de fruta e produtos hortícolas. Como resposta evidenciasse que a recorrência sistemática na ingestão de frutas, legumes e hortícolas nos hábitos das crianças contribui para aquisição de hábitos alimentares saudáveis com ganhos de saúde ao nível do desenvolvimento e crescimento adequado e desejável (DGS, 2017).

Esta sessão de educação para a saúde foi dirigida às crianças, sobre a confeção de uma sobremesa e uma bebida saudável à base de frutas. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas A, C, D, G, I, K, M, N e O, enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 22), assim como dos materiais a utilizar. A sessão foi realizada com as crianças de cada uma das salas

onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 29 de novembro de 2018 às 10 horas e outra sessão no dia 30 de novembro às 10 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância e a auxiliar de educação de cada sala e o enfermeiro mestrando. Na primeira sessão estiveram presentes 22 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 21 crianças. A sessão foi realizada recorrendo ao método interrogativo, método demonstrativo e recurso ao método ativo através da realização de uma dinâmica pedagógica individual e em pequeno grupo. Como recursos materiais foram utilizadas frutas, palitos de espetadas, taças, pratos, copos, jarros, espremedores de fruta, facas, garfos, papel de cozinha, tabuleiro.

A realização desta atividade tornou possível que as crianças realizassem uma sobremesa saudável e um sumo natural. Durante o momento em que se trabalhou em pequeno grupo, tendo em conta as abordagens realizadas na presente sessão e nas sessões anteriores, as crianças foram abordadas e referiram possíveis refeições onde é possível contemplar a ingestão de legumes/hortícolas e frutas. As espetadas de frutas foram realizadas com o compromisso de que seriam ingeridas posteriormente. As crianças foram incentivadas a experimentar novas frutas, sendo que este processo foi incentivado e agilizado pela comparação de comportamentos entre os pares. No JI as refeições decorrem num refeitório partilhado por toda a comunidade educativa, sendo que foi como muito agrado que as crianças demonstraram perante todas as crianças da instituição o resultado final desta atividade. Os alimentos utilizados nesta atividade foram facultados pelo JI.

Atividade 8 – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”

O efeito facilitador da publicidade na adoção de comportamentos alimentares pouco saudáveis também atinge os pais, que devido às perspetivas pedagógicas atuais, negociam e discutem escolhas alimentares com os filhos (Brazão & Santos, 2010).

Esta iniciativa não foi planeada inicialmente, contudo considerou-se pertinente a sua realização tendo em conta que os pais são os principais intervenientes e parceiros na adoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças. Esta iniciativa teve como intuito enquadrar a realização do projeto na época do Natal, tendo em conta que apesar das épocas festivas serem consideradas momentos onde eventualmente se possam ingerir alimentos menos saudáveis, também é possível manter e promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis com o recurso

a alternativas alimentares saudáveis. Procurou-se promover uma escolha mais saudável e apelativa na confeção e preparação de alimentos para crianças. A iniciativa enquadrou-se nos objetivos 3 e 6 do PNPAS (Quadro 2). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 23), assim como dos materiais a utilizar. A iniciativa decorreu através de email institucional do JI, enviado pela coordenadora técnica e pedagógica, garantindo a divulgação a todos os pais / encarregados de educação (Apêndice 23). O envio do email decorreu no dia 19 de dezembro de 2018. A iniciativa foi realizada recorrendo ao método demonstrativo com recurso ao envio de filmes com receitas através de e-mail institucional do JI. Os filmes enviados encontram-se disponíveis no site da Associação Portuguesa de Nutrição e na internet, como tal foi realizada referencia acerca da autoria dos filmes. Os filmes enviados foram os seguintes: Jantar de Natal tradicional e original - <https://www.youtube.com/watch?v=PPAQCen-Gsk>; Receitas de Natal – Bolachas de lentilhas, amêndoas e chocolate - https://www.youtube.com/watch?v=ZI_pQRggjTk; - Receitas de Natal – Muffins de feijão preto, chocolate e avelãs - <https://www.youtube.com/watch?v=B610DSjBXWM>. Posteriormente alguns pais / encarregados de educação verbalizaram que tinham visualizado os filmes e alguns tinham mesmo confeccionado as receitas e ingerido em ambiente familiar.

Atividade 9 - Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”

As doenças crónicas não transmissíveis estão identificadas como a principal causa de mortalidade no mundo, sendo que os hábitos alimentares inadequados estão sinalizados como um dos principais fatores de risco possíveis de serem alterados no intuito de diminuir estas doenças, onde se enquadra a obesidade e as doenças cardiovasculares. O consumo excessivo de açúcar simples ou acrescentado aos alimentos, conferindo-lhes apenas carga energética, está associado ao excesso de peso, obesidade e à ocorrência de outras doenças crónicas associadas, tais como a diabetes tipo II e as cáries dentárias que são das doenças crónicas mais prevalentes a nível mundial (DGS, 2016). Também as doenças cardiovasculares se encontram entre as doenças crónicas não transmissíveis que mais contribuem para a mortalidade no mundo, sendo que também para esta doença surge a influência dos hábitos alimentares inadequados, através da elevada presença de sal nos alimentos, tornando-se por isso necessário reduzir a quantidade de sal presente na confeção dos alimentos, assim como a diminuição de ingestão de alimentos que contenham elevado teor de sal na sua constituição (2013b). Os fritos onde se incluem as

batatas fritas, aperitivos, salgados e panados são alimentos muito desaconselhados para as crianças, devido ao facto de conterem grandes quantidades de gordura e sal na sua constituição, tendo em conta as necessidades nutricionais das crianças (Abreu, 2009)

Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças, acerca dos alimentos que possuem sal, açúcar e gordura na sua constituição, assim como os riscos para a saúde da sua ingestão. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas F, H, e J, enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 24), assim como dos materiais a utilizar. A atividade foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido no salão do JI. Foi realizada uma sessão no dia 07 de dezembro de 2018 às 14 horas e outra sessão no mesmo dia às 15 horas, ambas com a duração de 45 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância de cada sala, o enfermeiro mestrando e a enfermeira supervisora. Na primeira sessão estiveram presentes 23 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 21 crianças. A sessão foi realizada recorrendo ao método interrogativo, método demonstrativo e recurso ao método ativo através da realização de um jogo pedagógico em pequeno grupo e em grande em grupo, e recorreu-se ao método expositivo através do visionamento de 2 pequenos filmes e utilização de imagens e modelos contruídos para o efeito. Como recursos materiais foram utilizadas cartolinas, cola, tesoura, cartolinas com imagens do corpo humano, tabuleiros, apito, pinos e sinaléticas, modelos de artérias, computador, coluna de som, filme, recipiente com açúcar, recipiente com sal, recipiente com óleo, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

As crianças conseguiram identificar alimentos que não devem consumir, relacionados com alimentos processados, fritos e panados que possuem sal/gordura na sua constituição. Identificaram alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes e produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição. As crianças identificaram riscos para a saúde relacionados com a ingestão de produtos açucarados e produtos ricos em sal e gordura. A realização desta atividade cativou bastante as crianças e foi desenvolvida com recurso a diferentes métodos que possibilitaram captar a atenção e participação das crianças de acordo com as temáticas que se pretendiam abordar. Inicialmente possibilitou que as crianças se mobilizassem pela área do salão, recolhendo, identificando e associando os alimentos às substâncias que possuem na sua composição. Posteriormente em pequeno e em grande grupo, num ambiente mais calmo e propício, escutaram com a atenção e

participaram na identificação dos riscos para a saúde provenientes da ingestão de alimentos que têm na sua constituição sal, açúcar e gordura.

Alguns materiais utilizados nesta sessão, foram posteriormente utilizados numa exposição como forma de divulgação do projeto.

Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”

O consumo excessivo de açúcares simples encontra-se associado ao excesso de peso, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e cárie dentária. A OMS refere que se a ingestão diária de açúcares simples for inferior a 5% no que diz respeito ao valor energético total, possibilitar-se-ão maiores benefícios para a saúde. No entanto verifica-se que a ingestão de açúcares simples é mais elevada que as recomendações da OMS. Quando o açúcar simples é adicionado aos alimentos confere-lhes um acréscimo do valor energético, contudo não possibilita acréscimo de valor nutricional (DGS, 2016)

Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças, acerca sobre os alimentos que possuem açúcar na sua constituição. A sessão enquadrou-se no objetivo 6 do PNPAS (Quadro 2), e abordaram-se os temas A, F, H, e J, enunciados no RES (Quadro 3). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 25), assim como dos materiais a utilizar. A atividade foi realizada com as crianças de cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal foi realizada em dois momentos diferentes, tendo decorrido nas salas do JI dos respetivos grupos. Foi realizada uma sessão no dia 18 de janeiro de 2019 às 10 horas e outra sessão no mesmo dia às 14 horas, ambas com a duração de 40 minutos. Em ambas as sessões estiveram presentes a educadora de infância de cada sala e o enfermeiro mestrando. Na primeira sessão estiveram presentes 23 crianças e na segunda sessão estiveram presentes 20 crianças. A sessão foi realizada recorrendo ao método interrogativo, método demonstrativo e método ativo através da realização de uma dinâmica pedagógica individual, em pequeno grupo e em grande em grupo. Foram utilizados recipientes de alimentos vazios, imagens de alimentos, cartolinas, tesoura, tela, pioneses, sacos de plástico, balança, açúcar, colher, braçadeiras plásticas, taça de plástico, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação.

Esta sessão possibilitou reforçar a mensagem transmitida na sessão anterior, mais especificamente para a integração do açúcar em diversos alimentos. As crianças escolheram os alimentos, visualizaram e tocaram nas embalagens que lhe são familiares e conseguiram proceder à quantificação e à comparação das quantidades de açúcar que continham e fazendo

essa comparação com a quantidade de açúcar que contem um pequeno pacote de açúcar. As crianças conseguiram identificar alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição e identificaram riscos para a saúde de produtos que possuem açúcar na sua constituição. Identificaram possíveis momentos para consumir bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição. Procedeu-se à elaboração de uma tela em cada sala, tendo sido fixada na parede e posteriormente utilizada numa exposição.

Atividade 11 - Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”

Relativamente à ingestão de carne, produtos similares e ovos, constatou-se que este grupo de alimentos é utilizado mais vezes do que o aconselhado para cada criança, verificando-se a mesma ocorrência em outros estudos realizados (Lourenço et al, 2014) (Lopes et al, 2017), evidenciando-se que a ingestão de “carnes vermelhas” é semelhante ao de “carnes brancas”, contudo destacou-se o consumo de frango ou peru em panados industriais, assim como croquetes, pastéis e rissóis de carne, assim como a carne processada através da ingestão de hambúrgueres e salsichas por parte de um grande número de crianças. Evidencia-se o facto de que as indicações alimentares e nutricionais são para evitar carnes processadas, controlar o consumo de carnes vermelhas e de alimentos ricos em sal, devendo-se reduzir o consumo de carne processada (enchidos, carne de fumeiro, chouriços, salsichas, carne enlatada) para momentos ocasionais ao longo do mês (Lopes et al, 2017). É importante também salientar que fritar os alimentos, não é o meio de confeção mais saudável. Relativamente à ingestão de peixe, evidenciou-se mais uma vez a recorrência de alimentos panados ou fritos. Verificou-se a ingestão de sumos que não apresentam vantagens nutricionais, sendo que ingestão de bebidas açucaradas com elevado valor calórico contribui para a obesidade e muitas vezes as crianças associam a ingestão de bebidas açucaradas como substituição de ingestão de água (Bessa et al, 2008). No que diz respeito à opção pela ingestão de doces, constatou-se que são ingeridos num elevado número de vezes, sendo que os produtos açucarados têm indicação para serem ingeridos com muita moderação, visto apresentarem um elevado valor energético apesar de pouco nutricional, são muito prejudiciais para a saúde dentária, interferem com o apetite das crianças e apresentam-se como produtos que contribuem muito para a obesidade (Abreu, 2009)(DGS, 2017).

Esta sessão teve como intuito sensibilizar os pais/encarregados de educação das crianças, sobre os alimentos que devem contemplar e eliminar na alimentação das crianças em idade pré-escolar, assim como diferentes formas saudáveis de preparação e confeção de alimentos, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença das crianças em idade pré-escolar. Procurou-se incidir sobre uma das prioridades identificadas que visava promover a intervenção junto das famílias considerando-as como os principais intervenientes e parceiros na adoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças. Mais uma vez foi passada a mensagem aos pais / encarregados de que a alteração e consolidação dos hábitos alimentares nas crianças enquadra-se num processo que envolve a criança, a família e a comunidade em que estão inseridos, sendo que são necessárias a intervenção e a mobilização de todos os intervenientes no processo. Através da intervenção da nutricionista incidiu-se sobre a pertinência da promoção de hábito alimentares saudáveis e vantagens de uma alimentação equilibrada, os riscos para a saúde da ingestão excessiva de alimentos com gordura e sal, riscos para a saúde da ingestão excessiva de produtos açucarados. Foram abordados os temas, a alimentação e complicações de saúde; a gordura na alimentação; o sal na alimentação; o açúcar adicionado na alimentação; exemplos de “dia alimentar”; a alimentação em idade pré-escolar; a importância dos alimentos hortícolas e frutos; fitonutrientes; vitaminas e minerais; os benefícios de saúde; os fatores que condicionam a alimentação das crianças; e erros comuns e recusa alimentar. Através da intervenção do Chef de cozinha e dos alunos de cozinha/pastelaria incidiu-se na escolha mais saudável e apelativa na confeção e preparação de alimentos para crianças.

A sessão enquadrou-se nos objetivos 1, 3, 5 e 6 do PNPAS (Quadro 2), e os objetivos 2 e 4, visto que estiveram presentes colaboradores do JI. Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 26), materiais a utilizar e instrumento de avaliação da sessão. A sessão foi divulgada antecipadamente através de um convite entregue em mão (Apêndice 26) e através de email institucional do JI (Apêndice 26), enviado pela coordenadora técnica e pedagógica, garantindo a divulgação a todos os pais / encarregados de educação visando assim a captação do maior número possível de participantes. As crianças participaram na elaboração do convite para esta sessão, através da realização de desenhos com o intuito de cativar os pais / encarregados de educação, num processo em que as crianças também estivessem envolvidas (Apêndice 26). Esta sessão foi realizada com os pais / encarregados de educação das duas salas onde o projeto foi implementado, tendo decorrido nas instalações do

Centro de Formação. Foi realizada no dia 18 de janeiro de 2019 pelas 17 horas e 30 minutos e teve a duração de 90 minutos.

Estiveram presentes 14 pais / encarregados de educação, 3 educadoras de infância e 2 cozinheiras. A sessão foi realizada recorrendo ao método expositivo, através de uma exposição temática pelo enfermeiro e pela nutricionista com o recurso a computador, projetor de vídeo e tela de projeção. Recorreu-se ao método demonstrativo através da exposição dos pratos elaborados pelo Chef de cozinha e alunos do curso de cozinha/pastelaria, fomentando o diálogo, a prova dos alimentos e explicitação do modo de confeção.

No final da sessão os pais continuaram a demonstrar bastante interesse nas temáticas abordadas e na implementação do projeto. Os pais e as cozinheiras apresentaram-se bastante envolvidos na explicitação acerca do modo de preparação e confeção dos pratos apresentados, colocando dúvidas. Criou-se um momento de partilha bastante interessante e alguns pais / encarregados de educação demonstraram interesse e motivação pela frequência futura de um curso de formação que irá ser desenvolvido pelo Centro de Formação. Posteriormente à realização da sessão foi enviado um e-mail de agradecimento para o IEFP (Apêndice 26).

Atividade 12 – Exposição “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

A realização desta exposição teve como intuito divulgar o projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” junto da comunidade educativa e dos pais / encarregados de educação de todas as crianças que frequentam a instituição. Foi realizada com recurso ao método expositivo através da exposição dos trabalhos realizados com as crianças e das fotografias registadas nas diferentes atividades (Apêndice 27). Esteve patente no hall de entrada da instituição entre o dia 18 de janeiro e 4 de fevereiro de 2019.

Atividade 13 – Entrega de autocolantes, fixador magnético e um diploma

No final da atuação junto das crianças, tornou-se importante criar um momento de reunião com o intuito de relembrar as temáticas que tinham sido abordadas, passando a ideia que no futuro seria necessário ter em atenção as informações transmitidas com o objetivo da promoção da saúde. Foram entregues autocolantes, um fixador magnético e um diploma de participação (Apêndice 28), para que fossem colocados em casa de cada criança num local visível, com o intuito de relembrar a participação e envolvimento no projeto, assim como do compromisso de implementação das temáticas abordadas.

Atividade 14 – Sessão de educação para a saúde “Lanches Saudáveis”

Salienta-se o facto de ainda faltar realizar uma atividade dirigida aos pais / encarregados de educação que está planeada para o mês de maio de 2019, e o agendamento teve em conta uma estratégia de adesão por parte dos participantes e os compromissos de calendário da instituição. Será realizada uma sessão em cada uma das salas onde o projeto foi implementado, como tal será realizada em dois momentos diferentes. A sessão será implementada pelos elementos da UCC no âmbito da saúde escolar. A sessão enquadrar-se-á nos objetivos 1, 3, 5 e 6 do PNPAS (Quadro 2). Procedeu-se previamente ao planeamento desta atividade (Apêndice 29).

4.^a Fase - Avaliação

A avaliação contemplou a avaliação de processo, no decorrer do projeto, e a avaliação final. Os procedimentos planeados e realizados no âmbito do processo de avaliação, serão explanados no capítulo 6 deste relatório.

5.3 – Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas

O momento em que se procede à seleção das estratégias é tido como uma das etapas fulcrais num processo de planeamento, visto que é neste momento que se determina o processo mais adequado para responder aos problemas identificados e assim conseguir alcançar os objetivos delineados. 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” (Imperatori & Giralde, 1993, p. 87).

Na realização do diagnóstico de situação, apenas 33 pais / encarregados de educação preencheram os instrumentos de colheita de dados utilizados, no entanto **o projeto foi implementado tendo como alvo a totalidade das 48 crianças das duas salas, assim com os respetivos pais / encarregados de educação.**

Como estratégia acionada destaca-se o facto do presente projeto enquadrar-se na ambição do **PNS** e consecutivamente através da implementação do **PNPAS** e **PNSE**.

Nas últimas duas décadas têm sido implementadas várias estratégias com o objetivo de diminuir e combater a obesidade infantil. As estratégias desenvolvidas a nível nacional no âmbito alimentar e nutricional seguem as orientações emanadas a nível internacional, tendo em conta as características específicas, quer a nível nacional, quer local. Em Portugal, é a partir do ano de 2005, com a perceção internacionalmente constatada da obesidade como um sério problema de saúde pública, que se verificou um acréscimo da preocupação política nas questões nutricionais em Portugal, refletida na elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que tinha como parte integrante o Programa Nacional de Luta contra a Obesidade cujos objetivos específicos visam a redução da proporção de indivíduos com excesso de peso em todos os grupos etários. Em 2007 foi criada a Plataforma Contra a Obesidade, com o propósito de implementar medidas de prevenção primária, secundária e terciária, no intuito da diminuição da obesidade através de uma abordagem de uma política integradora e intersectorial no âmbito da indústria, comunicação, agricultura e restauração (Graça & Gregório, 2012).

Na década de 2010 surge o PNS 2012-2016 onde a obesidade é tida como um risco para a saúde pública e um fator de risco para determinadas patologias em adultos e crianças (Beja, Ferrinho & Craveiro, 2014). Em 2012, é criado o **PNPAS**, apresentando-se como um dos oito programas prioritários a desenvolver pela DGS (Despacho n.º 404/2012 de 3 de Janeiro de 2012). Este tem como missão “melhorar o estado nutricional da população portuguesa, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.” (Graça & Gregório, 2015, p.39) (PNPAS, 2012). Este programa visa a promoção do estado de saúde da população portuguesa, através da intervenção ao nível da alimentação, que está identificado como um dos principais determinantes da saúde (DGS, 2017). Tem ainda como objetivo “melhorar o estado nutricional e promover a saúde da população através de um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e o acesso a determinado tipo de alimentos” (Graça & Gregório, 2015, p.37). O PNPAS tem sido alvo de avaliação e atualização, e com o intuito de dar resposta à sua missão e objetivos em 2017, emergiu como estratégia de atuação uma articulação interministerial, onde no âmbito deste trabalho se destaca a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e que teve como resultado a edição do RES. O PNPAS apresenta como metas de saúde para 2020: “Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil”, “Reduzir em 10% a média de quantidade de sal presente nos

principais fornecedores alimentares de sal”, “Reduzir em 10% a média de quantidades de açúcar presente nos principais fornecedores alimentares”, “Reduzir a quantidade de ácidos gordos trans”, “Aumentar o número de pessoas que consome frutas e hortícolas diariamente”, “Aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica” (DGS, 2017, p.14).

Relativamente ao **PNS**, foi efetuada uma **revisão e extensão a 2020 do PNS 2012-2016** (DGS, 2015b). Em termos de continuidade estratégica entre os grandes desígnios propostos neste documento evidencia-se “a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil (...) tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde” (DGS, 2015b, p. 4). Com a ambição de dar resposta às características epidemiológicas nacionais foram delineadas quatro metas de saúde para 2020, sendo que uma delas se apresenta como “controlar a incidência e a prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (DGS, 2015b, p. 12). Relativamente às orientações para a sua implementação, na revisão do PNS para 2020, são delineados sete princípios orientadores que se apresentam também como desafios, dos quais se evidenciam de acordo com a temática abordada neste trabalho: a prevenção e controlo da doença, onde se evidencia que muitas das doenças não transmissíveis, onde se inclui a obesidade, podem ser prevenidas, resultando o investimento na prevenção em benefícios para a qualidade de vida e bem-estar; a promoção e proteção da saúde, destacando-se particular relevância para os projetos, ações que visem também a infância e a adolescência, tendo em vista o desenvolvimento de gerações saudáveis, orientando-se assim que as políticas de saúde devem obrigatoriamente abranger estas etapas do ciclo de vida; a colaboração intersectorial, realçando-se que a implementação de ações intersectoriais têm como intuito a obtenção em termos de ganhos de saúde e qualidade de vida; a capacitação dos cidadãos, através da implementação de ações de literacia com o intuito da autonomia e responsabilização pela saúde individual (DGS, 2015b).

Evidencia-se assim, a noção de “políticas saudáveis” em complementaridade com o conceito de saúde pública, conjugando-se na evidência de que as ações de iniciativa sectorial repercutem positiva ou negativamente na saúde da população, manifestando-se posteriormente na promoção e proteção da saúde e na prevenção e tratamento da doença (DGS, 2015b). Nestas, são evidenciadas as seguintes orientações estratégicas, relativas à temática em estudo: criar um

sistema de recolha de informação regular para a monitorização de consumo e exposição ao tabaco e de obesidade infantil; desenvolver uma estratégia de recolha de dados epidemiológicos, que inclua o tratamento dos dados e a identificação de assimetrias loco-regionais, numa perspetiva de equidade; alinhar os planos regionais e locais de saúde com o PNS; rever, de acordo com a melhor evidência disponível em cada área e com o PNS, todas as respostas de Saúde operacionalizadas através de Planos, Programas, Estratégias, Ações, Projetos; reforçar os programas de combate ao tabagismo e de prevenção de obesidade infantil (DGS, 2015b).

A implementação do PNS está sujeita ao estabelecimento de monitorização de indicadores de metas e indicadores de monitorização. Dos quatro indicadores de metas estabelecidos evidencia-se um relacionado com a obesidade, designado “Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar” tendo como indicador a “Incidência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – subgrupos etários. Prevalência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – subgrupos etários”. Entre os diferentes indicadores de monitorização na área dos determinantes em saúde, evidenciamos os indicadores: Índice de Massa Corporal – Excesso de peso/obesidade; e a Atividade Física (DGS, 2015a, p. 29-32).

No nosso país, os princípios que tem orientado a intervenção da SE têm tido como ancoragem um conjunto de orientações legais e normativas, assim como de recomendações nacionais e internacionais que posteriormente tem o seu reflexo de orientação nos diversos programas de saúde, entre os quais o **PNSE**. Se inicialmente a SE incidiu mais na prevenção e no controlo das doenças transmissíveis, tendo-se obtido melhoria nos indicadores da população infantil e juvenil, posteriormente com elucidações da Carta de Ottawa em 1986, com a referência para a incidência na promoção da saúde, a SE deu primazia à intervenção sobre os determinantes da saúde com maior incidência nas doenças crónicas não transmissíveis, visando a implementação de condições que possibilitassem aos alunos e alunas melhorar o seu estado de saúde e bem-estar físico, mental e social (DGS, 2015a).

Evidencia-se assim o papel da SE na promoção e articulação entre os serviços de saúde, o ambiente escolar, a família e a comunidade (Rocha et al, 2011). No ano de 1994, Portugal passa a integrar a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, o que requiere a implementação de uma parceria entre a saúde e a educação (DGS, 2015a). A relação

estabelecida ente a saúde e a educação tem como objetivo facilitar “a criação de condições para que os alunos e a comunidade educativa em geral desenvolvam plenamente as suas potencialidades e adquiram competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis” (Rocha et al, 2013, p.200).

O **PNSE de 2105** resultou da necessidade de adequar o anterior PNSE tendo em conta a realidade atual da população nacional, especialmente de crianças e jovens. Na sua conceção o PNSE 2015 teve em consideração o PNS 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020, os objetivos da OMS para a região Europeia, Health 2020 e os princípios da School for Health in Europe. Tal como os anteriores o PNSE 2015 pretende abranger toda a comunidade educativa constituída por crianças, alunos, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados de educação. É implementado nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, tais como, agrupamentos escolares e escolas não agrupadas com atividade em jardim de infância, ensino básico e secundário, instituições particulares de solidariedade social com intervenção na população escolar e, quando seja possível em termos de recursos humanos em instituições privadas com cordo de cooperação. No âmbito da temática deste trabalho, no que diz respeito às sete áreas de intervenção do PNSE 2015 é contemplada a alimentação saudável e atividade física que possibilitam a adoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção da obesidade infantil (DGS, 2015a).

Sendo que a alimentação saudável e a atividade física são áreas de intervenção do PNSE, considera-se que a escola como interveniente comunitária no âmbito da infância, é tida como um local adequado de intervenção, onde ligeiras alterações ao nível da alimentação e atividade física, tendem a refletir-se na incidência da obesidade e na adoção de estilos de vida mais saudáveis (Pereira & Lopes, 2012). É nesta ambição que a educação para a saúde, através da saúde escolar deve incidir na preparação da criança e dos jovens, tendo em vista o momento em que terminam o percurso escolar, estejam capacitados para serem intervenientes ativos na sua saúde e na dos outros indivíduos com quem se relacionam, com o intuito da obtenção de estilos de vida que possibilitem o desenvolvimento global das suas capacidades (Rocha et al, 2011).

A promoção da saúde individual e comunitária é objetivo de intervenção dos CSP, assumindo um papel de destaque face à obesidade infantil, sendo assim, os profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, surgem como intervenientes importantes (Teixeira, Pais-Ribeiro & Maia, 2015). As intervenções no âmbito da SE acontecem principalmente no

local de aprendizagem da população alvo que podem ser os JI ou as escolas e são desenvolvidos por equipas multidisciplinares. O enfermeiro enquanto elemento desta equipa multidisciplinar desempenha um papel relevante enquanto agente promotor e educador para a saúde, visto que através da sua atuação possibilita a autonomia, cria oportunidades de aprendizagem, reforça convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num contexto de crescimento e desenvolvimento (Rocha et al, 2011). O papel do enfermeiro no âmbito da implementação de uma educação promotora de alteração de comportamentos e atitudes é muito abrangente e passa por muitas etapas, que segundo a classificação para a prática de enfermagem abordada por Bernardino et al (2010), passa em primeiro lugar por interpretar as necessidades de saúde da população e que posteriormente com intuito de atingir os objetivos delineados, para além de informar é crucial educar através da transmissão de conhecimentos adequados. (Rocha et al, 2011). Torna-se assim necessário ensinar, através de informações pertinentes que possibilitem instruir o indivíduo, com o intuito de permitir a otimização da saúde através da adoção de comportamentos adequados. Neste processo é crucial clarificar o que se transmite, explicando e orientado para a tomada das decisões mais adequadas para a saúde da pessoa, aconselhando através do diálogo, com o intuito da capacitação dos indivíduos da tomada das suas decisões individuais. O enfermeiro integrado numa equipa multidisciplinar deve atuar em consonância com a pessoa, colaborando com ela para que seja possível estimular a adoção de comportamentos saudáveis (Rocha et al, 2011).

Visando a **captação de colaboradores, parcerias** com o intuito de uma **multidisciplinariedade**, o presente projeto teve como parceiros os elementos do JI a equipa multidisciplinar da UCC que desenvolve intervenções no âmbito da SE e procurou-se o estabelecimento de parcerias com outras entidades ou indivíduos visando colmatar as necessidades em termos recursos humanos e materiais necessários e que possibilitaram o enriquecimento do projeto.

Já referido anteriormente o recurso ao **RES**, foi uma das estratégias utilizadas neste projeto, tendo sido utilizado pela sua finalidade de “ser uma ferramenta educativa, flexível, de adoção voluntária, passível de ser utilizada e adaptada em função das opções e das realidade de cada contexto educativo, desde a educação pré-escolar ao ensino secundário, nas suas diferentes modalidades” (DGS/DGE, 2017, p.7), sendo que para além das escolas, este

instrumento “pode ainda ser útil a outras entidades e agentes educativos de carácter formal ou não-formal, que pretendam desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com crianças e jovens, bem como a pais e encarregados de educação e a cuidadores.” (DGS/DGE, 2017, p.7).

Com o intuito de **informar, envolver e motivar os representantes legais**, foram agendadas com as educadoras de infância e posteriormente realizadas duas reuniões com os representantes legais onde se procedeu à apresentação pessoal do elemento responsável pelo projeto e foi transmitido o agradecimento na colaboração no preenchimento do instrumento de recolha de dados que possibilitou o diagnóstico de situação. Foram apresentados os dados obtidos na realização do diagnóstico assim como os problemas identificados. Foi solicitado a colaboração dos pais na adesão em futuras intervenções delineadas com o propósito da sua participação.

No âmbito da delimitação de estratégias a desenvolver e enquadrado no PNSIJ foi tida em consideração o **período de desenvolvimento das crianças da sala dos 5 anos**, e que corresponde à idade pré-escolar, compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade, caracterizando-se por um período repleto por muitas atividades e descobertas, verificando-se um acentuado desenvolvimento físico e de personalidade, onde as crianças adquirem a linguagem e começam a estabelecer relações sociais mais alargadas, adquirem autocontrolo e domínio e desenvolvem consciência gradual de dependência e independência, verificando-se também formação de autoconceito (Wong, 1999). As alterações ocorridas nesta fase associam-se a aumentos das necessidades nutricionais, sendo que uma alimentação e armazenamento nutricional adequados tornam-se muito importantes no que diz respeito à prevenção de doenças crónicas como a obesidade e doenças cardiovasculares (Valente et al, 2010).

Para a escolha das estratégias de intervenção foi tido em consideração que na idade pré-escolar se verifica um evidente desenvolvimento da **função simbólica que se desenvolve através da imitação, do jogo simbólico, do desenho, das representações mentais e da linguagem** (Almeida et al, 2005). Por este motivo as temáticas foram abordadas através do recurso à utilização de objetos representativos de alimentos, à utilização de imagens de revistas, recurso à escolha, ordenamento e colagem de imagens, realização de gincanas, visualização manuseamento e preparação de alimentos, realização de desenho, realização de cartazes,

visualização de filmes, representação através da mímica e linguagem, verbalização de mensagens e respostas. As dinâmicas referidas foram realizadas em contexto de pequeno grupo e grande grupo de acordo com os objetivos pretendidos com cada atividade. No final de cada atividade foi efetuado um reforço positivo, realizado verbalmente e através da distribuição de autocolantes “Eu hoje aprendi” alusivos ao projeto, com o intuito de informar os pais / encarregados de educação acerca das intervenções realizadas de modo a que questionassem as crianças acerca das aprendizagens realizadas. A delineação e implementação das atividades tiveram em atenção e como fundamento o RES, onde estão enunciados os objetivos a ter em conta para cada um dos níveis e ciclos de educação e ensino, tendo em conta o nível de desenvolvimento e a faixa etária das crianças (DGS/DGE, 2017). A delineação das atividades junto das crianças foi precedida de **pesquisa bibliográfica acerca de dinâmicas desenvolvidas junto das crianças em idade pré-escolar**, que serviram de inspiração para as atividades implementadas neste projeto. Para a delineação e implementação das atividades desenvolvidas junto das crianças e pais / encarregados de educação, assim como a elaboração dos materiais necessários, foi tida em conta a experiência profissional desenvolvida anteriormente no âmbito da SE, a formação desenvolvida no âmbito da implementação de formação e a experiência implementada anteriormente no âmbito do voluntariado junto dos jovens no âmbito do movimento do corpo nacional de escutas.

O enquadramento das intervenções realizadas teve em atenção os **comportamentos e hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar**. A sensação de fome, de ter apetite e desejar comer, segundo Booth (1987) são características de um estado motivacional que leva à ingestão de comida. No entanto o desejo de consumir alimentos demonstrado pelo apetite, apesar de ter origem numa necessidade biológica, verifica-se que a maioria dos comportamentos integrados no processo de saciedade são consideravelmente baseados numa aprendizagem (Viana et al, 2008).

Durante os primeiros 5 anos de vida as crianças são submetidas a uma transição muito rápida da passagem do hábito de mamar para o consumo de alimentos que constituem a alimentação dos adultos. Neste período são sujeitas a mudanças e aprendizagens acerca da alimentação, mais do que em qualquer outro momento das suas vidas (Ribeiro, 2015). A alimentação infantil é marcada pelas preferências da criança que tendem a comer os alimentos de que gostam mais, onde se enquadram os alimentos e dietas ricas em lípidos e doces, e a

rejeição dos alimentos de que não gostam associados aos sabores ácidos e amargos. De acordo com alguns autores (Cooke & Wardle, 2005) as crianças em idade pré-escolar não tem como eleição os produtos hortícolas, sendo quando é possível a opção de escolha quando estes alimentos são oferecidos, as crianças preferem não comer. Esta escolha pode ser estar associada a uma menor densidade energética e sabor amargo, contudo a exposição continuada destes alimentos às crianças pode promover a sua familiarização, aceitação e ingestão (Lopes, 2015)

Constata-se assim que as preferências assumem um papel importante como determinante do comportamento alimentar e consumo de alimentos no futuro. A escolha das crianças por determinados alimentos é influenciada pelas experiências estabelecidas com alguns alimentos, pela associação e enquadramento social e emocional e às respostas fisiológicas da ingestão dos mesmos (Viana et al, 2008).

Verifica-se que entre os 2 e os 3 anos as crianças apresentam maior relutância em consumir novos alimentos, sendo que muitas apresentam receio em ingerir alimentos que não lhe são familiares (Dovey et al, 2008), constata-se também que nesta fase, por vezes as crianças podem recusar alguns alimentos que anteriormente ingeriam e que por vezes eram os eleitos (Schwarz et al, 2011) (Lopes, 2015). Quando têm aproximadamente 4 anos de idade, as crianças apreendem a capacidade de classificar os alimentos que recusam de acordo com as características sensoriais, são deste exemplo o gosto caracteristicamente desagradável (café), o perigo verbalizado por outros (venenos) e ainda experiências prévias traumáticas (ficar engasgado) (Viana et al, 2008).

Relativamente à influência do contexto social em que os alimentos são apresentados e consumidos, este apresenta ser um fator condicionante relativamente às crianças da idade pré-escolar. Verifica-se a influencia quando um alimento é ingerido durante “uma situação em que a criança interage positivamente com um adulto, ou quando é apresentado como se de uma recompensa se tratasse. Da mesma maneira, quando o consumo do alimento acontece numa situação de conflito então, naturalmente, ele transformar-se-á num alimento a rejeitar” (Viana et al, 2008, p.212).

Mas se o comportamento e os hábitos alimentares das crianças são influenciados pela observação de outras crianças, também se verifica a interferência do modelo transmitido pelos pais. Foi por este motivo e tendo em conta o diagnóstico de situação realizado que foi adotada a **estratégia de intervir junto das famílias das crianças**, através do desenvolvimento de

intervenções direcionadas para os pais / encarregados de educação. Nas últimas décadas, assistiu-se a uma mudança nos hábitos alimentares, assim como à perda dos valores tradicionais da alimentação mediterrânica por parte dos pais. Esta realidade em conjunto com a revolução tecnológica e científica e com as mudanças sociológicas que afetam a estrutura familiar, dispõem de menos tempo para a preparação e confeção da refeição, optando por refeições rápidas de reduzido valor nutricional, mas com elevada densidade calórica. Alimentos que não podendo ser proibidos às crianças, é melhor que se tornem exceções, mas são estes alimentos que cativam as crianças (Pereira & Lopes, 2012). Brazão & Santos (2010) afirmam que o modo como nos alimentamos, a quantidade ingerida, as nossas preferências e rejeições a alguns alimentos é fortemente influenciada pelos modelos parentais. Estes, podem promover comportamentos que resultam num aporte energético positivo, negativo ou normal. Acresce a esta influência, o facto de grande proporção dos pais não ter perceção do excesso de peso dos filhos, o que pode contribuir a uma baixa adesão a estratégias de prevenção. Um estudo realizado por Gomes et al (2010), revela que 87% dos pais de crianças com excesso de peso os identifica como tendo um peso igual ou inferior à média para a idade. Nas famílias em que se verifica obesidade ou preocupação com a alimentação e dieta familiar, verifica-se que o comportamento alimentar dos filhos sofre influência pelo modelo e estilo familiar dos pais (Viana et al, 2008)

No dia a dia, a alimentação proposta às crianças, assim como o modelo a seguir é influenciada pelo JI que frequentam, pelos pais e familiares mais próximos, visto que é desde pequenos que as crianças adquirem comportamentos e hábitos alimentares, pois quando nascem não estão munidos dos conhecimentos para efetuarem escolhas corretas relativamente aos alimentos que devem ingerir.

No que diz respeito à **educação alimentar das crianças em idade pré-escolar**, verifica-se que é durante a infância que são apreendidos os hábitos alimentares que tendem a manter-se durante toda a vida, sendo que os hábitos alimentares são assimilados através da observação, experimentação e educação. A influência na aquisição das escolhas, segundo Birch (1999) e Rossi, Moreira & Rauen (2008) é também sentida através da informação transmitida à criança acerca dos alimentos no que diz respeito ao facto de estes serem saudáveis ou não, ou por terem um sabor mais ou menos agradável (Baptista, 2015).

A educação alimentar segundo Contento et al (2005), remete para a transmissão de conhecimentos adequados relacionados com a alimentação e nutrição, visando o desenvolvimento e perpetuação de atitudes adequadas nos indivíduos, no que diz respeito aos hábitos de comportamentos atuais e futuros, no contexto cultural e económico. A educação alimentar visa assim a adoção de comportamentos e hábito alimentares saudáveis de forma voluntária. Quanto mais cedo por aplicada a educação alimentar, mais cedo se verificará alteração nos padrões alimentares, com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença (Ribeiro, 2015). Durante o período da educação pré-escolar, entre os 3 e os 5 anos de idade verifica-se que a criança adquire muitas noções relacionadas com a alimentação e adquire hábitos alimentares que tendem a manter-se no futuro (Ribeiro, 2015). As orientações curriculares para a educação do pré-escolar defendem que “a criança deverá compreender a importância de lavar as mãos antes das refeições, o porquê de se comer a horas certas e porque não se deve abusar de determinados alimentos” (Baptista, 2015, p.8).

Uma das estratégias tidas em conta no desenvolvimento e implementação do projeto, tendo em conta a sua execução e posterior continuação no que diz respeito à informação e manutenção de cuidados a ter na promoção de hábitos alimentares saudáveis, foi o **envolvimento das educadoras de infância e auxiliares de educação**. As crianças que frequentam o JI desde os 3 anos, passam muito tempo nas instituições onde realizam grande parte da sua alimentação diária e é por este motivo que a educação alimentar deve ser alvo de intervenção nos locais de ensino que as crianças frequentam. É por este motivo que o JI, segundo Nunes & Breda (2001) é tido como um local de eleição para promover a educação alimentar nas crianças, sendo que as educadoras de infância e as auxiliares de ação educativa desempenham um papel primordial no que diz respeito à transmissão de conhecimentos (Baptista, 2015.) Esta fase de desenvolvimento apresenta características ideais para a promoção da educação alimentar, realçando-se o papel que a família e os pais desempenham na adequação dos hábitos alimentar saudáveis da criança, visto que são os primeiros responsáveis pela alimentação das crianças (Baptista, 2015)

Tendo em conta as características das crianças no que diz respeito à fase de desenvolvimento físico, cognitivo e relacional, as **atividades dirigidas para as crianças**

ajustaram-se em termos de objetivos delineados, intervenções desenvolvidas, recursos utilizados e definição de métodos de avaliação.

Verifica-se que a envolvimento dos pais e famílias desempenha um papel primordial na promoção de hábitos alimentares saudáveis na faixa etária em questão, como tal, desenvolveram-se **intervenções direcionadas para os pais/encarregados de educação**. O acompanhamento das educadoras de infância e auxiliares de educação possibilita e potencia a aquisição de comportamentos saudáveis, através da demonstração e enquadrado no processo educativo, como tal, as educadoras de infância foram envolvidas na auscultação, planeamento e execução das atividades, e as auxiliares de educação foram envolvidos na execução das atividades. A continuidade do desenvolvimento e implementação do projeto foi transmitido aos pais/encarregados recorrendo aos meios de comunicação utilizados habitualmente pelas educadoras de infância, através de informação escrita em papel e por telemóvel. Foi divulgado pela comunidade educativa e pelos pais do JI através da página oficial da instituição na internet.

O momento da realização de cada atividade teve em atenção a escolha da data e horário mais adequados, com o intuito de promover a adesão e participação da população a quem se destinou, adaptando-se às dinâmicas e horários do JI. O intervalo de tempo entre a realização das atividades com as crianças foi devidamente planeado com as educadoras com o intuito de consolidar as informações transmitidas. O intervalo de tempo entre delineação das atividades com os pais também teve em conta o propósito de obter vantagens em termos de divulgação e adesão.

5.4 – Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

No seguimento da metodologia do planeamento em saúde torna-se preponderante definir os recursos humanos, materiais e financeiros, durante a implementação do projeto de modo a o mesmo seja exequível (Imperator & Giraldes, 1993). Visando a implementação deste projeto ao nível da realização do diagnóstico de situação, delineação do projeto, desenvolvimento de intervenções e atividades com o objetivo da concretização dos objetivos delineados, foi necessário o interesse, colaboração e participação de várias pessoas que possibilitaram a sua realização.

Os recursos humanos que participaram neste projeto foram:

- Enfermeiro mestrando, Professora orientadora do projeto, Enfermeira da UCC e supervisora do projeto, Coordenadora técnica e pedagógica do JI, Educadoras de Infância, Auxiliares de Educação, Nutricionista, Terapeuta da Fala, Médica Interna de Pediatria, Chef de Cozinha, Alunos do curso cozinha / pastelaria do Centro de Formação do IEFP, Diretora Executiva do ACES; Diretora Regional do IEFP.

Relativamente aos recursos físicos e materiais, foram utilizados:

- Material informático e audiovisual: Computador portátil, projetor de vídeo, tela de projeção, coluna de som, internet, impressora, fotocopiadora, filmes da Associação Portuguesa de Nutricionistas;
- Material utilizado nas sessões e dinâmicas: Roda dos alimentos, imagens e / ou modelos de alimentos, tabuleiros, apito, pinos, sinaléticas, tesoura, taças, pratos, copos, jarros, espremedores de fruta, facas, garfos, tabuleiro, recipientes vazios, recipientes de alimentos vazios, balança, colher;
- Materiais consumíveis: Revistas, folhas A4, cola, fita cola, cartolinas, telas, palitos de espetadas, toner, papel de cozinha, sacos de plástico; envelopes, canetas, autocolantes, fixadores, diplomas, braçadeiras plásticas, pioneses, sacos de plástico;
- Alimentos, açúcar, sal, óleo;
- Material de confeção de alimentos, material para apresentação de alimentos;
- Viatura automóvel;
- Telemóvel;
- Espaços do JI: biblioteca, sala de reuniões, salas das crianças, salão;
- Espaços do Centro de Formação do IEFP: Sala de formação, cozinha;
- Espaços da UCC – Sala de reuniões, sala de enfermagem.

5.5 – Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Uma intervenção comunitária poderá ser otimizada recorrendo à oportunidade, ao conhecimento e disponibilidade dos elementos que fazem parte integrante da comunidade, onde se integram os parceiros/entidades da área da saúde e da área da educação. A necessidade de recurso a parcerias, tornou-se uma constatação em termos estratégicos, como o intuito de otimizar os recursos disponíveis e acessíveis tendo em conta os objetivos e as atividades delineadas. A enfermeira supervisora do estágio final, pelo experiência e conhecimento

adquiridos, tornou-se essencial na sinalização dos potenciais parceiros. Foram realizadas reuniões com cada um dos parceiros, procedendo-se à apresentação do projeto, dos objetivos, assim como da pertinência da participação de cada parceiro. Os contactos foram estabelecidos pessoalmente e após a aceitação da participação, as parcerias foram formalizadas institucionalmente consoante a necessidade. Com o intuito definir procedimentos, transmitir informações, analisar recursos, foram estabelecidos diversos contactos por telefone e email. Salienta-se o facto de todos os parceiros se terem tornado essenciais e uma mais valia em termos de interesse, iniciativa e colaboração.

As atividades desenvolvidas tornaram-se possíveis através da parceria com a UCC, da articulação entre a UCC e a URAP do ACES do Alentejo Central, pelo estabelecimento de parcerias com o JI e com o Centro de Formação Profissional do IEFP e a colaboração do Hospital do Espírito Santo de Évora. O projeto teve uma intervenção multidisciplinar, contando com a participação de Enfermeiros, Nutricionista, Terapeuta da Fala, Médica Interna de Pediatria, Chef de cozinha, alunos do Centro de Formação, Educadoras de Infância, Auxiliares de educação e Coordenadora Técnico Pedagógica.

5.6 – Análise da Estratégia Orçamental

A implementação de um projeto tem presente a premissa de um custo associado aos recursos necessários, que estão inerentes desde a fase de diagnóstico, passando pela implementação e culminando na avaliação. Torna-se por isso essencial realizar previamente um orçamento dos gastos previstos. O projeto foi realizado no âmbito académico e não teve qualquer financiamento. O presente projeto foi possível executar tendo em conta os gastos decorrentes e que se justificaram com a aquisição de materiais utilizados nas atividades, materiais consumíveis, deslocações e comunicações. Os intervenientes no projeto participaram voluntariamente não tendo sido contabilizadas as horas de trabalho, alguns materiais e equipamentos eram propriedade do enfermeiro mestrando e das instituições parceiras, e alguns materiais foram adquiridos pelas instituições parceiras, contudo esses materiais foram contabilizados com o intuito de possibilitar uma avaliação orçamental presente e futura no caso de uma replicação do projeto, como tal, procedeu-se à elaboração de um orçamento (Apêndice 30).

5.7 – Cumprimento do Cronograma

O projeto é tido como “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129). O cronograma previsto foi cumprido, sendo que as atividades planeadas foram realizadas no tempo previsto. Salienta-se o facto de ainda faltar realizar uma atividade dirigida aos pais / encarregados de educação que está planeada para o mês de maio de 2019. A avaliação final do projeto está planeada para o final do mês de junho de acordo com o cronograma de atividades (Apêndice 31).

5.8 – Comunicação e Divulgação do Projeto

A implementação do projeto, assim como as atividades dirigidas aos pais/encarregados de educação foram divulgadas, através de informação escrita em papel, entrega de convites, por telemóvel e por e-mail institucional através da coordenadora técnica e pedagógica. O convite da Sessão “Ser um chef para o meu filho(a)” foi ilustrado com desenhos elaborados pelas crianças. (Apêndice 26). O projeto foi divulgado pela comunidade educativa e pelos pais do JI através da página oficial da instituição na internet no final de janeiro (Apêndice 32) e através de uma exposição alusiva ao tema realizada na instituição e que teve exposta entre 18 de janeiro e 4 de fevereiro de 2019 (Apêndice 27). Foi também elaborado um artigo científico (Apêndice 33), que será posteriormente publicado numa revista.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Tendo como ancoragem o Modelo Precede-Proceed, pretendeu-se com a implementação deste projeto a obtenção de resultados positivos na saúde e qualidade de vida da população alvo, como tal, é com este propósito que se torna imprescindível capacitar os indivíduos, para a adoção de comportamentos de vida saudáveis e intervenção ao nível dos fatores ambientais que potenciam a alteração de comportamentos (Brito, 2007). No âmbito deste projeto a intervenção direcionou-se para a adoção de hábitos alimentares saudáveis por parte das crianças em idade pré-escolar.

O processo de avaliação torna-se possível através da definição de indicadores de avaliação com o intuito de verificar se os objetivos e metas delineados serão ou não alcançados. Os indicadores são “os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta do observador” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 178). É também através do processo de avaliação que se torna possível otimizar os programas, assim como a orientação e distribuição dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste processo de monitorização e avaliação procedeu-se à avaliação de processo no decorrer da implementação do projeto e delineou-se a avaliação final a ocorrer em junho de 2019 (no término do projeto). Tornou-se assim necessário planear os momentos da avaliação, determinando o valor da intervenção, tendo em atenção os objetivos e metas estabelecidas, possibilitando a adoção de medidas de correção. Com o intuito de operacionalizar o processo de monitorização e avaliação foram utilizados indicadores de atividade ou execução e indicadores de impacto ou resultado.

6.1 – Avaliação dos Objetivos

Foram delineadas e implementadas intervenções até ao final do estágio final, no entanto tendo em conta a ambição do projeto e a faixa etária a quem se destina, este foi delineado para ser desenvolvido no decorrer do presente ano letivo, verificando-se que uma das atividades definidas será implementada pela equipa da SE após a finalização do estágio final.

Evidencia-se o facto de que os objetivos delineados têm como data de avaliação o mês de junho de 2019, cinco meses após o término do estágio final, pelo que o questionário utilizado

no diagnóstico será aplicado novamente pela equipa da SE, seguindo os mesmos procedimentos. Possibilitar-se-á assim a comparação dos resultados após o processo de intervenção, verificando-se se houve alteração de comportamentos relativamente à adoção de hábitos alimentares saudáveis. A opção e pertinência de proceder a esta avaliação em junho de 2019, teve em conta a faixa etária das crianças envolvidas após terem passado por um processo de aquisição e consolidação de informações, e implementação de comportamentos que se pretendem necessários tendo em conta a promoção de hábitos alimentares saudáveis com um propósito de manutenção e continuidade.

No término do estágio final e visando uma avaliação do processo, foi possível avaliar as metas definidas (Apêndice 1) para os objetivos específicos do projeto, tendo sido estabelecidos variados indicadores de atividade ou execução e indicadores de impacto ou resultado.

Foram estabelecidos os indicadores de avaliação referidos no Tabela 19.

Tabela 19 – Indicadores de avaliação – Elaboração própria.

Indicadores de atividade ou execução	Indicadores de impacto ou resultado
N.º de atividades planeadas / N.º de atividades realizadas X 100	Nº de crianças presentes/Nº total de crianças X 100 Nº crianças com resposta correta/Nº de crianças presentes X 100 Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100

No que diz respeito ao indicador de atividade ou execução, foi totalmente atingido visto que todas as intervenções planeadas até ao final do estágio foram realizadas. Foi realizada uma atividade que não se encontrava agendada, que foi a **Atividade 8** – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”. E ainda se encontra planeada a realização da **Atividade 14** – Sessão de educação para a saúde “Lanches Saudáveis”, dirigida aos pais / encarregados de educação. A fundamentação do motivo e da calendarização destas atividades foi enunciada anteriormente no ponto 5.3.

Com o intuito de avaliar as metas definidas para cada um dos objetivos específicos do projeto, procedeu-se ao cálculo dos indicadores de resultado definidos para cada uma das atividades conforme indicado nas tabelas 20, 21 e 22, sendo que depois de analisados, possibilitaram concluir que foram atingidas as metas definidas para cada objetivo específico.

Tabela 20 – Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.1 – Elaboração própria.

Objetivo específico 1.1-Aumentar 15% o consumo diário de legumes, hortícolas e frutas pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até junho de 2019.	
Metas	Avaliação
1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	49,6%
1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas;	89,2%
1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 1 benefícios para a saúde da ingestão de legumes, hortícolas e frutas diariamente;	56,8%
1.4- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 refeições diárias em que possa contemplar a ingestão de legumes e hortícolas e 2 refeições diárias em que possa contemplar a ingestão de fruta;	72,1%
1.5- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos dos legumes, hortícolas;	87,4%
1.6- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos das frutas.	88,5%

Tabela 21 – Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.2 – Elaboração própria.

Objetivo específico 1.2-Diminuir 10% o consumo diário de alimentos processados e alimentos confeccionados de forma menos saudável (fritos / panados) pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até junho de 2019.	
Metas	Avaliação
1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	54,2%
1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas;	88,9%
1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com alimentos processados, fritos e panados;	83,1%
1.4- Que 30% das crianças consigam identificar 1 desvantagem para a saúde do consumo de alimentos processados, fritos e panados que possuem sal/gordura na sua constituição;	63,6%
1.5 - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir alimentos processados, fritos e panados;	77,3%

Tabela 22 – Avaliação das metas referentes ao objetivo específico 1.3 – Elaboração própria.

Objetivo específico 1.3-Diminuir 10% o consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.	
Metas	Avaliação
1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	54,2%
1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas	89,1%
1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir relacionados com a ingestão de doces;	88,6%
1.4- Que 30% das crianças consigam identificar 1 desvantagem para a saúde do consumo de bolachas, bolos, refrigerantes e produtos açucarados;	78,3%
1.5 - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir doce;	88,7%

6.2 – Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

Para além dos indicadores de avaliação das atividades que possibilitaram a avaliação das metas do projeto (dos objetivos específicos do projeto), foram definidos outros indicadores de avaliação das atividades (objetivos específicos das atividades), que possibilitaram e contribuíram para a avaliação das atividades desenvolvidas, no intuito de realizar uma avaliação intermédia com a finalidade de definir medidas corretivas, caso se justificasse.

Relativamente à **Atividade 1**, constatou-se que a meta foi alcançada (Tabela 23), tendo sido benéfico o facto de se ter conciliado o agendamento da sessão com o agendamento de uma reunião relacionada com a apresentação do projeto pedagógico das salas, onde se incluía a apresentação do presente projeto. Para além da avaliação da meta proposta para esta atividade, no final da sessão foi entregue uma ficha de avaliação da sessão aos pais / encarregados de educação (Apêndice 16) com o intuito de proceder à avaliação da sessão, tendo em vista a validação do planeamento realizado ou a eventualidade de futuras alterações. A avaliação da sessão teve por base a utilização de uma escala de Likert (Tabela 24).

Tabela 23 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção” – Elaboração própria.

Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”.		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 20 % dos pais/encarregados de educação participem na sessão;	Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100	$(18+20)/48 \times 100 = 79,1\%$

Tabela 24 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção” – Elaboração própria

Avaliação da Qualidade da Sessão		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente				28,9%	71,1%	Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados				26,3%	73,7%	Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta			10,5%	28,9%	60,5%	Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados			2,6%	39,5%	57,9%	Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora				21,1%	78,9%	Muito esclarecedora

Verificou-se que as metas foram alcançadas relativamente à **Atividade 2** (Tabela 25).

Tabela 25 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço” – Elaboração própria.

Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(21+23)/48X100=91,7%
- Que 30% das crianças consigam identificar 1 benefício para a saúde da ingestão de legumes, hortícolas e frutas diariamente;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(12+13)/44X100=56,8%
- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos dos legumes e hortícolas;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(17+18)/44X100=79,5%
- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos das frutas;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(16+20)/44X100=81,8%

Referente à **Atividade 3**, constatou-se que as metas/objetivos específicos foram alcançados (Tabela 26). Verificou-se que apenas 38,1% das crianças verbalizou motivos pelos quais receiam ingerir novos alimentos, contudo 71,4% expressaram motivos pelos quais devem experimentar novos sabores e novos alimentos, ultrapassando assim a barreira do desconhecido. No desenvolvimento destas sessões verificou-se que a criação de momentos de dinâmica em pequeno grupo, poderia trazer vantagens para os resultados pretendidos comparativamente a dinâmica individual, visto que se verificou que por momentos as crianças dispersaram em termos de atenção.

Tabela 26 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos – Elaboração própria.

Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”		
Metas / Objetivos específicos	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(21+21)/48X100=87,5%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 legumes/ hortícolas e 2 fruta que nunca comeram;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(19+21)/42X100=95,2%
- Que 30% das crianças consigam identificar 1 motivo pelo qual receiam experimentar novos alimentos;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(7+9)/42X100=38,1%
- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 1 motivo pelo qual devem experimentar novos sabores e novos alimentos;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(21+9)/42X100=71,4%

No que diz respeito à **Atividade 4**, verificou-se uma menor adesão por parte dos pais / encarregados de educação, comparativamente à sessão realizada anteriormente para o mesmo público alvo (Tabela 27). Tornou-se por isso necessário o estabelecimento de novas estratégias de divulgação a ter em conta no futuro. Por sugestão da coordenadora técnica e pedagógica, procedeu-se ao convite dos colaboradores da instituição para assistirem a esta sessão, tendo em conta que a comunidade educativa desempenha um papel importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças. Para além dos 10 pais / encarregados de educação estiveram presentes 5 educadoras de infância e 6 auxiliares de educação.

Tabela 27 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável” – Elaboração própria.

Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem na sessão.	Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100	(4+6)/48X100=20,8%

Foi entregue uma ficha de avaliação da sessão aos pais / encarregados de educação (Apêndice 19) e aos colaboradores da instituição, com o intuito de proceder à avaliação da **Atividade 4**, tendo em vista a validação do planeamento realizado ou a eventualidade de futuras alterações (Tabela 28). Os A avaliação da sessão teve por base a utilização de uma escala de Likert.

Tabela 28 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável” – Elaboração própria

Avaliação da Qualidade da Sessão		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente					100%	Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados					100%	Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta					100%	Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados				9,5%	90,5%	Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora					100%	Muito esclarecedora
Alteração de estratégias/comportamentos futuros	Pouco Provável				4,8%	95,2%	Muito provável
Aquisição de novos conhecimentos	Reduzida aquisição					100%	Elevada aquisição

Relacionado com a **Atividade 5**, constatou-se que as metas/objetivos específicos foram atingidos (Tabela 29). A opção de realizar a atividade num espaço amplo, com tarefas definidas entre grupos, motivou o envolvimento individual na escolha das opções em prol de cada grupo.

Tabela 29 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I” –
Elaboração própria.

Atividade 5 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”		
Metas / Objetivos específicos	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(21+20)/48X100=85,4%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir sem limitação;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(18+19)/41X100=90,2%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir “de vez em quando” (2x p/semana);	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(15+15)/41X100=73,2%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ser ingeridos “em dias muito especiais”.	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(19+18)/41X100=90,2%

Constatou-se que as metas/objetivos específicos da **Atividade 6** foram alcançados (Tabela 30). Na atividade anterior procedeu-se à avaliação de algumas metas/objetivos semelhantes, no entanto verificou-se que esta avaliação foi pertinente tendo em conta a consolidação de conhecimentos por parte das crianças, assim como o facto de terem estado mais crianças presentes nesta sessão. Realçou-se o facto de as crianças terem identificado os possíveis momentos para ingerirem alimentos processados, fritos/panados e doces. A estratégia das crianças escolherem os alimentos corretos, procedendo à colagem dos mesmos, demonstrou ser indicado e pertinente. A apresentação das tarefas realizadas ao grande grupo, foi uma opção assertiva, assim como a construção de uma tela onde todos os elementos contribuíram.

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada
 “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Tabela 30 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II” –
 Elaboração própria.

Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II”		
Metas / Objetivos específicos	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(21+23)/48X100=91,6%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir sem limitação;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(20+20)/44X100=90,9%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir “de vez em quando” (2x p/semana);	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(18+19)/44X100=84,1%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ser ingeridos “em dias muitos especiais”;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(19+19)/44X100=86,4%
- Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir alimentos processados, fritos/panados e doces.	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(16+18)/44X100=77,3%

Verificou-se que as metas/objetivos específicos da **Atividade 7** foram alcançados, realçando-se o facto de que todas as crianças conseguissem realizar uma “espetada de frutas” e o “sumo natural” (Tabela 31). Constatou-se que o manuseamento e preparação de alimentos foi uma estratégia adequada. O desenvolvimento de tarefas manuais de forma individual resultou enquanto momento de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e momento de avaliação.

Tabela 31 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural” –
 Elaboração própria.

Atividade 7 - Sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”		
Metas / Objetivos específicos	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(22+21)/48X100=89,6%
- Que 70% das crianças consigam realizar uma sobremesa saudável ou um sumo natural;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(22+21)/43X100=100%
- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 refeições diárias em que possam contemplar a ingestão de legumes e hortícolas e 2 refeições diárias em que possam contemplar a ingestão de fruta.	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(16+15)/43X100=72,1%

Após o desenvolvimento da **Atividade 8** – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”, foi possível verificar que resultou a estratégia de informação e divulgação por meio de envio de e-mail institucional, visto que em momentos informais de encontro com os pais / encarregados de educação, estes verbalizaram que tinha sido interessante a visualização dos filmes enviados, sendo que algumas famílias procederam à confeção das sugestões alimentares.

Referente à **Atividade 9**, verificou-se que as metas foram alcançadas (Tabela 32). Constatou-se a vantagem de realizar a sessão num espaço amplo, possibilitando dinâmicas de grande e pequeno grupo, através da participação de todos os elementos. A sessão iniciou-se num registo mais dinâmico e terminou num momento mais calmo onde se procedeu à explicitação dos riscos para a saúde da ingestão de produtos açucarados e produtos ricos em sal e gordura.

Tabela 32 – Avaliação das metas referentes à sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura” – Elaboração própria.

Atividade 9 - Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(23+21)/48X100=89,6%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com alimentos processados, fritos e panados que possuem sal/gordura na sua constituição;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(19+17)/44X100=81,8%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(23+20)/44X100=97,7%
- Que 30% das crianças consigam identificar 1 risco para a saúde de produtos açucarados e produtos ricos em sal e gordura;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(15+13)/44X100=63,6%

No que diz respeito à **Atividade 10**, verificou-se que as metas foram alcançadas (Tabela 33) e que para isso contribuiu a consolidação das informações transmitidas nas sessões anteriormente realizadas. O recurso à participação individual na escolha de alimentos e verificação da quantidade de açúcar presente, despertou muito o interesse e atenção das crianças. A visualização da quantidade de açúcar presente em cada alimento, possibilitou a

comparação entre estes. A participação individual na realização de uma tela para o grupo foi uma opção validada no que diz respeito à abordagem das temáticas em causa.

Tabela 33 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido” – Elaboração própria.

Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde;	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100	(23+20)/48X100=89,6%
- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição;	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(23+20)/43X100=100%
- Que 30% das crianças consigam identificar 1 risco para a saúde de produtos que possuem açúcar na sua constituição.	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(23+17)/43X100=93%
- Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição	- N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100	(23+20)/43X100=100%

Relativamente à **Atividade 11**, verificou-se uma maior adesão por parte dos pais / encarregados de educação na participação nesta sessão (Tabela 34). Foi solicitado às crianças que realizassem um desenho para utilizar no convite de divulgação, sendo que talvez esta estratégia tenha sido útil para cativar os participantes Para além da divulgação através da entrega de um convite presencial, foi enviado um e-mail institucional e procedeu-se ao envio de mensagens através de telemóvel por parte das educadoras de infância. Para além dos pais / encarregados de educação, participaram as 2 educadoras de infância, a coordenadora técnica e pedagógica e as 2 cozinheiras da instituição.

No final da sessão foi entregue uma ficha de avaliação da sessão aos pais / encarregados de educação (Apêndice 26) e aos colaboradores da instituição, com o intuito de proceder à avaliação da sessão (Tabela 35).

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada
 “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Tabela 34 – Avaliação das metas/objetivos específicos referentes à sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)” –
 Elaboração própria.

Atividade 11 - Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”		
Metas	Indicador de impacto ou resultado	Avaliação
- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem na sessão.	Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100	(8+6)/48X100=29,2%

Tabela 35 – Avaliação da sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)” – Elaboração própria

Avaliação da Qualidade da Sessão		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente					100%	Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados					100%	Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta					100%	Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados					100%	Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora					100%	Muito esclarecedora
Alteração de estratégias/comportamentos futuros	Pouco Provável			10,5%		89,5%	Muito provável
Aquisição de novos conhecimentos	Reduzida aquisição				10,5%	89,5%	Elevada aquisição

A realização da **exposição “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”** no JI entre o dia 18 de janeiro e 4 de fevereiro de 2019, teve como intuito divulgar o projeto junto da comunidade educativa e dos pais / encarregados de educação de todas as crianças que frequentam a instituição. Foram expostos os trabalhos realizados com as crianças e as fotografias registadas nas diferentes atividades com crianças, pais/encarregados de educação das crianças.

6.3 – Avaliação da Implementação do Projeto

A avaliação da implementação do projeto realizou-se recorrendo a uma matriz de análise SWOT (Quadro 4) após o preenchimento de um questionário (Apêndice 5) aplicado à enfermeira supervisora, às educadoras de infância e à coordenadora técnica e pedagógica. Os

4 intervenientes foram unânimes em referir que estiveram bastante motivadas e envolvidas na implementação do projeto.

Quadro 4 – Matriz de análise SWOT – Elaboração própria.

Análise SWOT	
FORÇAS <ul style="list-style-type: none">- “Assente num sólido diagnóstico de situação”- “A estruturação do projeto permitiu intervenções com muito sentido para as crianças”- “Passar das palavras à ação lúdica, foi determinante, pois é através da participação ativa do jogo, que melhor a criança interioriza”- “Excelentes recursos materiais e humanos, pensados e adequados a cada momento”- “Recursos muito cuidados e completos”- “Ajudou a mudar comportamentos e hábitos, tanto nos pais, educadoras, filhos e até ao nível da instituição”- “Experiência prévia do enfermeiro mestrando no âmbito da saúde escolar”- “Capacidade para envolver parceiros / colaboradores”	FRAQUEZAS <ul style="list-style-type: none">- “Maior envolvimento das famílias”- “Trabalho individual com as crianças originava desatenção do grupo. Foi resolvido através de novas estratégias com recurso ao trabalho em pequeno e grande grupo”
OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none">- “Toda a Comunidade escolar esteve envolvida no projeto, as atividades ficam como exemplo de projetos para o futuro”- “As aprendizagens feitas refletem-se na elaboração das ementas e confeção na cozinha do colégio”- “As pessoas estão mais atentas e percebem a importância de mudar as práticas”- “A importância de comer mais vegetais e de eliminar o sal e o açúcar”- “Mudança de comportamento das crianças à hora das refeições, em que algumas começaram a comer os verdes na sopa”- “A capacidade de abraçar novos projetos e uma marcada tendência para a inovação pela equipa do jardim de infância”- “A vontade de aprender das profissionais e a forma como cativaram os encarregados de educação que participaram”- “A extraordinária disponibilidade e colaboração demonstrada pelos parceiros”	AMEAÇAS <ul style="list-style-type: none">- “Falta de tempo das famílias”- “O tempo: boas intervenções consomem horas de preparação, validação, reajuste”- “O desinteresse por parte de alguns pais/encarregados de educação”- A aquisição de materiais e elaboração de outros custeados pelo próprio”

Posteriormente à análise dos contributos recolhidos, enfatizou-se a importância do diagnóstico de situação realizado, como justificação de todo o processo que daí resultou e que possibilitou estruturar o projeto de acordo com os problemas identificados e as prioridades definidas.

No que diz respeito às forças (strengths), os elementos identificaram como assertivas o delineamento de estratégias e intervenções, que se adequaram às temáticas necessárias tendo

em conta as necessidades e as características da população alvo. Para isso contribuiu a pesquisa bibliográfica efetuada no que diz respeito à fundamentação dos temas e à opção pelas dinâmicas utilizadas, com recurso ao jogo, à expressão sensorial, à colagem, à comparação entre pares, à música, à dinâmica física através da corrida e superação de obstáculos, execução de tarefas e escolhas. Referiram que os recursos materiais foram adequados ao que se pretendia com cada uma das intervenções. Os recursos humanos foram os adequados no que diz respeito à motivação e contribuição em termos de conhecimentos junto dos pais/encarregados de educação e junto dos colaboradores que participaram nas sessões. Identificou-se que a experiência adquirida previamente pelo enfermeiro mestrando, contribuiu para a motivação, envolvimentos e cooperação entre os parceiros/colaboradores. Constatou-se uma adaptação das dinâmicas utilizada nas sessões no que diz respeito às temáticas abordadas e à população alvo. Relativamente às fraquezas (weaknesses), identificou-se que poderia ter existido um maior envolvimento por parte das famílias nas sessões para as quais foi solicitada a respetiva participação, contudo segundo os elementos que contribuíram para esta análise, este facto é transversal a outros projetos desenvolvidos anteriormente e que pode estar associado aos horários, à disponibilidade, à logística familiar, e eventualmente ao interesse associado.

No que diz respeito às oportunidades (opportunities), evidenciou-se o facto de a instituição e os colaboradores onde foi desenvolvido o projeto apresentarem uma grande capacidade e disponibilidade de se envolverem em novos projetos, disponibilizando-se em participar, contribuir no projeto e cativar os pais/encarregados de educação, assim como colocar à disposição do projeto os recursos humanos e materiais existentes. A instituição aproveitou a oportunidade criada pelo projeto no que diz respeito à adequação das ementas, relativamente à escolha dos alimentos e tipo de confeção. Salientou-se a extraordinária disponibilidade e colaboração demonstrada pelos parceiros e colaboradores que contribuíram para o enriquecimento do projeto e enquadramento do mesmo no âmbito de um projeto de intervenção na e com a comunidade. Relativamente às ameaças (threats) ao projeto, salientou-se a falta de disponibilidade por parte das famílias. Evidenciou-se o facto de um projeto deste âmbito relativamente à ambição, recursos e tempo, necessitar de uma elevada carga horária no que diz respeito à preparação, validação e implementação, assim como dos custos associados.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E MOBILIZADAS

Os cuidados de enfermagem, inserem-se em contextos diferenciados dirigidos às pessoas de forma individual, familiar e comunitário. Os cuidados de saúde, onde se inserem os cuidados de enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (OE, 2019, p. 4744). No âmbito da comunidade, os enfermeiros integram-se ao nível das escolas, lares, centros de dia, bairros, entre outras instituições, com o intuito de recolher informações, verificar necessidades, delinear estratégias e implementar intervenções direcionadas ao indivíduo, família e comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999). Emerge assim a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências consoante a área de atuação, sendo que no caso da especialidade em enfermagem comunitária, tendo em consideração as necessidades de “cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção” enquadram-se as áreas de enfermagem comunitária e de saúde pública e a de enfermagem de saúde familiar (OE, 2018, p. 19354).

Ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, são reconhecidas as competências comuns “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019, p. 4745) e as competências específicas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019, p. 4745).

Neste capítulo do relatório será apresentada uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição e mobilização de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública, durante a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o decorrer da unidade curricular referente ao estágio final.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (n.º 140/2019) no artigo 4.º, são identificados 4 domínios referentes às competências comuns, designadamente: **Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. No decorrer da experiência evidenciada pelo presente relatório, verificou-se a mobilização das competências de todos os domínios referidos anteriormente.

A génese, o delineamento e a implementação do projeto desenvolvido no âmbito das unidades curriculares estágio I e estágio final, tiveram presentes as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, refletindo-se através da submissão do projeto à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, e na submissão do projeto à aprovação da Comissão de Ética da ARSA, sendo que ambas as comissões emitiram parecer favorável. Recorreu-se à implementação de Consentimentos Informados Livres e Esclarecidos (Apêndice 9) e (Apêndice 10) nos momentos de recolhas de dados, com o intuito de manter a confidencialidade e anonimato dos participantes. As práticas de cuidados implementados no decorrer do projeto tiveram em conta o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, através da promoção da proteção dos direitos humanos e através da preocupação em manter a segurança, a privacidade e a dignidade dos intervenientes no projeto. Considerou-se assim mobilizadas e adquiridas as **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** enunciadas no artigo 5.º do RCCEE (n.º 140/2019) (OE, 2019, p. 4745).

No decorrer do estágio I e do estágio final, procedeu-se à realização de um diagnóstico de situação que possibilitou a identificação problemas e necessidades. Posteriormente foram delineadas prioridades, definidos objetivos, metas, estratégias e processos de avaliação, no âmbito do projeto implementado. Esteve implícito um exercício de dinamismo na implementação de estratégias institucionais na área da governação clínica, tendo sido mobilizados conhecimentos e habilidades visando benefícios contínuos implementados no âmbito do projeto desenvolvido. Foram desenvolvidas práticas de qualidade, no âmbito da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, inseridas no desenvolvimento das atividades da SE e na implementação do projeto refletido no presente relatório, através do seu planeamento, liderança e avaliação, tendo estado presente a preocupação em criar e manter um ambiente terapêutico seguro em todo o processo de intervenção. Reconhecem-se assim

mobilizadas e adquiridas as **competências do domínio da melhoria da qualidade** enunciadas no artigo 6.º do RCCEE (n.º 140/2019) (OE, 2019, p 4745).

Durante a implementação do projeto nas suas diferentes fases, sobressaiu a necessidade de gestão ao nível dos processos de cuidados que se pretenderam implementar, assim como a supervisão das tarefas delegadas, garantindo assim que as respostas oferecidas eram delineadas e implementadas de acordo com as necessidades identificadas. Verificou-se a necessidade de adaptação no que diz respeito à liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade e eficácia das intervenções. O projeto decorreu conforme o planeado tendo em conta a qualidade das relações que se estabeleceram ao nível das parcerias, articulações e colaborações de todos os intervenientes. tendo-se evidenciado o interesse participativo que se criou entre todos os elementos e que foi possível pelo estímulo e pertinência que se colocou em cada participação. Neste processo evidenciou-se a capacidade de gestão ao nível dos recursos humanos e materiais, visando as oportunidades disponíveis e possíveis tendo em conta os objetivos delineados. Foi necessário intervir em termos de gestão de recursos humanos ao nível institucional (UCC, URAP, JI, Centro de Formação do IEFP e Hospital do Espírito Santo de Évora) e em termos individuais (Enfermeiros, Nutricionista, Terapeuta da Fala, Médica Interna de Pediatria, Chef de cozinha, alunos do Centro de Formação, Educadoras de Infância, Auxiliares de educação e Coordenadora Técnico Pedagógica), tornou-se também necessário intervir no que diz respeito à gestão de recursos materiais (disponíveis e possíveis de adquirir) e espaços físicos disponíveis e necessários (tendo em conta que os espaços são partilhados por diferentes pessoas e iniciativas nas instituições). Verificam-se assim mobilizadas e adquiridas as **competências do domínio da gestão de cuidados** enunciadas no artigo 7.º do RCCEE (n.º 140/2019) (OE, 2019, p 4745). No que diz respeito à capacidade de gestão ao nível dos cuidados evidenciou-se a experiência e o trabalho profissional desenvolvido anteriormente ao nível da SE, onde sempre se estabeleceu uma cooperação com outros profissionais que funcionavam nos estabelecimentos escolares e unidades de saúde.

O percurso realizado antes e durante os estágios foi repleto de episódios de dúvidas, ansiedades e certezas acerca do caminho que se pretendia percorrer, tendo em conta as capacidades adquiridas e desenvolvidas anteriormente, mas também com a noção de investimento que foi necessário empreender ao nível de conhecimentos e experiências que se desenvolveram. Grande parte das intervenções do projeto foram direcionadas para as crianças

em idade pré-escolar, pelo que apesar de já ter ocorrido experiências anteriormente com esta faixa etária, tornou-se essencial realizar pesquisa bibliográfica acerca das estratégias mais assertivas para intervir e obter os resultados pretendidos com o projeto desenvolvido. Verificou-se assim a necessidade de implementar uma autorreflexão acerca das potencialidades disponíveis e das necessidades em falta, procurando assim a melhor forma de colmatar as lacunas verificadas, recorrendo e adaptando-me aos recursos disponíveis e necessários. Todo o processo de desenvolvimento do projeto foi fundamentado tendo por base o conhecimento científico. Verificam-se assim mobilizadas e adquiridas as **competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** enunciadas no artigo 8.º do RCCEE (n.º 140/2019) (OE, 2019, p 4745).

Para além das competências comuns de especialista, foram adquiridas, mobilizadas e desenvolvidas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública enunciadas no regulamento (n.º 428/2018) no artigo 2.º (OE, 2018, p. 19354) e que são: **Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito e na consecução do objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico.**

O projeto desenvolvido teve por orientação o seguimento de todas as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde. Procedeu-se à elaboração do diagnóstico de situação de uma comunidade, tendo em atenção os diferentes determinantes de saúde que influenciam e interferem negativamente os comportamentos alimentares das crianças em idade pré-escolar, tendo sido identificados determinantes individuais e familiares. Posteriormente à identificação dos principais problemas e necessidades, procedeu-se à definição das prioridades de intervenção, em conformidade com o PNS, o PNPAS e o PNSE (anteriormente enunciado nos pontos 5.2 e 5.3). Definiram-se objetivos pertinentes, realizáveis e mensuráveis de acordo com as prioridades definidas. Com o intuito de responder aos objetivos delineados, procedeu-se á definição de estratégias de intervenção pertinentes e direcionadas para o fim pretendido. Estabeleceram-se parcerias, articulações e colaborações individuais e institucionais tendo como finalidade o enriquecimento das intervenções. Tendo em conta a operacionalização e implementação do projeto, procedeu-se a uma avaliação constante do mesmo através do

estabelecimento de variados indicadores de atividade ou execução e indicadores de impacto ou resultado, com o objetivo de validar, otimizar ou reformular as intervenções implementadas. Pelo exposto, considera-se assim mobilizada e adquirida a primeira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública **“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”** enunciada no artigo 2.º do regulamento (n.º 428/2018) (OE, 2018, p. 19354).

A delimitação e implementação do projeto, possibilitou liderar um processo comunitário através de uma intervenção contextualizada que teve em vista a capacitação de um grupo com o objetivo da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar. Para o efeito foram mobilizados para o processo conhecimentos de diferentes disciplinas pelo estabelecimento de parcerias referidas anteriormente. Procedeu-se à gestão da informação num determinado grupo através da intervenção junto das crianças e pais / encarregados de educação. Verificou-se assim mobilizada e adquirida a segunda competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** enunciada no artigo 2.º do regulamento (n.º 428/2018) (OE, 2018, p. 19354).

A implementação do projeto teve como ancoragem os objetivos do PNS 2012-2016 com revisão e extensão a 2020, do PNSE 2015, do PNPAS e do RES (enquadramento demonstrado anteriormente nos pontos 5.2 e 5.3 do presente relatório). Considerou-se mobilizada e adquirida a terceira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”** enunciada no artigo 2.º do regulamento (n.º 428/2018) (OE, 2018, p. 19354).

Através da realização do diagnóstico de saúde efetuado anteriormente, procedeu-se à elaboração de um diagnóstico epidemiológico relativo a um grupo contextualizado, tornando-se possível analisar e interpretar os dados recolhidos relativamente à temática em causa. Procedeu-se posteriormente à identificação dos problemas, sinalização dos determinantes e fatores de risco, com a consequente delimitação de estratégias e intervenções a implementar. Constatou-se mobilizada e adquirida a quarta e última competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde

pública ***“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”*** enunciada no artigo 2.º do regulamento (n.º 428/2018) (OE, 2018, p. 19354).

Tornou-se ainda possível a aquisição e desenvolvimento de competências referentes ao grau de mestre, através do desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos obtidos anteriormente, no âmbito da implementação de uma investigação refletida neste relatório. Foi possível aplicar conhecimentos pessoais e multidisciplinares, com o intuito da resolução de problemas identificados. Todo o processo de desenvolvimento do projeto explanado no presente relatório demonstrou a implementação de intervenções tendo em conta as necessidades e responsabilidades éticas sentidas. Foi possível através da elaboração deste relatório, comunicar de forma explícita e esclarecedora, os processos desenvolvidos e as conclusões alcançadas, que possibilitarão uma aprendizagem autónoma em termos futuros (Decreto-Lei n.º 151/2013 de 07 de agosto, 2013).

Tendo em conta o acima exposto, consideram-se adquiridas as competências comuns e específicas do domínio do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública e as competências de mestre. A reflexão realizada e descrita, possibilitou criar um momento retrospeção e introspeção relativamente ao processo desenvolvido no âmbito das aprendizagens realizadas e conseqüentemente mobilização e aquisição de competências.

CONCLUSÃO

Tendo em conta que a população infantil atual será a população adulta do futuro é importante ambicionar que a população infantil se desenvolva de forma saudável e participativa no que diz respeito aos ganhos de saúde individual e comunitário. Evidencia-se a interferência dos comportamentos relacionados com a alimentação desadequada e o sedentarismo, assim como outros determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida que podem ser evitáveis e como tal não podem ser desvalorizados, visto que contribuem para estados de doença, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura. Constata-se o perigo que o excesso de peso e a obesidade representam para o desenvolvimento saudável das crianças, considerando-se por isso que a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil são um desafio de saúde pública.

Para além das consequências físicas, as complicações repercutem-se no âmbito psicológico, emocional, social e comportamental. Os determinantes comportamentais relacionados com os comportamentos alimentares estão muitas vezes relacionados com aspetos familiares, económicos, sociais e culturais que devem ser contemplados no planeamento de estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde. A nível global, muitas têm sido as preocupações levantadas acerca destas temáticas, em Portugal têm-se desenvolvido estratégias de intervenção, no âmbito de programas nacionais de prevenção da obesidade e promoção de hábitos alimentares saudáveis, principalmente implementadas através da intervenção ao nível da SE. Verificou-se que é durante a infância que se apreendem os hábitos alimentares que tendem a manter-se durante toda a vida, sendo que os hábitos alimentares são assimilados através da observação, experimentação e educação. No que diz respeito à faixa etária das crianças sobre a qual incidiu este trabalho, verifica-se que passam muito tempo nas instituições e é por este motivo que a educação alimentar deve ser alvo de intervenção nos locais de ensino que as crianças frequentam. Nesta fase de desenvolvimento as crianças apresentam as características ideais para a promoção da educação alimentar, evidenciando-se o papel dos familiares e dos pais na participação na escolha e adequação de hábitos alimentar saudáveis.

Tendo em conta que a realização e concretização de um projeto de intervenção em saúde tem subjacente várias etapas que fazem parte do planeamento em saúde, foi com este intuito que se procedeu a um diagnóstico de situação num JI que incidiu sobre as crianças, tornando possível caracterizar a frequência alimentar e os hábitos alimentares das crianças, identificando

assim as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, verificando-se um comportamento alimentar infantil comprometido, demonstrado por: um padrão alimentar diminuído no consumo diário e reduzida variedade de legumes, hortícolas e frutas; um padrão alimentar diminuído no consumo diário de legumes sem serem passados e legumes cozidos; um padrão alimentar excessivo no consumo de carne processada, alimentos fritos/panados, bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados. Identificaram-se como principais fatores de risco para a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis o facto de as crianças realizarem refeições fora de casa principalmente em restaurantes de comida de confeção rápida onde ingerem alimentos com alto teor de açúcar, verificando-se esta ocorrência mais vezes durante o período de férias.

Tornou-se também possível caracterizar o estado nutricional das crianças. A maioria das crianças apresentaram um estado nutricional normo-ponderal, contudo verificou-se que algumas apresentavam risco de excesso de peso, como tal foi importante ter em conta os problemas identificados e enfatizar a promoção de hábitos alimentares saudáveis para estas crianças, com o objetivo que no futuro não apresentem estados nutricionais associados ao excesso de peso e obesidade. Apesar da vasta e útil informação que foi possível recolher através dos questionários, é importante indicar algumas limitações, tais como, as restrições impostas por uma lista fixa de alimentos, a noção do que equivale a uma porção média e o recurso à memória. É importante referir que a avaliação do estado nutricional apresentou a limitação de não possibilitar a avaliação atual das crianças.

A realização das entrevistas às educadoras de infância demonstrou ser uma mais valia e uma complementaridade à informação recolhida através dos questionários, evidenciando-se a pertinência da abordagem da temática da promoção de hábitos alimentares saudáveis junto desta faixa etária, a referência a algumas necessidades demonstradas nas respostas dadas pelos pais ao questionário. Através das entrevistas salientaram-se as vantagens do recurso à metodologia do projeto e foram sugeridas formas de estratégias a utilizar futuramente no âmbito da delimitação do plano de intervenção.

Com o intuito de prosseguir com o projeto de intervenção tendo como ancoragem a metodologia do planeamento em saúde, posteriormente à identificação dos problemas, definidas as necessidades e determinadas as prioridades, tornou-se possível proceder à definição dos objetivos, à seleção de estratégias, à preparação operacional e ao planeamento de monitorização e avaliação do projeto. Delineado este percurso procedeu-se à implementação

do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar. Em termos de avaliação, planeou-se a realização de uma avaliação de processo no decorrer da implementação do projeto e uma avaliação final definida para o final do mês de junho de 2019. Constataram-se que foram alcançadas até ao momento as metas definidas para cada objetivo específico do projeto.

As crianças e os pais / encarregados de educação que participaram, demonstraram bastante interesse e receptividade, contudo verificou-se que poderia ter existido maior participação por parte dos familiares. Apesar de direcionado para as crianças e respetivos pais / encarregados de educação, o projeto acabou por ter visibilidade e incidir em alguns colaboradores da instituição que participaram nas sessões dirigidas para os pais / encarregados de educação. A instituição aproveitou a oportunidade criada pelo projeto no que diz respeito à adequação das ementas, relativamente à escolha dos alimentos e tipo de confeção. Considerou-se que a implementação do projeto foi uma mais valia para a comunidade onde foi realizado. O delineamento de estratégias no intuito de captar e mobilizar um maior número de pais / encarregados de educação é uma das sugestões futuras a implementar, pelo que a atividade delineada para o mês de maio será realizada num momento considerado oportuno em termos de adesão.

O desenvolvimento deste projeto tornou-se em grande parte possível pelo interesse, envolvimento e ambição de viabilidade do projeto demonstrado pelas pessoas envolvidas, tais como a coordenadora pedagógica do jardim de infância, as educadoras de infância e auxiliares da mesma instituição, a enfermeira supervisora e responsável pela SE, os elementos da equipa multidisciplinar da UCC e URAP (enfermeiros, nutricionista e terapeuta da fala), os elementos do centro de formação, a médica interna de pediatria, assim como a professora orientadora da Universidade de Évora, sendo que todos estes elementos através de incentivos, sugestões e contribuições, potenciaram e enriqueceram o projeto desenvolvido. As instituições intervenientes demonstraram bastante interesse e disponibilizaram os recursos existentes e solicitados dentro das suas possibilidades, tornando viável a execução do que se pretendia. Evidenciam-se assim os benefícios do trabalho em equipa multidisciplinar e intersectorial em todas as fases do desenvolvimento de um projeto. Como dificuldade sentida no decorrer de todo este processo relaciona-se com a obtenção dos pareceres necessários dentro do período disponível. Evidenciou-se o facto de um projeto deste âmbito relativamente à ambição, recursos e tempo, necessitar de uma elevada carga horária no que diz respeito à preparação,

validação e implementação, o que poderá levar a alguns reajustes no que diz respeito à sua replicação por parte da UCC tendo em conta os recursos humanos disponíveis. Contudo a equipa da UCC prosseguirá com o projeto.

Tornou-se evidente a necessidade de continuar a emergir conhecimentos atuais acerca da frequência e hábitos alimentares e a sua repercussão no estado nutricional das crianças, com o intuito mudar, delinear e otimizar estratégias de intervenção, realçando-se assim o papel que os enfermeiros especialistas de enfermagem comunitária e de saúde pública podem ter no âmbito da saúde escolar na promoção de comportamentos e hábitos de alimentação saudável junto das crianças em idade pré-escolar, atuando junto destas diretamente e desenvolvendo intervenções direcionadas para os pais e familiares, e inseridas no contexto do local de ensino junto das educadoras e auxiliares de educação. O processo de desenvolvimento da metodologia do planeamento em saúde possibilitou colocar em prática a fundamentação teórica no que diz respeito à escolha das melhores opções que se devem ter, com o intuito de projetar, implementar e avaliar o projeto que demonstrou ser necessário desenhar.

O relatório aqui apresentado possibilitou uma descrição e reflexão crítica aprofundada do percurso, práticas e intervenções realizadas, fundamentadas e baseadas na evidência científica. Colocou-se em prática e demonstrou-se o recurso ao processo de desenvolvimento da metodologia do planeamento em saúde no que diz respeito à implementação do projeto de intervenção comunitária em causa. A realização deste relatório permitiu desenvolver uma análise crítica acerca do processo que possibilitou a aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública e de competências referentes ao grau de mestre. Através da elaboração deste documento evidenciaram-se os momentos em que se demonstraram capacidades de liderança no que diz respeito ao desenvolvimento e implementação deste projeto tendo em vista a capacitação dos indivíduos em causa.

O percurso percorrido foi repleto de dificuldades e contratemplos, algumas de inerência pessoal e familiar, e outras inerentes a todo o processo implícito no desenvolvimento de um projeto deste cariz. Tiveram que ser realizadas opções que pelo resultado evidenciado, demonstraram ser as mais assertivas.

Face ao que foi descrito anteriormente, considerou-se que foram atingidos os objetivos de aprendizagem, pretendidos com a unidade curricular referente à realização deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, R. (2009). O grande livro da alimentação infantil, Do período pré-natal aos 5 anos. 1.^a ed., Lisboa: A esfera dos livros.
- Almeida, I. Corte, A. Rato, C. Silvestre, A. Grande, M. Gil, C. & Martins, C. (2005). Modelo de Intervenção em Saúde Pré-Escolar. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2(2), 33-55. Acedido em 9 de abril de 2018. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/6053>
- Antunes, A. & Moreira, P. (2011). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade Em Crianças e Adolescentes Portugueses . *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 279–284. DOI: <https://doi.org/22011600>
- Bardin, L. (2006) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Baptista, A. (2015). *A importância da Educação Alimentar em Idade do Pré-Escolar*. Relatório Final da unidade curricular da Prática de Ensino Supervisionada, Mestrado em Educação Pré-Escolar, ministrado pela Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich. Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12304>
- Beja, A., Ferrinho, P., & Craveiro, I. (2014). *Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (n.º1), 10-17. Acedido em 14 de março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a03.pdf>
- Bessa, M., Valente, H., Cordeiro, T., Moreira, A., & Lopes, C., (2008) *Ingestão de alimentos fluidos e risco de excesso de peso em crianças*. *Acta Pediatr Port*, 21(2), 161-70. Acedido em 15 de junho de 2018. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15373>

- Brazão, N. & Santos, O. (2010). Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(2), 87–94. Acedido em 8 de março de 2017. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2060>
- Brito, I. (2007). Intervenção de consciencialização para a prevenção da brucelose em área endémica. (Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Porto. Acedido em outubro de 2018. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10126/7216>
- Caldeira, E. (2015). *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar*. (Dissertação de doutoramento em Enfermagem, ministrado Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Lisboa. Disponível no Repositório Digital da UL. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20226>
- Camarinha, B., Graça, P. & Nogueira, P. J. (2016). A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (1), 31–40.
DOI: <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6688>
- Carta de Ottawa (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17 a 21 de Novembro de 1986. Acedido em 12 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>
- Carvalho, M., Carmo, I. Ferrinho, P. & Craveiro, I. (2011). *Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 148-156. Acedido em 18 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a08.pdf>
- Censos 2011. Acedido em 14 de abril de 2018 Disponível em: [http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%
c3%a7%c3%a3o+residente+segundo+o+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%
c3%a1rios-22](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+segundo+o+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%c3%a1rios-22)

- Costa, C., Ferreira, M. G. & Amaral, R. (2010). Obesidade infantil e juvenil. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 379–384. Acedido em 18 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.h4l.edu.pt/download/Obesidade%20infantil%20e%20juvenil.pdf>
- De Onis, M., Blössner, M., & Borghi, E. (2010) Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1257-1264.
- Declaração de Adelaide (1988). Declaração de Adelaide, 2.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Adelaide, Austrália, 5 a 9 de Abril de 1988. Acedido em 17 de abril de 2018. Disponível em: <http://molar.crb.ucp.pt/cursos/1%C2%BA%20e%202%C2%BA%20ciclos%20-%20lics%20e%20lics%20com%20mests/Servi%C3%A7o%20Social/2%C2%BA%20Ano/1%C2%BA%20Semestre/21-OSSIII/Declara%C3%A7%C3%B5es/3-Adelaide.pdf>
- Declaração de Jacarta (1997). Declaração de Jakarta, 4.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Jacarta, República da Indonésia, 21 a 25 de Julho de 1997. Acedido em 17 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-de-jakarta.aspx>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da república*, 1.^a série — N.º 38 (22 de fevereiro de 2008), pp. 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º 151/2013 de 07 de agosto (2013). Requisitos para a acreditação de ciclos de estudos. *Diário da república*, 1.^a série — N.º 151 (07 de agosto de 2013), pp. 4760-4763.
- Despacho Normativo n.º 10143/2009 de 16 de abril (2009). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República*, 2.^a série — n.º 74 (16 de abril de 2009), pp. 15438-15440.

Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares / Ministério da Educação [DGEE/MEd] – MCTES, PORDATA (2017). Acedido em 15 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Estabelecimentos+nos+ensinos+pr%c3%a9+escolar++b%c3%a1sico+e+secund%c3%a1rio+por+n%c3%advel+de+ensino-213>

Direção Geral da Saúde [DGS]. Ministério Da Saúde (2006). *Circular Normativa N° 05/DSMIA*. Atualização das curvas de crescimento, consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-05dsmia-de-21022006.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012) *PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Acedido em 25 de março de 2018. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013a). *Norma da Direcção-Geral da Saúde nº 010/2013*. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013b) – *Relatório – Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a). *Plano Nacional de Saúde – Saúde Escolar - 2015*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 22 de março de 2018. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b) - *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 11 de janeiro de 2018. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf\(2015\)](http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf(2015))

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016) - *PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que Justifica a Ação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017) *PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Acedido em 03 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/>
- Direção Geral da Saúde / Ministério da Educação – Direção Geral da Educação [DGS/DGE] (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação - Direção Geral da Educação e Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2018) *Alimentação Saudável – Desafios e Estratégias 2018*. Acedido em 10 de novembro de 2018.
- Direção Geral da Saúde [DGS].
http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165. Acedido em 2018/05/15
- Duarte, M. (2011). *Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar*. (Dissertação de doutoramento em Enfermagem, ministrado Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Lisboa. Disponível no Repositório Digital da UL.
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7308/1/ulsd063972_td_Maria_Duarte.pdf
- Faroux, B., Aubertin, G. & Clement, A. (2008) *What's new in pediatric sleep in 2007?* Paedriatic Respir Rev, 9(2), 139-43.
- Filipe, J., Godinho, A. & Graça, P. (2016). *Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal*. Revista Psychology, Community & Health, 5 (n.º2), 170-184. Acedido em 28 de março de 2018. **DOI:** 10.5964/pch.v5i2.175

- Fortin, M. (1999) O processo de Investigação, Da concepção à realização. 1.^a ed., Loures: Lusociência.
- George, F. & Gomes, S. (2011). Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas. Lisboa. Acedido em 07 de março de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-cuidados-de-proximidade-em-doencas-cronicas-pdf.aspx>.
- Gilman, M., Schiman-Rifas, S., Carmargo, C., Berkey, & C. Frazier, A. (2001) *Risk of Overweight Among Adolescents Who Were Breastfed Infants*. American Medical Association, 285 (19), 2461-67. Acedido em 22 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368698>
- Gomes, S., Espanca, R., Gato, A. & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais!. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 371–378. Acedido em 16 de março de 2018. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/644/328>
- Graça, P. & Gregório, M. (2012). *Evolução da Política Alimentar e de Nutrição em Portugal e Suas Relações com o Contexto Internacional*. Revista Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação (SPCNA), 18 (n.º3), 79-96. Acedido em 19 de março de 2018. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70247/2/8351.pdf>
- Graça, P. & Gregório, M. (2015) - *Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal*. Revista Portugal, Saúde em Números (Revista da Direcção Geral de Saúde), (n.º4), 37-41. Acedido em 22 de Dezembro de 2016. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445615271Artigosau_deemnu_meros.pdf
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^a ed., Lisboa: Obras avulsas.

Instituto Nacional de Estatística [INE]/PORDATA (2015). Acedido em 14 de março de 2018.

Disponível em:

[http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380)

Lopes, C. (2015). *Sono e alimentação em crianças de idade pré-escolar*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto. Obtido em março de 2018. Disponível em:

https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=724633

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S. et al. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF 2015-2016) Relatório de Resultados*. Porto: Universidade do Porto. 2017. Acedido em 27 de Março de 2018. Disponível em:

<https://ian-af.up.pt>

Lourenço, M. Santos, C. & Carmo, I. (2014). Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1) Fev/Mar, 7–14. Acedido em 16 de fevereiro de 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12140>

Malnick, S. D. H. & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *Qjm*, 99(9), 565–579. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcl085>

Medina, J., Monteiro, M., Alves, M. & Souto, S. (2012). Panorama da obesidade em Portugal. *Anais da Academia Nacional de Medicina de Portugal*, 2, 1-25. Acedido em 24 de fevereiro de 2018. Disponível em:

http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/anais_academia2015.htm?tabid=2183&code=pt

Moreira, M. & Henriques, F. (2014). *Envelhecimento e saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança* (1ª edição). Lisboa: Instituto Hidrográfico.

- Nunes. F, & Breda. J. (2001) Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. 1.ª ed., Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011), pp. 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Parecer N.º 14/2013 - Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). (*Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*). Obtido em fevereiro de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015) Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 118 (19 de Junho de 2015), pp. 16481-16486.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Enfermagem Comunitária: Um projecto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Cadernos OE, 2 (3). Acedido em 20 de junho de 2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *CIPE, Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Junho de 2018. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (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, 2.ª série — N.º 135 (16 de Julho de 2018), pp. 19354.19359. Acedido em 12 de Março de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 (06 de fevereiro de 2019), pp. 47444750. Acedido em 12 de Março de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Suíça: World Health Organization. Acedido a 09 de março de 2017. Disponível em: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/>

Patel, S. & Hu, F. (2008). *Sort sleep duration and weigt gain: a systematic review*. National Institute of Health, 16(2), 643-53. Acedido em 19 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18239586>

Pereira, P. & Lopes, L. (2012) - *Obesidade Infantil: Estudo em Crianças num ATL* Revista Millenium, 42 (janeiro/junho), 105-125.

Quivy, R. & Campenhoudt, Luc Van (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais, Trajectos*. 1.ª ed., Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda.

Ribeiro, A. (2015). *Impacto da Educação Alimentar em Crianças do Ensino Pré-escolar: o caso dos Jardins de Infância do Agrupamento de Escolas de Alcochete*. Universidade Aberta. Acedido a 14 em fevereiro de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/4415>

Rinaldi, A., Pereira, A., Macedo, C., Mota, J. & Burini, R. (2008). *Contribuições das práticas alimentares e inactividade física para o excesso de peso infantil. Revista Paul Pediatr Portuguesa*, 26 (3), 271-277.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000300012>.

Rito, A. (2006). Overweight and Obesity in Preschool children of Coimbra – un urban city of Portugal. *Obesity reviews*, 7(s2), 323.

Rito, A. (2007) - *Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos*, Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007

Rito, A. & Graça, P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2013*. Lisboa: INSA. Acedido em 12 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioCOSIP_ortugal2013.aspx

Rito, A. Sousa, R. Mendes, S. & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2013*. Lisboa: INSA. Acedido em 27 de Março de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/4857>

Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G. & Coimbra, J. (2013). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da legislação no âmbito da saúde. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 45(18), 193-210. Acedido a 29 de Março de 2018. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8162>

Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M. Preto, O., & Lobão, S. (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos?. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 41, 89-113. Acedido a 2 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/7.pdf>

- Rossum, J. F. V, Nakaoka, V. Y., Rodrigues, R. O. & Assunção, R. D. L. (2015). An Actual Approach To Obesity. *Brasilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 9(1), 54–59. Acedido em 17 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S. & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco – Obesidade Compreender e Intervir*, 34, 26-33.
- Santos, A.S.F.C. (2010). *Determinantes da obesidade em Portugal – Evidência do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão. Dissertação de Mestrado Economia e Política da Saúde. Braga. Acedido a 17 de fevereiro de 2017. Disponível no Repositório da Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/16634>
- Sousa, J., Loureiro, I. & Carmo, I. (2008). A obesidade infantil : um problema emergente Childhood obesity : an emergent problem. *Saúde & Tecnologia*, 2, 5–15. Acedido em 20 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/download/74/94>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos*. 1.ª ed., Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação 2*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, S. (1998) *Gestão das Organizações*. Amadora: McGraw-Hill.
- Teixeira, F, Pais-Ribeiro, J. & Maia, A. (2015). Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso dos profissionais de saúde face à obesidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 137-147. Acedido em 19 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de->

[publicacoes/revista/2015/vol-33-2/v33n2a03%20-%20Uns%20desistem%20outros%20insistem.pdf](#)

Valente, H. Padez, C. Mourão, I. Rosado, V. & Moreira, P. (2010). Prevalência da inadequação nutricional em crianças Portuguesas. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 365-370. Acedido a 11 de abril de 2018. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13613/1/Preval%20de%20inadequa%20nutricional.pdf>

Viana, V. Santos, P. & Guimarães, M. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 209-231. Acedido em 10 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a03.pdf>

Viveiro, C. Brito, S. & Pascoal, M. (2016). *Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 30-37. Acedido em 25 de março de 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000449>

Wong, D. (1999). *Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica, Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

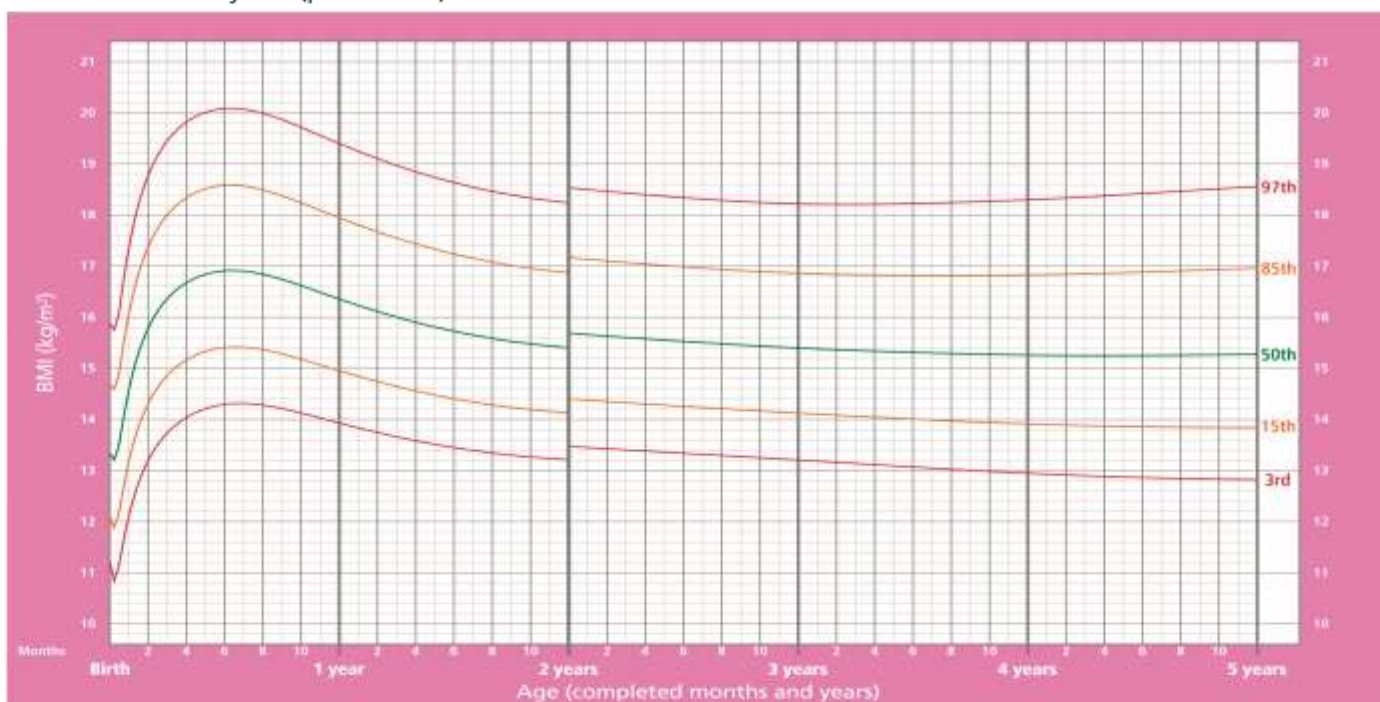
ANEXOS

ANEXO 1

Padrões de referência da OMS dos 0 aos 5 anos (Pc e DP)

BMI-for-age GIRLS

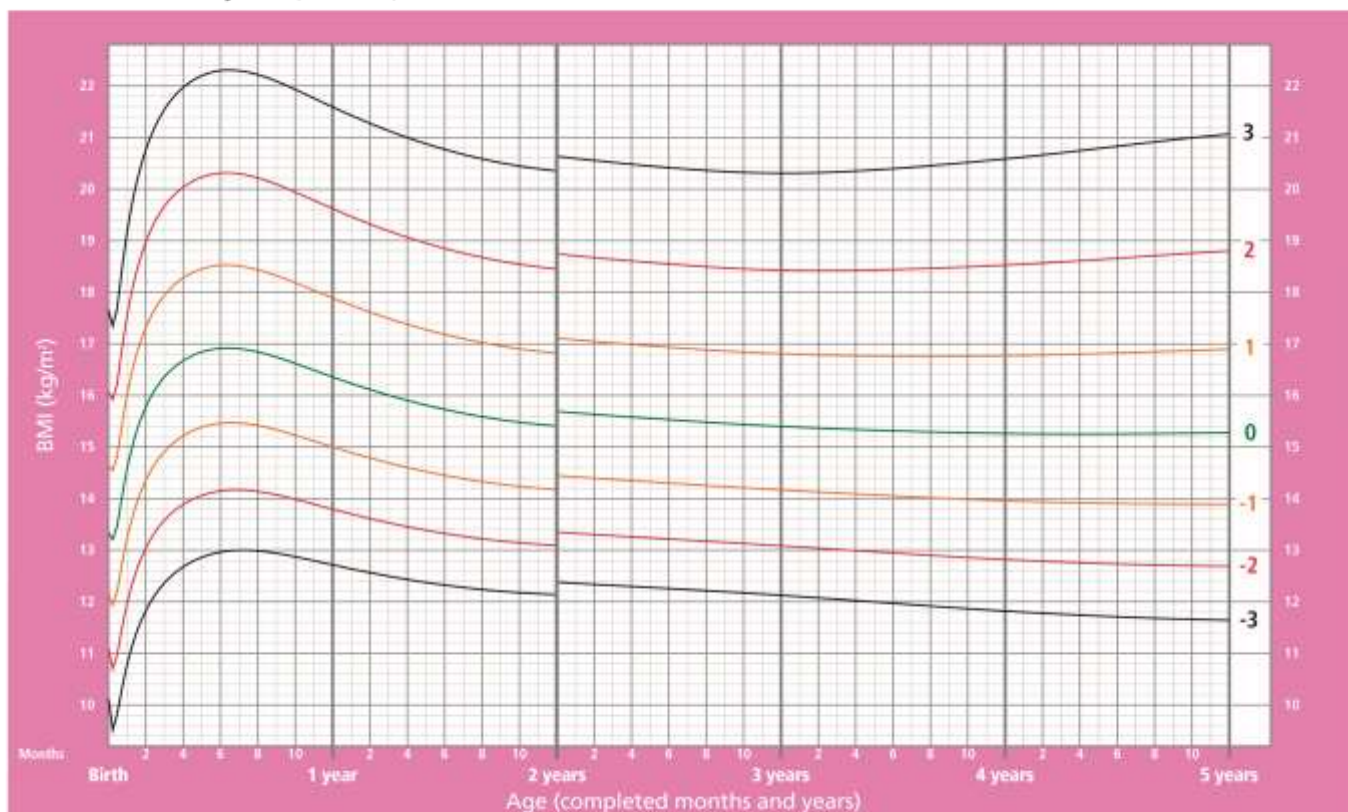
Birth to 5 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age GIRLS

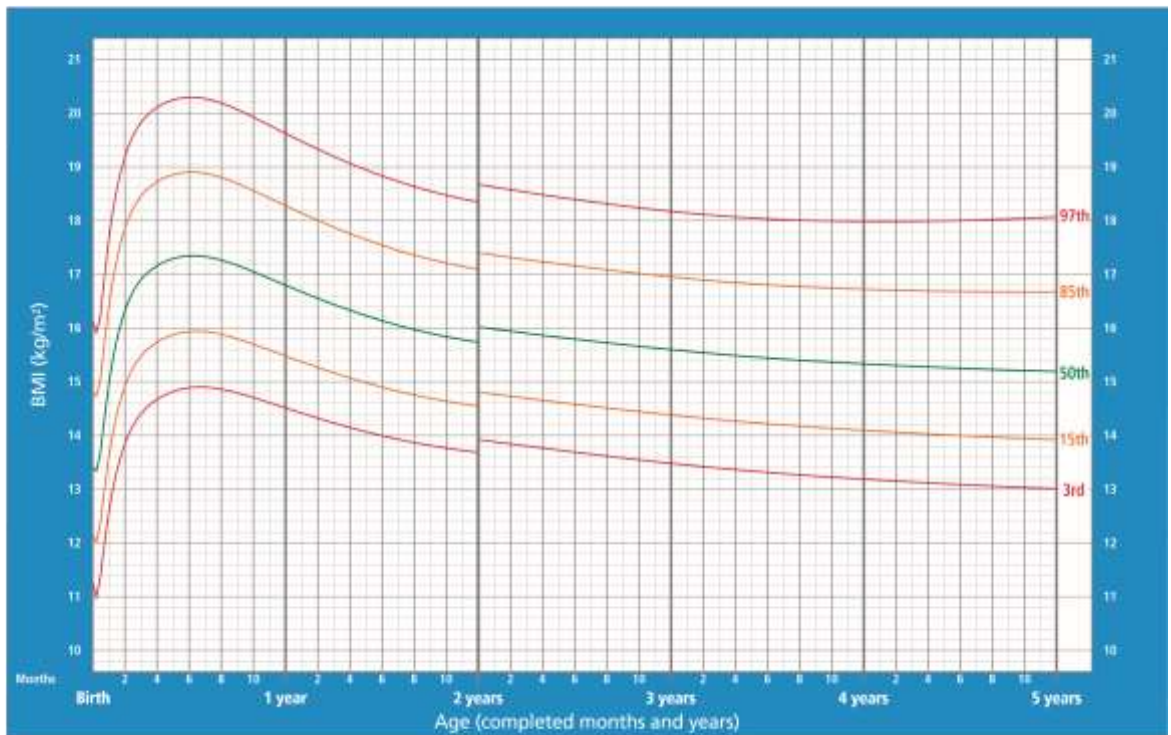
Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

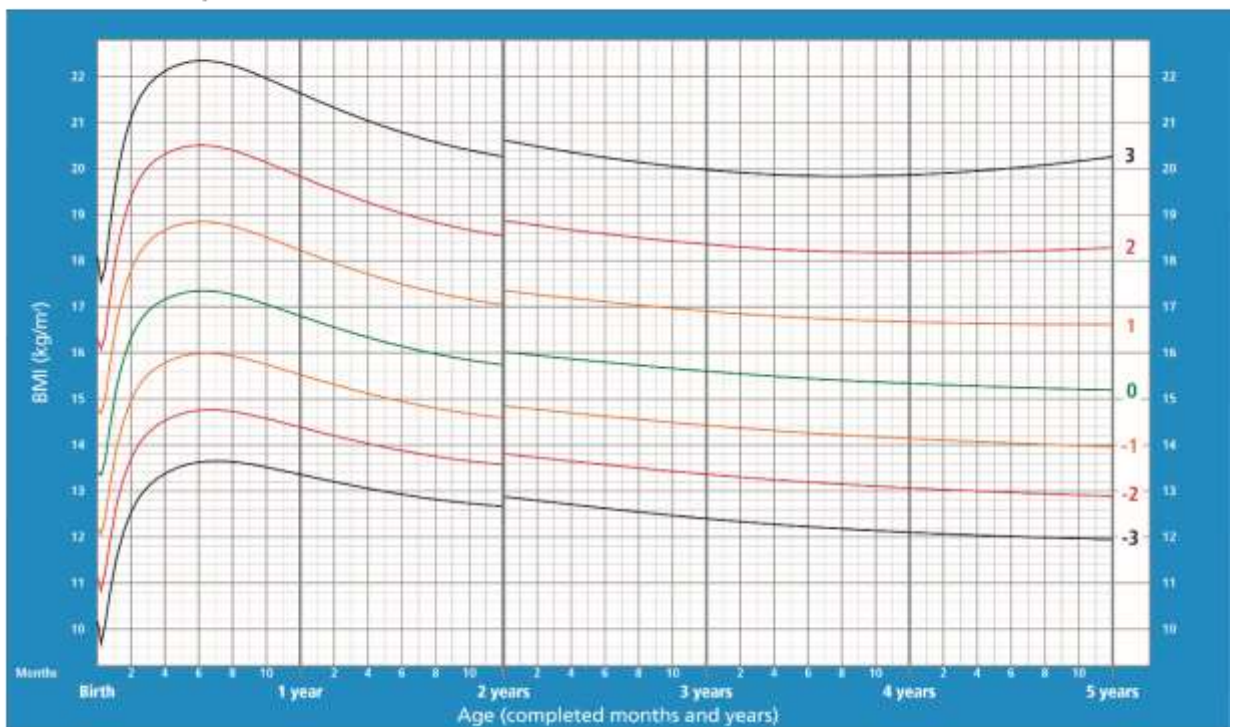
Birth to 5 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

BMI-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



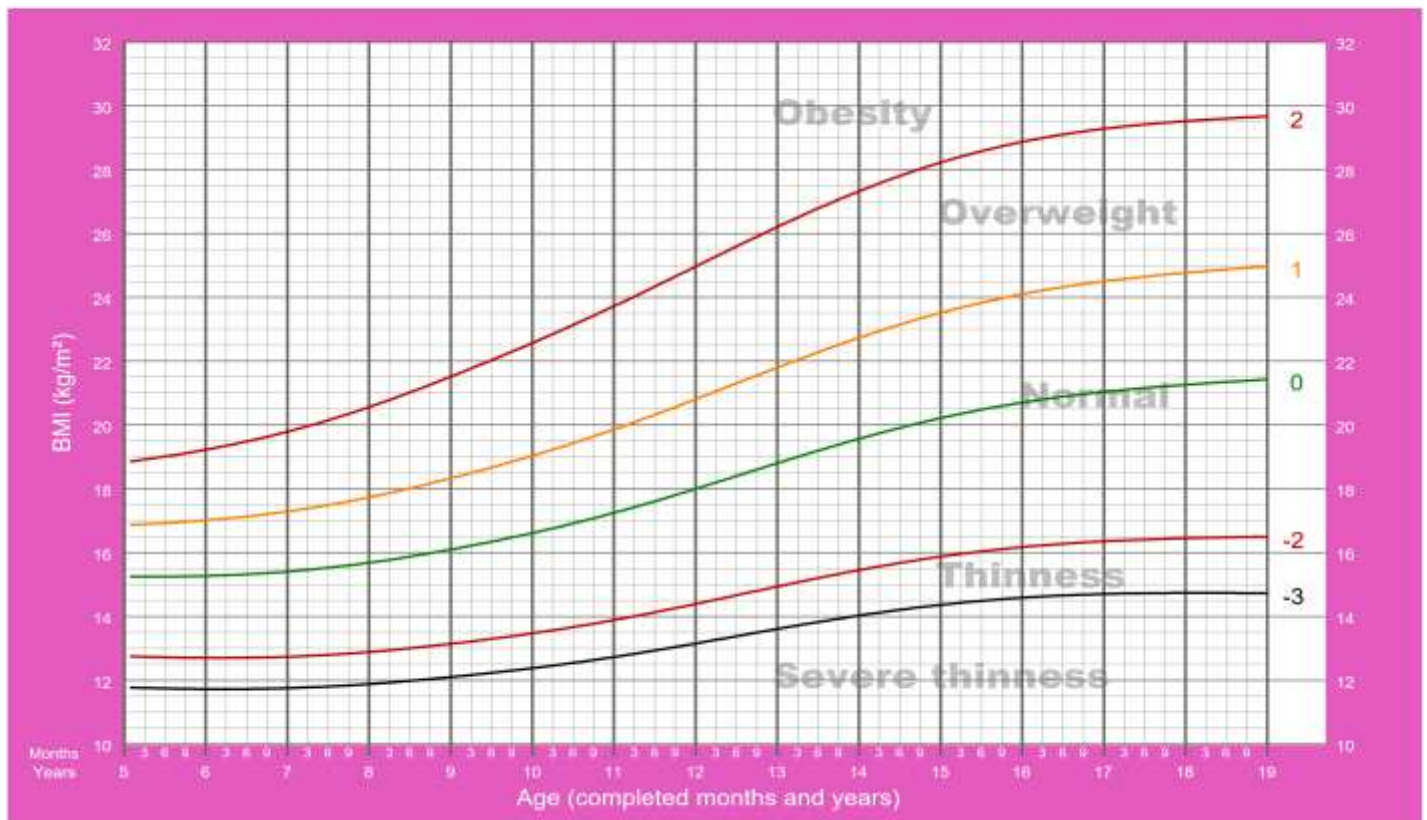
WHO Child Growth Standards

ANEXO 2

Padrões de referência da OMS dos 5 aos 19 anos (Pc e DP)

BMI-for-age GIRLS

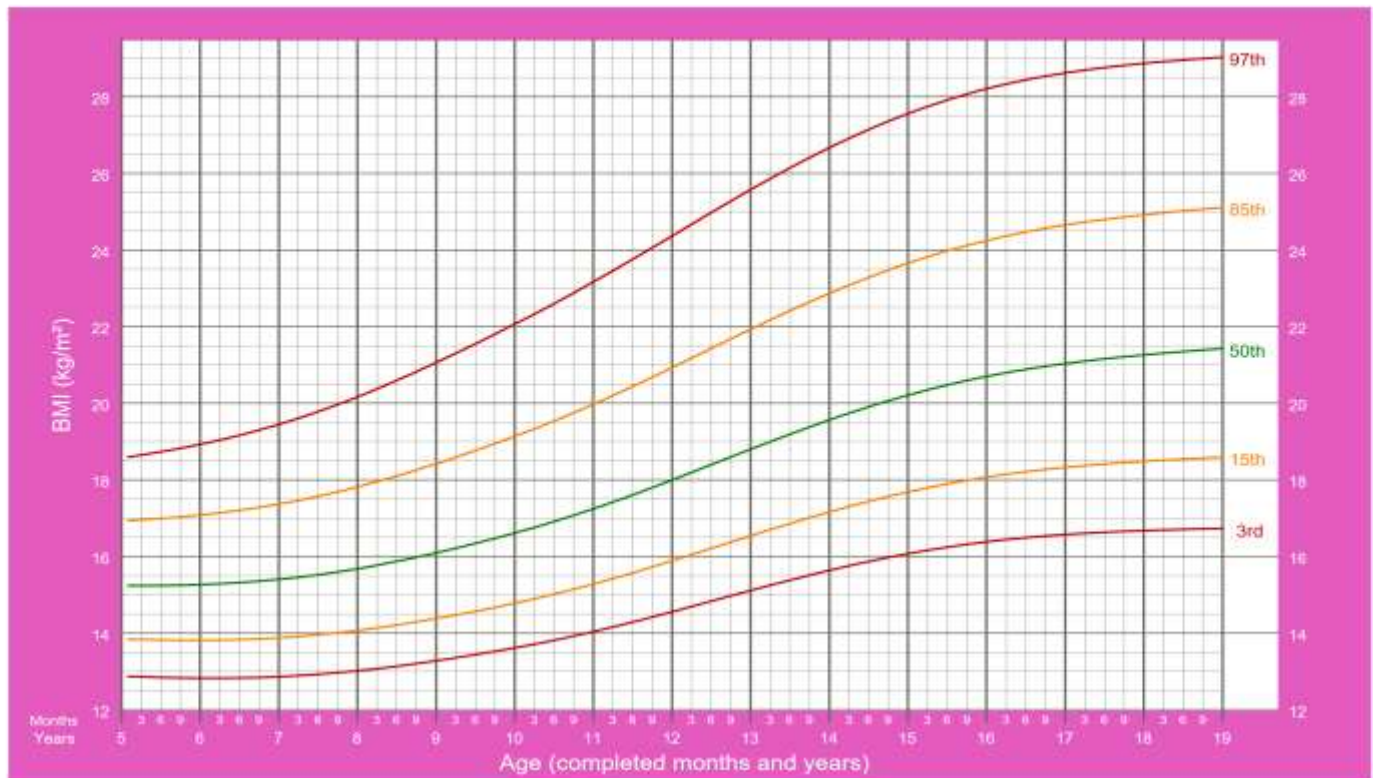
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

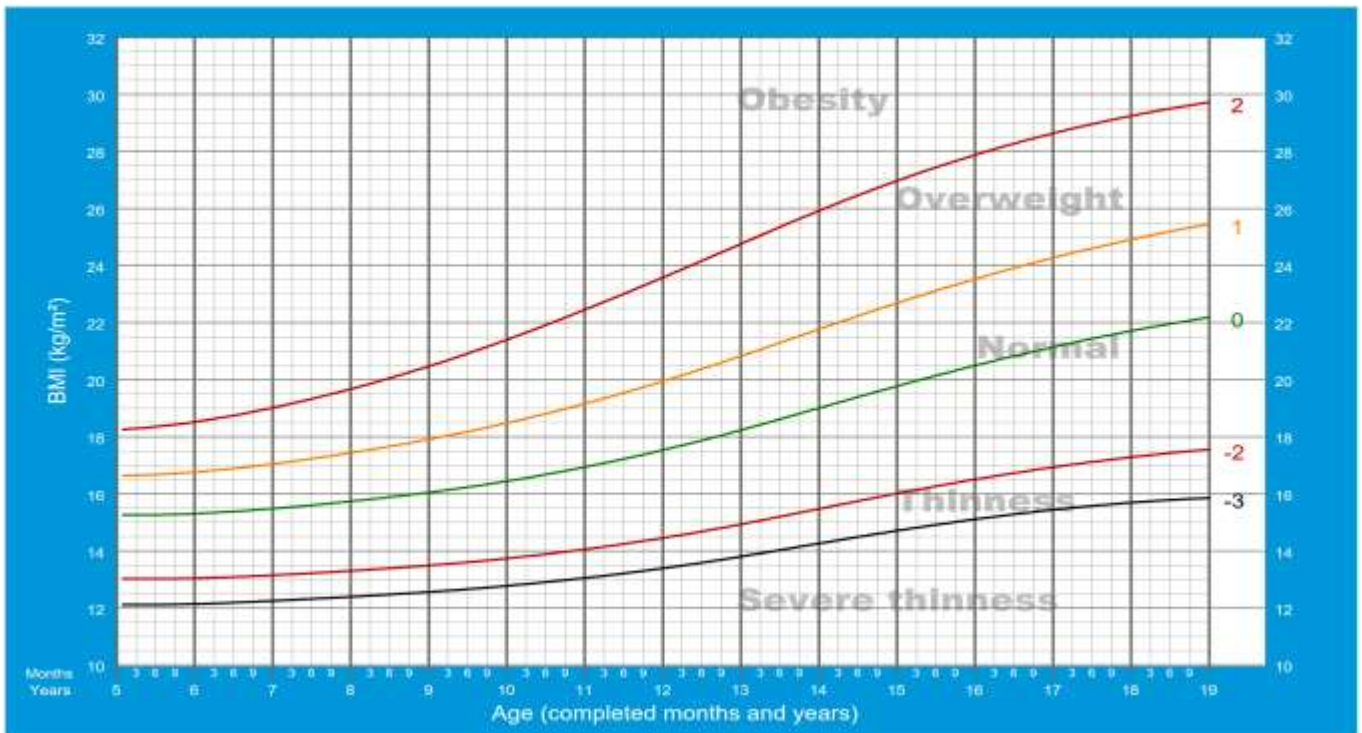
5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS

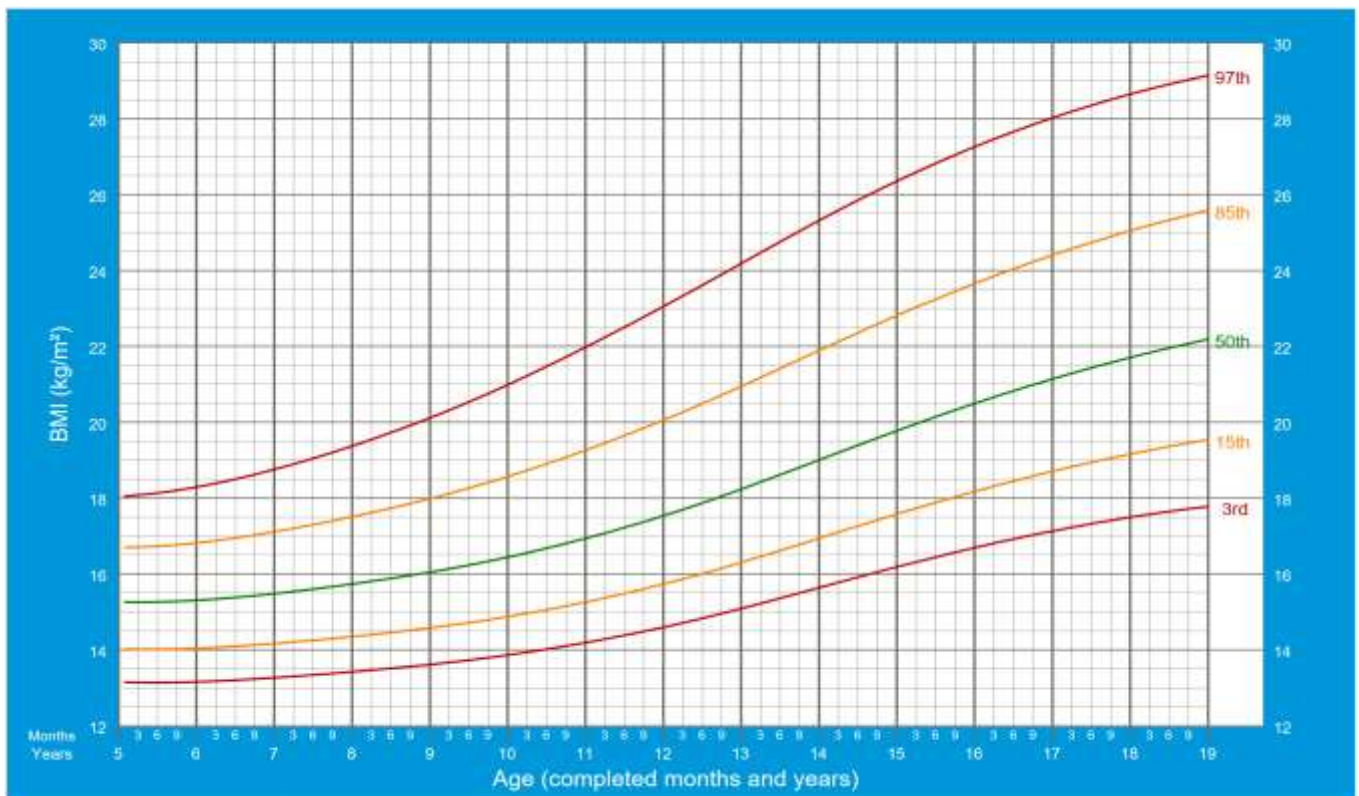
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

ANEXO 3

Identificação de Projetos / Programas Nacionais (2001-2015) no âmbito da Prevenção da Obesidade Infantil

Tabela - Identificação de Projetos / Programas Nacionais (2001-2015) no âmbito da Prevenção da Obesidade Infantil

Nome do Projeto / Programa	Entidade Promotora	Parcerias Realizadas	Data	Local
1-PROGRAMA PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar	ARS Norte	Direcção Regional de Educação do Norte	Sem data conhecida	Norte
2-Programa de combate à obesidade infantil na região do Algarve	ARS Algarve	24 Parceiros, locais e regionais	2005	Sul – Algarve
3-Alimentação Saudável nos bufetes escolares: o caso de sucesso da Madeira “Rede de Bufetes Escolares Saudáveis” (RBES)	DGE Madeira	Escolas Básicas de 2. ^a e 3. ^o Ciclos e Secundários da Região Autónoma da Madeira (RAM)	2001	Ilhas – Madeira
4-Projeto “Come Devagar e Bem & Mexe-te Também”	Agrupamento dos Centros de Saúde Lisboa Norte (Alvalade, Benfica, Lumiar e Sete Rios)	Direção - Geral da Saúde	2012-2016	Centro – Lisboa
5-Projeto “Saber comer”	ARS Alentejo	Agrupamento de Escolas n.º 1 de Reguengos de Monsaraz; Agrupamento Vertical de Escolas de Mourão	2013	Sul – Concelho de Reguengos de Monsaraz e Mourão
6-Projeto “A minha lancheira”	ARS Alentejo	ARSA, IP – NRAPCO – Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade	2011	Sul – Alentejo
7-“Lancheira Sorriso em Movimento”	ARS Alentejo – unidade de Saúde Pública (USP) da Unidade de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)	Centros de Saúde de Cuba; Agrupamento de escolas de Cuba; Município de Cuba; Associação Terras de Dentro	2012	Sul – Alentejo
8-“Activa-te”	Câmara Municipal de Beja	Casa do Estudante; Unidade de Saúde Pública de Beja; Cercibeja e Cáritas Diocesana de Beja; Coordenação Educativa do BAAL	Sem data conhecida	Sul – Alentejo
9-“BEJACTIVA” – “TODOS À CICLOVIA”	Câmara Municipal de Beja	ULSBA; Escola Superior de Educação-IPB	2009	Sul – Alentejo
10-“Alimenta-te bem e crescerás saudável”	Câmara Municipal de Portalegre	Instituto Politécnico de Portalegre (IPP); Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano e os Agrupamentos de Escolas do Concelho de Portalegre	Sem data conhecida	Sul – Portalegre
11-Alimentação Saudável – PIPAS e POPE	Câmara Municipal da Amadora	Agrupamento de Escolas do Município	2006	Centro – Amadora – Lisboa
12-Alimentação Saudável – PIPAS e POPE	Câmara Municipal da Amadora	Escola Cardoso Lopes; Escola José Cardoso Pires; Escola D. João V e Escola Pedro D’Orey da Cunha	2006	Centro – Amadora – Lisboa
13-“Comer bem, Crescer Melhor”	Câmara Municipal de Santiago do Cacém	Sem informação conhecida	2002	Sul – Setúbal
14-“Os Super-heróis no Refeitório Escolar”	Câmara Municipal de Leiria	Sem informação conhecida	2014-2015	Centro – Leiria
15-Fruta no Jardim	Câmara Municipal de Valongo	Sem informação conhecida	Sem data conhecida	Norte – Valongo

16-“Papa Bem” – Alimentar é Educar	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa	Fundação para a Ciência e Tecnologia, Quadro de Referência Estratégico Nacional e COMPETE	Sem data conhecida	Nacional
17-“Movimento Hiper Saudável	Organização Não Governamental	Direção-Geral da Saúde	Sem data conhecida	Nacional
18-Programa 5 ao Dia	Organização Não Governamental	Administrações Regionais de Saúde: Alentejo, Centro e Norte; Direções Regionais de Educação: Alentejo, Centro e Norte; Universidade de Évora e Universidade do Minho; Instituto Piaget/Almada; Câmaras Municipais; Braga, Évora, Loures, Alvito e Montijo; Direção Regional de Agricultura e Pescas do Norte; Escola Superior Agrária de Coimbra e de Ponte de Lima; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Fundação Portuguesa de Cardiologia; Delegação Centro; Federação Nacional das Organizações de Produtores de Frutas e Hortícolas U23	Sem data conhecida	Nacional
19-“Regresso às aulas com energia”	Organização Não Governamental	Chef Hernâni Ermida, Direção-Geral da Saúde, Nuno Delgado-Escola de Judo e a Indesit	2011/2012	Nacional
20-“Heróis da Fruta-Lanche Escolar Saudável”	Organização Não Governamental	Montepio (parceiro principal)	2014	Nacional
21-“Missão: crescer saudável Mimosa”	Agrupamentos de escolas e “Mimosa”	Sem informação conhecida	2013	Nacional
22-Programa Escolar de Reforço Alimentar-“Pera”	Ministério da Educação e Ciência	Ministério da Educação e empresas de comercialização e produção de géneros alimentares, bancos alimentares contra a fome e instituições particulares de solidariedade social	202/2013 e 2013/2014	Nacional
23-“Hortinha & Cozinha”	Organização não-governamental	APCOI (Associação Portuguesa Contra a Obesidade infantil)	Sem data conhecida	Nacional-Distritos de Coimbra, Faro, Lisboa e Porto
24-Regime da Fruta Escolar (RFE)	Municípios de Portugal	Agrupamentos de Escolas e Escola não agrupadas	2009/2010	Nacional
25-Projeto “Maia Menu Saudável”	Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto	Direção-Geral da Saúde	2013/205	Norte - Maia
26-“Nutri Ventures”	Organização não-governamental	Ministérios de Saúde e Educação e Associações de Nutricionistas e Dietistas	2013	Nacional
27-Programa “Acorda!”	Faculdade de Desporto-Universidade do Porto	Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL); Escolas do Concelho de Valongo	Sem data conhecida	Norte-Valongo
28-“Comer bem é mais divertido”	Organização não-governamental	Escola Superior de Saúde e Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve	Sem data conhecida	Sul - Algarve
29-Programa de Obesidade Infantil	Organização não-governamental	Clube Saúde; Clube Wellness	Sem data conhecida	Centro-Lisboa

(Fonte: Filipe, J., Godinho, A. & Graça, P. (2016) - *Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal* <http://pch.psychopen.eu/article/view/175/pdf>).

Passando à apresentação dos resultados, foram identificados e abordados para análise um total de 29 programas realizados entre 2001 e 2015, entre os quais 19 apresentaram-se relacionados com a promoção de alimentação saudável, dois estavam relacionados com a promoção de atividade física, sendo que os restantes oito, apresentavam-se simultaneamente associados com a promoção de alimentação saudável e atividade física. Os programas foram implementados por diferentes entidades promotoras, através de diferentes iniciativas, sendo assim, Administrações Regionais de Saúde (5 projetos), DGS (1 projeto), Agrupamento de Centros de Saúde (1 projeto),

Câmaras municipais (10 projetos), Universidades (2 projetos), Agrupamento de escolas (1 projeto), Organizações não governamentais (8 projetos) e Direção Geral da Educação (1 projeto), em termos geográficos foram desenvolvidos 8 projetos na região Sul, 6 projetos na região Centro, 3 projetos na região Norte e 12 projetos de âmbito Nacional onde se inclui a Madeira (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

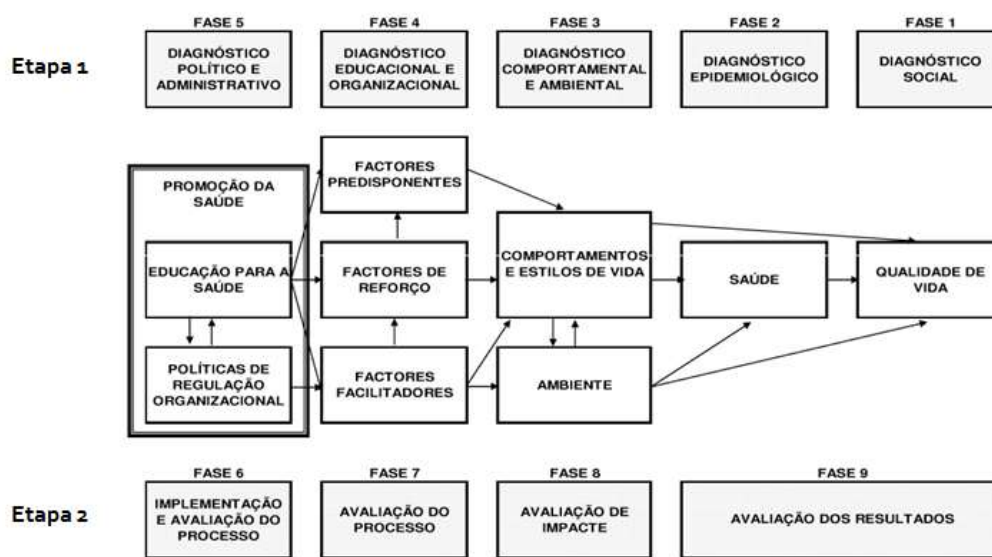
O objetivo dos projetos incidu na promoção de uma alimentação saudável, visando como comportamento-alvo a ser alterado, principalmente nos comportamentos alimentares (acréscimo no consumo de hortícolas, redução da ingestão de alimentos pouco saudáveis, como os alimentos com excesso de açúcar, sal e gorduras) e tiveram como suporte as orientações nutricionais. O contexto escolar foi a opção maioritária para a sua implementação, contudo alguns projetos visaram a intervenção da comunidade de modo mais amplo, através da escola, família e comunidade (Filipe et al, 2016).

Filipe, J., Godinho, A. & Graça, P. (2016). *Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal*. Revista Psychology, Community & Health, 5 (n.º2), 170-184. Acedido em 28 de março de 2018. **DOI:** 10.5964/pch.v5i2.175

ANEXO 4

Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed

MODELO PRECEDE-PROCEED



Esquema do Modelo PRECEDE-PROCEED, adaptado de Green & Kreuter (1991: 153)

ANEXO 5

Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora



**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof.ª Doutora Maria de Fátima Oliveira Jorge e o Prof. Doutor Paulo Infante deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada - Promoção de hábitos alimentares saudáveis*" do investigador **Ricardo Alves Jorge** (mestrando) e Prof.ª Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (responsável académico).

Universidade de Évora, 3 de Setembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO 6

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo

ENT-ARSA/2018/10935

24-07-2018



23.07.2018
(Processo 23/CES/2018)

PARECER 10/2018/CES

O CONSELHO/DIRETIVO 26/A/2018

O Presidente: José Marques Róbaló

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

Sobre o estudo “*Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada - Promoção de hábitos alimentares saudáveis*”

A: Relatório

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº 23/2018/CES em 19.07.2018, de modo extraordinário, referente ao estudo “*Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada - Promoção de hábitos alimentares saudáveis*”, com base no pedido formulado a esta CES, e após envio de documentação em 18.07.2018, pela Investigador Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro na Unidade de Saúde Familiar EBORAE de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação - Área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tem como supervisora Clínica a Enfermeira Rosa Espanca, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

- 1) Protocolo do estudo;.....
- 2) *Curriculum Vitae* do investigador;.....
- 3) *Curriculum Vitae* do orientador científico/pedagógico;.....
- 4) *Curriculum Vitae* da preceptora do estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade.
- 5) Cronograma;.....
- 6) Modelos de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador principal;.....

- 7) Declaração da Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas;.....
- 8) Modelo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido para as educadoras de infância;.....
- 9) Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos;
- 10) Autorização do autor para a utilização do Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis;
- 11) Ficha de dados antropométricos;.....
- 12) Guião da Entrevista;.....
- 13) Consentimento Informado Livre e Esclarecido – Representantes Legais:.....
- 14) Declaração de identificação do “*Elo de ligação*”;
- 15) Declaração do orientador científico/pedagógico;
- 16) Resposta da Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar;
- 17) Pedido de autorização à Exma. Sr.^a Coordenadora da UCC de Évora;
- 18) Pedido de autorização à Coordenadora Técnica e Pedagógica do JINSP e respetiva resposta;
- 19) Pedido de autorização à Exma. Sr.^a Diretora Executiva do Aces Alentejo Central; ...
- 20) Resposta positiva referente à realização do estágio;
- 21) Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais;.....
- 22) Declaração do compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final da investigação;
- 23) Diversa informação/documentação enviada por e-mail;.....
- 24) Carta de apresentação do estudo à Comissão de Ética;.....

A.3. Resumo da Documentação.....

Trata-se de um estudo descritivo simples. Tem como objectivo geral promover hábitos de alimentação saudável em crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP (Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade), até janeiro de 2019. Utiliza a metodologia de planeamento em saúde. Apresenta como Objetivos Específicos: i) Caracterizar a

frequência alimentar e os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar; ii) Identificar os principais fatores de risco que possam contribuir para a adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis das crianças em idade pré-escolar; iii) Identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças em idade pré-escolar; iv) Caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal (IMC) das crianças em idade pré-escolar, recorrendo aos dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil; v) Promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças em idade pré-escolar. O projeto contempla duas fases: a fase inicial integrada no diagnóstico/identificação do problema, onde a população alvo serão as crianças das salas dos 4 anos do pré-escolar do JINSP, e, uma segunda fase, em que a população alvo de intervenção serão as mesmas crianças, que transitaram para as salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP. Após a autorização do local de diagnóstico, serão realizadas reuniões com a coordenadora pedagógica e com as educadoras de infância com o objetivo de as informar sobre os objetivos do projeto, as estratégias planeadas para efetuar o diagnóstico de situação a colheita de dados e solicitar a sua colaboração e envolvimento no projecto.....

Instrumentos de recolha de dados a utilizar: a) Questionário - Aplicado de forma indireta a um familiar das crianças, dividido em duas partes, sendo a primeira parte acerca dos dados da criança relativamente aos hábitos saudáveis e a segunda parte diz respeito à frequência alimentar. O instrumento utilizado encontra-se devidamente adaptado e validado para a população portuguesa, tendo sido pedido autorização prévia ao autor para utilização; b) Ficha de dados antropométricos: Será solicitado o preenchimento de uma ficha de recolha de dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil, com a indicação da data em anos e meses que a criança tinha quando foi avaliada, com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças; c) Entrevista semiestruturada dirigida às Educadoras de Infância para a qual foi construído um guião pelo investigador. Os objetivos da realização destas entrevistas são: conhecer a perceção que as educadoras de infância têm acerca da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças; identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças; identificar estratégias com o intuito de promover adequadamente hábitos alimentares saudáveis nas crianças.....

O questionário, a ficha de dados antropométricos e o Consentimento Informado Livre e

Esclarecido (CILE) serão entregues pelo investigador nas instalações do JINSP às Educadoras de Infância que posteriormente os facultarão aos representantes legais. No caso de os representantes legais concordarem e aceitarem participar, devolvem o CILE, em conjunto com os instrumentos de recolha de dados preenchidos, colocando-os numa caixa fechada e preparada para o efeito que se encontra na sala de atividades em local designado pela educadora de infância. No caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conheça a frequência e os hábitos saudáveis das crianças a quem se destina o preenchimento voluntário, o questionário e a ficha de dados poderão ser preenchidos pelo familiar indicado pelo representante legal que designadamente é detentor da informação solicitada. Posteriormente, o investigador recolherá os instrumentos de colheita de dados e os CILE junto das educadoras de infância. Os documentos de recolha de dados são anónimos.....

A informação recolhida será processada na forma de dados agregados pelo investigador, sendo apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa. Os dados recolhidos ficarão na posse do investigador que os utilizará exclusivamente no âmbito da investigação. A informação recolhida será destruída assim que se proceda à publicação ou divulgação dos resultados. Posteriormente à recolha de dados obtida pelos questionários, proceder-se-á à sua respectiva organização e análise estatística, sendo utilizado para o efeito como recurso o software IBM SPSS *Statistics* Versão 2.4. Seguidamente à recolha, proceder-se-á ao tratamento dos dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil. O percentil do IMC será avaliado de acordo com o critério da *International Obesity Task Force* (IOFT) e o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS). Após a realização da entrevista será realizada uma transcrição do discurso produzido pelas educadoras de infância e proceder-se-á a uma análise de conteúdo. Para a realização da análise de conteúdo irá recorrer-se a uma estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas serão dispostas em subcategorias e de seguida em categorias (Bardin, 2006). Os recursos utilizados e as despesas decorrentes da implementação do projeto ficarão a cargo do investigador.....

Para as entrevistas será utilizado o registo áudio. Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo registada informação que possibilite a identificação dos participantes. A informação obtida será tratada apenas pelo investigador, na forma de dados agregados, sendo solicitados apenas os dados relevantes para o estudo em causa. Não serão criadas bases de dados que possibilitem a identificação dos envolvidos. Para

a aplicação do instrumento de colheita de dados no JINSP-IPSS, questionou-se por escrito a Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo esta entidade informado que, não pertencendo este jardim de infância ao ensino público, não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos nestas instituições, cabendo apenas ao jardim de infância a referida autorização.....

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. Trata-se de um estudo com relevância e pertinência. O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia apresenta, enuncia e reforça a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais;.....

B.2. A investigação não implica encargos financeiros para os participantes;.....

B.3. Esta CES salienta que é da responsabilidade dos investigadores o dever de observar o disposto no RGPD em matéria de protecção de dados pessoais.....

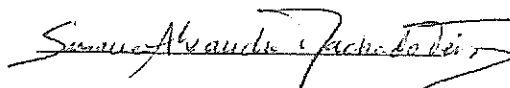
B.4. Relativamente à gravação áudio, esta CES salienta que este método de registo não é compatível com a garantia do anonimato.....

CONCLUSÃO.....

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável, condicionado aos pontos **B.4.**, à autorização deste estudo.....

Aprovado em reunião ordinária do dia 23.07.2018, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo



(Susana Teixeira)

ANEXO 7

Autorização da diretora técnica e pedagógica do jardim de infância

De: Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade [REDACTED]
Enviado: 15 de maio de 2018 14:25
Para: Rosa Espanca
Assunto: RE: Envio de pedidos de autorização

Olá viva Rosa

Por cá tudo bem , muita alegria e energia Graças a Deus.

Também muito grata por o Enfermeiro ter pensado nesta instituição para desenvolver o seu projeto. Uma mais valia para todos aqui, uma excelente colaboração e interação com comunidade educativa . muito obrigado.

E claro que a Direção do Jinsiedade consente que aqui sejam desenvolvidas as práticas de diagnóstico e intervenções do Enfermeiro Ricardo Jorge por forma a realizar o seu trabalho

Um abraço

Maria Anjo Grilo

De: Rosa Espanca [mailto:[REDACTED]]
Enviada: segunda-feira, 14 de maio de 2018 17:22
Para: Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade
Assunto: Envio de pedidos de autorização

Olá, Anjo,

Tudo bem?

Como já é do teu conhecimento, o Enfermeiro Ricardo Jorge, está a realizar o estágio I do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, pretendendo realizar no Jardim Infantil N^a S^a da Piedade o trabalho de investigação/intervenção que dele faz parte.

Deste modo, remeto o pedido de autorização à V. Instituição para realização desse trabalho, acreditando que será uma mais valia para os alunos e encarregados de educação das salas dos 4 anos (2017/2018).

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Espanca

Saúde Escolar

UCC - Évora

ANEXO 8

Resposta da DGE relativamente à utilização de questionário

Re: Inquéritos em meio escolar

Rosa Espanca

ter 27-02-2018 01:31

Para: Mime (DGE) <Mime@dge.mec.pt>

Bom dia,

Muito obrigada pela sua resposta célere e esclarecedora

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Espanca

De: Mime (DGE) <[REDACTED]>

Enviado: 22 de fevereiro de 2018 09:29

Para: Rosa Espanca

Assunto: RE: Inquéritos em meio escolar

Bom dia

Muito obrigado pelo seu contacto.

Informamos que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privado.

Contudo, deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98, alterada pela Lei nº 103/2015, de 24 de agosto, em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais.

Atenciosamente,



Vitor Figueiredo

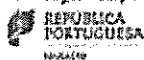
Direção-Geral da Educação

Av. 24 Julho, 140 - 1399-025 Lisboa - Portugal

TEL. + 351 213 93 6870 FAX: + 351 213 93 4683

Email: vitor.figueiredo@dge.mec.pt

www.dge.mec.pt



De: Rosa Espanca <[REDACTED]>

Enviada: 21 de fevereiro de 2018 18:10

Para: Mime (DGE)

Assunto: Inquéritos em meio escolar

[REDACTED]

01-03-2018

Boa tarde,

No contexto de um estágio a decorrer no serviço, surgiu-me a seguinte dúvida: numa investigação, a decorrer em Jardins de Infância, que não pertencem à rede pública (IPSS ou privados), e sendo os questionários preenchidos pelos encarregados de educação, será necessário submeter o inquérito, de acordo com o estabelecido no link abaixo?

<http://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>

Inquéritos em meio escolar | Direção-Geral da Educação

www.dge.mec.pt

Direção-Geral da Educação

www.dge.mec.pt

A Direção-Geral da Educação vai promover a 2.ª edição do MOOC (Massive Open Online Course) eTwinning. Este curso, que tem como objetivo explorar o portal ...

Procedimentos a cumprir nos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar:

Aguardo a vossa resposta

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Silvério Espanca
Enfermeira
UCC Évora

Aviso de confidencialidade: A informação presente nesta mensagem, bem como em qualquer dos seus anexos, é confidencial e destinada exclusivamente ao(s) destinatário(s), não podendo ser alterada, usada, distribuída, copiada ou disseminada sem autorização. Caso tenha recebido esta mensagem indevidamente, queira informar de imediato o remetente e proceder à destruição da mesma e de eventuais cópias. A correspondência transmitida via eletrónica tem o mesmo valor da trocada em suporte de papel, devendo ser-lhe conferida, pela Administração e pelas particulares, idêntico tratamento (art. 26.º, nº1 do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de Abril).



RP



SNS



ENT

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
Largo de Jardim do Paraíso, nº 1 | 7000-864 Évora
Tel: 266 755 770 | Fax: 266 733 868
www.arsalentejo.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

ANEXO 9

Autorização de utilização de questionário

Fw: Autorização para atualização de um questionário
Rosa Espanca
dom 25-02, 23:35 Ricardo Jorge
Rito - Autorizado

De: Ana Rito [REDACTED]
Enviado: 24 de fevereiro de 2018 13:27
Para: Rosa Espanca
Assunto: Re: Autorização para atualização de um questionário

Olá Rosa
Eu acho que já me tinham contactado sobre isto.
Podem utilizar adaptar à vontade, basta fazerem a referência. (Rito A: QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

E HÁBITOS SAUDÁVEIS DIRIGIDO A CRIANÇAS DOS 3-7 ANOS, Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007)

E se quiserem o link

Beijo

Ana

From: Rosa Espanca [REDACTED]
Date: sexta-feira, 23 de fevereiro de 2018, 10:29
To: Ana Rito [REDACTED]
Subject: Autorização para atualização de um questionário

Olá,

Um colega, em contexto académico, pretende realizar um trabalho de investigação/intervenção sobre os hábitos alimentares de crianças em Jardins de Infância.

Que deve fazer para pedir autorização para utilização do questionário que anexo?

Bjos

Rosa

ANEXO 10

Resposta do Instituto de Emprego e Formação Profissional

Rosa Silverio
dom 09-12, 22:31 Paula Caeiro [REDACTED]
Bom dia,

Agradecemos a vossa disponibilidade. Articularemos conforme indicam.

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Silvério
UCC Évora

De: Paula Caeiro [REDACTED]
Enviado: 9 de dezembro de 2018 23:55
Para: Rosa Silverio
Cc: [REDACTED]
Ferro; Fernanda Maria Irio
Assunto: Re: Pedido de colaboração IEFP

Exma Sra Enf. Rosa Silvério.

Serve o presente para informar que poderá contar com a nossa colaboração.

Poderá ser articulada a data mais adequada com o Chef Vitor Costa.

Muito obrigada

Com os melhores cumprimentos

Paula Caeiro
Diretora Centro de Emprego e Formação Profissional de Évora

E-mail: [REDACTED]
Delegação Regional do Alentejo
IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.
<http://www.iefp.pt>

De: Rosa Silverio [REDACTED]
Enviado: 4 de dezembro de 2018 13:16
Para: Paula Caeiro
Cc: [REDACTED]
Assunto: Pedido de colaboração IEFP

Exma Sra Diretora do IEFP de Évora

De acordo com contacto previamente estabelecido com o Chef Vitor Costa, venho por este meio enviar o pedido de colaboração para o IEFP, no contexto do Estágio do Sr Enf^o Ricardo Jorge, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, no âmbito da Saúde Escolar.

Aguardamos a vossa disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Silvério (Enf^a)
Saúde Escolar
Unidade na Cuidados na Comunidade de Évora

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Objetivo geral, objetivos específicos, metas e atividades

Objetivo geral	Objetivos específicos	Metas	Atividades
1- Promover hábitos alimentares adequados nas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP de Évora, até Junho de 2019	1.1-Aumentar 15% o consumo diário de legumes, hortícolas e frutas pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.	1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	Atividade 1
		1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas;	Atividade 2
		1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 1 benefícios para a saúde da ingestão de legumes, hortícolas e frutas diariamente;	Atividade 3
		1.4- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 refeições diárias em que possa contemplar a ingestão de legumes e hortícolas e 2 refeições diárias em que possa contemplar a ingestão de fruta;	Atividade 4
		1.5- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos dos legumes, hortícolas;	Atividade 5
		1.6- Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos das frutas;	Atividade 6
			Atividade 7
			Atividade 8
			Atividade 11
		Atividade 14	
1.2-Diminuir 10% o consumo diário de alimentos processados e alimentos confeccionados de forma menos saudável (fritos / panados) pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.	1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	Atividade 1	
	1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas;	Atividade 5	
	1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com alimentos processados, fritos e panados;	Atividade 6	
	1.4- Que 30% das crianças consigam identificar 1 desvantagem para a saúde do consumo de alimentos processados, fritos e panados que possuem sal/gordura na sua constituição;	Atividade 8	
	1.5 - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir alimentos processados, fritos e panados;	Atividade 9	
		Atividade 11	
1.3-Diminuir 10% o consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e	1.1- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem nas atividades realizadas;	Atividade 1	
	1.2- Que 80% das crianças participem nas atividades realizadas;	Atividade 5	
		Atividade 6	

	outros produtos açucarados pelas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, até Junho de 2019.	1.3- Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir relacionados com a ingestão de doces; 1.4- Que 30% das crianças consigam identificar 1 desvantagem para a saúde do consumo de bolachas, bolos, refrigerantes e produtos açucarados; 1.5 - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir doce;	Atividade 8
			Atividade 9
			Atividade 10
			Atividade 11
			Atividade 14

APÊNDICE 2

Questionário elaborado a partir do Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007)

Exmo(a) Senhor(a),

O presente questionário insere-se no projeto “Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública e pretende conhecer a frequência alimentar e os hábitos saudáveis das crianças a quem o projeto se destina.

O questionário deverá ser preenchido pelo adulto que melhor conheça a frequência alimentar e os hábitos saudáveis da criança.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo, pelo que se solicita que responda com sinceridade às questões colocadas. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos, pelo que não é necessário assinar.

Agradece-se desde já a sua colaboração

Ricardo Alves Jorge

Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis

(Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007)

Assinale com um X a(s) respostas(s), ou preencha nos espaços indicados:

1. Questionário respondido por

Pai _____ Mãe _____ Irmão _____ Outro _____

Qual? _____

2. Sexo da Criança

Masculino _____ Feminino _____

DADOS DA CRIANÇA – HÁBITOS ALIMENTARES

3. A sua criança nasceu com quantos meses ou semanas de gestação?

_____ meses ou _____ semanas.

4. Diga-nos o comprimento e peso da criança quando nasceu,

Peso: _____ g(gramas)

Comprimento: _____ cm (centímetros)

5. Recorde-se da alimentação do bebé no 1.º ano de vida, durante quanto tempo foi amamentado, só com leite materno?

5.1. Não foi amamentado _____

5.2. Foi amamentado: quanto tempo (dias, meses ou semanas) (Escolha e complete uma das opções)

_____ dias

_____ semanas

_____ meses

6. Em que altura (dias, meses ou semanas), lhe introduziu outro alimento, além materno? (Escolha e complete uma das opções)

_____ dias

_____ semanas

_____ meses

7. A mãe é diabética?

Sim _____

Não _____

Não sei _____

8. Enquanto a mãe esteve grávida, sofreu de diabetes gestacional?

Sim _____

Não _____

9. Quem decidiu a alimentação da criança? (Pode escolher mais do que uma opção)

Mãe _____

Pai _____

Pediatra / Médico _____

Nutricionista _____

Enfermeiro _____

Outro familiar _____, Quem? _____

Outro _____, Quem? _____

10. Quantas horas por dia, a criança passa na escola?

_____ horas

11. Da seguinte escala manifeste o seu nível de satisfação relativamente à criança na escola.

	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Educação que a criança tem na escola			
Acompanhamento			
Grau de progresso da criança			
Alimentação que é dada na escola			
Ementa de almoços			
Ementa de lanches			
Número de refeições			
Serviços de apoio de nutrição/alimentação			

12. Como é que a criança se desloca para a escola? Assinale com uma cruz o(s) meios(s) em que se desloca e o tempo aproximado que demora em cada um.

	Nunca	Menos que 15 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Mais que 30 minutos
A pé				
De bicicleta				
Autocarro				
Carro				
Motorizada				
Outros				

13. Ao fim-de-semana quanto tempo em média passa a criança a andar de carro? (Escolha e complete uma das opções)

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

_____ Não anda de carro ao Sábado e ao Domingo

14. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o(a) menino (a) a ver televisão? (Junte todos os momentos em que a criança vê TV, e indique um tempo aproximado em cada dia).

	2. ^a feira	3. ^a feira	4. ^a feira	5. ^a feira	6. ^a feira	Sábado	Domingo
Quantos minuto ou horas por dia.							

15. Quanto tempo passa em média (minutos ou horas), o(a) menino(a) a jogar computador, *Playstation*®, ou outros jogos interativos? (Junte todos os momentos em que a criança está a jogar, e indique um tempo aproximado em cada dia).

	2. ^a feira	3. ^a feira	4. ^a feira	5. ^a feira	6. ^a feira	Sábado	Domingo
Quantos minuto ou horas por dia.							

16. Para além da escola, a criança participa em algum desporto ou atividade física programada, do tipo, natação, ginástica, ballet, futebol, voleibol, etc)?

Não _____

Sim _____ Qual? _____
 _____ horas _____ minutos

17. Para além e à exceção destes desportos e atividades que a criança frequenta, o(a) menino(a) faz algum tipo de atividade física ou atividades de lazer, do tipo jogar futebol com um familiar, andar de bicicleta, andar de triciclo, passear, brincar a correr, etc? Por favor escreva no seguinte quadro que atividades é que a criança habitualmente faz, com que frequência, e a duração de cada momento. Se não fizer alguma destas atividades coloque um "0" na frequência, escreva as outras atividades que não constam na lista.

Escreva o que a criança faz	Frequência	Duração
	Coloque o número de vezes por semana	Quanto tempo de cada vez (minutos ou horas)
Brincar no parque infantil		
Correr com outras crianças		
Jogar à bola com alguém		
Ouvir histórias, brincar com livros		
Passear na rua		

18. Atualmente, quanto tempo em média dorme a criança durante a noite?

_____ horas _____ minutos

19. Normalmente em dia de escola, a que horas a criança acorda?

_____ horas e _____ minutos

20. A que horas chega à escola?

_____ horas e _____ minutos

21. A criança tem por hábito comer/beber, antes ou durante, o período de sono?

Não _____

Sim _____ O quê? _____


INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR DIRIGIDO A CRIANÇAS DOS 3 AOS 7 ANOS

O questionário divide-se em grupos de alimentos para facilitar a resposta. Na coluna da **“Frequência Alimentar”** o pai ou mãe deve assinalar o respetivo círculo de quantas vezes por dia, semana ou mês, o seu filho ou filha menor de 7 anos, comeu em média cada um dos alimentos referidos na lista. Não se esqueça de assinalar no círculo respetivo os alimentos que nunca come, ou come menos de 1 vez por mês.

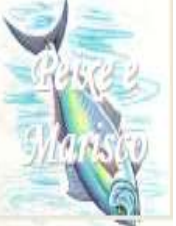
Em relação à coluna **“Quantidade”** deve ser assinalado se a porção que come habitualmente é igual, maior ou menor do que a referida como porção média.


Para os alimentos que só são consumidos, em determinadas épocas do ano (por ex: cerejas, dióspiros, etc) assinale as vezes em que o alimento foi consumido nessa época e selecione a opção na última coluna (**Sazonal**)


FREQUÊNCIA ALIMENTAR


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Leite Gordo						1 Chávena = 250 ml				
Leite Meio Gordo						1 Chávena = 250 ml				
Leite Magro						1 Chávena = 250 ml				
Leite especial crescimento						1 Chávena = 250 ml				
Leite de cabra ou ovelha						1 Chávena = 250 ml				
Leite em pó						1 Chávena = 250 ml				
Leite de soja						1 Chávena = 250 ml				
iogurtes						1 = 125g				
iogurtes infantis						1 = 100g				
Queijinhos petit suisse®, Danoninhos® e similares						1 = 55g				
Sobremesas Lácteas: pudim, etc.						Uma				
Queijo semi-curado, curado ou cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Queijo fresco, requeijão ou magro cremoso						1 Fatia /porção = 30g				
Gelados						Uma ou duas bolas				


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Carne de vaca, porco, cabrito, borrego, como prato principal						1 Porção = 120g				
Carne de frango, peru, coelho, como prato principal						2 Peças ou ¼ de frango				
Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, fígado, rim						1 Porção = 120g				
Frango ou peru em panados industriais, Mcnuggets®						1 Médio				
Croquetes, pasteis de carne, rissóis de carne						1 Médio				
Hambúrguer						1 Médio				
Salsichas						3 Médias				
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, bacon, etc						2 Fatias ou 3 Rodelas				
Boião de carne (Nestlé®, Bledina®, etc)						1 Boião = 200g				
Soja e produtos derivados (flocos, grãos, hambúrguer, tofu, seíta, etc)						1 Porção = 120g				
Ovos						Um				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Peixe magro: pescada, faneca, dourada, etc						1 Porção = 125g				
Bacalhau						1 Posta média				
Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, salmão, etc						1 Porção = 125g				
Peixe em conserva: atum, sardinha, etc						1 Lata				
Lulas, polvo, chocos, etc						1 Porção = 100g				
Peixe panado ou frito, rissóis de peixe, pastéis de bacalhau, Mcfish®, Douradinhos®						3 Unidades				
Camarão, amêijoas, mexilhão, etc						1 Prato de sobremess				
Boião de peixe (Nestlé®, Bledina®, etc)						1 Boião = 200g				


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Azeite						1 Colher de sopa				
Óleos: girassol, milho, soja, etc						1 Colher de sopa				
Manteiga						1 Colher de chá				
Margarina						1 Colher de chá				


	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Pão branco ou tostas						1 ou 2 tostas				
Pão (ou tostas) integral, centeio, mistura						1 ou 2 tostas				
Broa, broa de avintes						1 Fatia = 80g				
Pão de forma						1 Fatia = 25g				
Pão doce						1				
Arroz cozinhado						½ Prato				
Massas, esparguete, macarrão cozinhados						½ Prato				
Lasanha, cannellones						½ Prato				
Pizza						Meia pizza média				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Batatas fritas caseiras						½ Prato				
Batatas fritas de pacote						1 Pacote pequeno				
Batatas cozidas, assadas, estufadas, ou puré de batata						2 Batatas médias				
Papas tipo Cerelac®, Nestum®, etc						1 Taça = 25g + 160ml de leite				
Cereais crocantes açucarados ou achocolatado (Estrelitas®, Chocapic®, etc)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				
Cereais crocantes integrais (Weetabix®, All-brand®, etc)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				
Cereais crocantes magros sem açúcar (Corn-flakes®, Kellogs®, Fitness®, etc)						1 Taça = 30g + 125ml de leite				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Leguminosas cozinhadas: feijão, grão-de-bico						½ Chávena ou ½ prato				
Ervilha grão, fava cozinhada						½ Chávena ou ¼ prato				
Couve branca, couve lombarda cozinhadas						½ Chávena				
Penca, tronchuda cozinhadas						½ Chávena				
Couve-galega cozinhada						½ Chávena				
Brócolos cozinhados						½ Chávena				
Couve-flor, couve-bruxelas cozinhada						½ Chávena				
Grelos, nabiças, espinafres cozinhados						½ Chávena				
Feijão-verde cozinhado						½ Chávena				
Milho doce cozido						½ Chávena				
Alface, agrião						½ Chávena				
Tomate fresco						3 Rodelas				
Pimento						6 Rodelas				
Pepino						¼ Médio				
Cenoura						1 Média				
Cebola						½ Média				
Boião de sopa (Nestlé®, Blédina®, etc)						1 Boião = 250 ml				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Maçã, pêra						1 Média				
Laranja, tangerina						1 Média, 2 médias				
Banana						1 Média				
Kiwi						1 Médio				
Morangos e cerejas						1 Chávena				
Pêssego, ameixa						1 Médio, 3 médias				
Melão, Melancia						1 Fatia média				
Diospiro						1 Médio				
Figo fresco, nêspersas, damascos						3 Médios				
Uvas frescas						1 Cacho médio				
Frutos conserva: pêssegos, ananás, etc						2 Metades ou rodelas				
Frutos secos: amêndoas, avelãs, amendoins, nozes, etc						½ Chávena s/casca				
Azeitonas						6 unidades				
Boião de fruta (Nestlé®, Blédina®, etc)						1 Boião = 100 a 130 g				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Ice-tea® ou extractos vegetais						1 Garrafa pequena ou lata				
Refrigerantes, sumos de fruta gaseificados						1 Garrafa pequena ou lata				
Sumos de fruta concentrados (sunnydelight®) ou néctares embalados						1 Garrafa pequena ou lata ou 1 pacote				
Sumos de fruta natural com polpa						1 copo				
Sumos de fruta natural sem polpa						1 copo				
Coca-cola® ou outras colas						1 Garrafa pequena ou lata				
Café de cevada (incluído ou adicionado a outras bebidas)						1 Chávena de café				
Chá preto e verde						1 Chávena				
Chá de aroma						1 Chávena				

	Frequência Alimentar					Quantidade				
	Nunca ou raramente	1x de 15-15 dias	1-3x por sem	4-7x por sem	Mais de 1x por dia	Porção Média	Menor	Igual	Maior	Sazonal
Bolachas tipo Maria® ou torrada						3 Bolachas				
Outras bolachas ou biscoitos						3 Bolachas				
Croissants, pastéis ou bolos						Um; 1 fatia				
Chocolate (tablete ou em pó)						3 Quadrados ; 1 colher de sopa				
Snacks de chocolate (Mars®, Twix®, Kitkat®, etc)						Um				
Mamelada, compota, geleia, mel						1 Colher de sobremessa				
Açúcar						1 Colher de sobremessa; 1 Pacote				

22. Durante o último ano teve dificuldade para conseguir que a criança comesse o que desejava para ela? (Escolha uma das opções)

Sim, muita dificuldade _____

Sim, alguma dificuldade _____

Sim, ocasionalmente _____

Não, nenhuma dificuldade _____

22.1. Se respondeu sim, descreva os problemas que sentiu:

23. Responda conforme o seu grau de preocupação em relação ao comportamento alimentar da criança, nas refeições feitas em casa, durante o último ano:

	Sim, preocupo-me	Sim, preocupo-me um bocado	Sim, mas não me preocupo	Não, isto não aconteceu
A criança não comeu a quantidade suficiente por iniciativa própria				
Escondeu a comida, que você achou que ela comeu				
Fez algum tipo de birra e não aceitou algum tipo de alimento				
Comeu exageradamente				
Teve dificuldades em conseguir ter hábitos alimentares de rotina				

24. Quantas vezes por mês normalmente o seu filho (a) come fora de casa? (não contar com as refeições da escola). Se nenhuma, coloque **00**.

Época normal		Período de férias	
Em casa de amigos	_____ vezes	Em casa de amigos	_____ vezes
Com amigos	_____ vezes	Com amigos	_____ vezes
Cafés/Restaurantes tradicionais	_____ vezes	Cafés/Restaurantes tradicionais	_____ vezes
Restaurantes, fast-food (ex:McDonalds®, pizzaHut®, etc)	_____ vezes	Restaurantes, fast-food (ex:McDonalds®, pizzaHut®, etc)	_____ vezes
Outros:	_____ vezes	Outros:	_____ vezes

25. Quando vai às compras para a casa ou para a família, normalmente escolhe alimentos para a criança que no rótulo conste:

	Frequentemente	Às vezes	Nunca
“Baixo teor em açúcar”			
“Adição de ferro” ou “Rico em ferro”			
Adição de outro suplemento ou vitamina Qual? _____			

26. Na maior parte das refeições que a sua criança faz em casa:

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Quase Nunca	Nunca
Come a mesma comida que a restante família					
Come uma comida diferente					

APÊNDICE 3

Ficha de recolha de dados das medições antropométricas

Exmo(a) Senhor(a),

A presente ficha de recolha de dados antropométricos insere-se no projeto “Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo, pelo que se solicita que responda com sinceridade e exatidão às questões colocadas.

Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos, pelo que não é necessário assinar.

Agradece-se desde já a sua colaboração

Ricardo Alves Jorge

Ficha de dados antropométricos

Preencha nos espaços indicados e assinale com um X a resposta

1. Com o intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal, indique os dados das medições antropométricas (Peso e Estatura) que constam no Boletim Individual de Saúde Infantil, avaliados na última consulta no médico de família / pediatra. Indique também a idade (anos e meses) que a criança tinha no momento da respetiva avaliação e o sexo da criança.

Peso: _____ , _____ Kg(Quilogramas)

Estatura: _____, _____ cm (centímetros)

Idade da criança no momento da avaliação: _____ anos e _____ meses

Sexo da Criança: Masculino _____ Feminino _____

APÊNDICE 4
Guião da entrevista



Guião de Tópicos – Entrevista individual a educadoras de infância

Guião de Tópicos

Entrevista individual a educadoras de infância

Destinatários: Educadoras de Infância

Objetivos:

- Conhecer a relevância que as educadoras de infância têm acerca da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP;
- Identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP;
- Identificar estratégias com o intuito de promover adequadamente hábitos alimentares saudáveis das crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP.

Tópico central	Objetivo específicos	Formulário de questões / Aspectos a abordar
<p><u>Legitimação da entrevista</u></p> <p><u>Motivação do entrevistado</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar os objetivos da entrevista; - Apresentar os objetivos do diagnóstico que se pretende realizar; - Evidenciar às entrevistadas a pertinência da sua colaboração na implementação do projeto; - Garantir a confidencialidade; - Assegurar a gravação da entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar os objetivos da entrevista; - Apresentar o tema e os objetivos do trabalho; - Demonstrar a importância da colaboração na entrevista para idealização e implementação do projeto; - Assegurar a confidencialidade das informações recolhidas; - Solicitar autorização para gravar a entrevista; - Agradecer a colaboração.
<p><u>Pertinência e vantagens</u></p> <p>Relevância da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a opinião das educadoras de infância acerca da pertinência de promover hábitos alimentares nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera a promoção de hábitos alimentares saudáveis uma prioridade no pré-escolar? E na sala dos 5 anos? Porquê? - Promove a educação alimentar com as suas crianças? - O que pensa acerca da opinião dos pais no que diz respeito à promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar? - Identifique as vantagens de promoção de hábitos alimentares saudáveis no âmbito da implementação de um projeto de intervenção. - Alguma vez estruturou as intervenções acerca da alimentação no âmbito da implementação de um projeto de intervenção.

<p><u>Temas e estratégias</u></p> <p>Contributos para delineação e implementação de intervenções de promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP;</p>	<p>- Identificar sugestões relativamente aos temas e estratégias a integrar no âmbito da implementação de um projeto de promoção de hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>- As crianças da sua sala costumam abordá-la com dúvidas relacionadas com a alimentação?</p> <p>- Quais as questões mais frequentes?</p> <p>- Os familiares das crianças com quem trabalha, transmitem-lhe dúvidas e dificuldades relativamente à promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças?</p> <p>- Se sim. Quais as dúvidas e dificuldades que lhe referem?</p> <p>- Na sua opinião quais são os temas mais pertinentes abordar acerca da promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar?</p> <p>- Quais as estratégias que considera serem mais eficazes para abordar esses temas?</p> <p>- No desempenho das suas funções identifica temas e questões que necessitam de formação ou esclarecimentos junto dos profissionais do JINSP, relacionadas com a promoção hábitos alimentares saudáveis junto das crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar?</p> <p>- Quais as estratégias que na sua opinião poderiam ser desenvolvidas para dar resposta a essas dúvidas?</p> <p>- Que sugestões gostaria de propor para otimizar a implementação de um projeto de promoção de hábitos de alimentação saudável nas salas dos 5 anos do pré-escolar?</p>
--	--	---

APÊNDICE 5

Questionário de avaliação da implementação do projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio Final - 2º ano / 1º semestre

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Aluno: Ricardo Jorge

O presente questionário tem como objetivo contribuir para a avaliação do projeto de intervenção comunitária “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”. As respostas dadas serão confidenciais.

Muito obrigado pelo tempo despendido

A – Motivação

1 - Relativamente à sua participação no projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”, sentiu-se motivada no projeto?

B – Dinâmica internas (Forças e Fraquezas)

2 - Qual ou quais os pontos fortes que identifica no projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” (aspetos positivos, conteúdos, estruturação, estratégias, métodos, recursos, outros aspetos)?

3 - Identifica fraquezas ou pontos negativos no projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” (aspetos negativos, conteúdos, estruturação, estratégias, métodos, recursos, outros aspetos)? Qual ou quais?

C – Dinâmicas externas (Oportunidades e Ameaças)?

4 - Na sua opinião que aspetos podem ser aproveitados e potenciados como uma mais valia do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”? Qual ou quais?

5 - Que aspetos considera que podem dificultar a realização dos objetivos do projeto, tornando-se uma ameaça para sua continuação?

D - Sugestões

6 - Que sugestões pode apresentar para a melhoria do projeto?

Obrigado pela colaboração.

APÊNDICE 6

Pedido de autorização à coordenadora da UCC

Exma. Sr.^a Coordenadora da Unidade
de Cuidados na Comunidade de Évora
Enfermeira Especialista Susana Saruga

Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério Espanca e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

No âmbito do estágio, designado de estágio I, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio, que são identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde e realizar o diagnóstico de saúde dessa comunidade.

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora no âmbito da Saúde Escolar, o qual será desenvolvido no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP) - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

O projeto incide sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade infantil nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade. Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente aos hábitos alimentares dos alunos, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário - Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007) que será preenchido pelos pais/encarregados de educação.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados no JINSP-IPSS, questionou-se por escrito a Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo esta entidade informado que, não pertencendo este jardim de infância ao ensino público, não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos nestas instituições, cabendo apenas ao jardim de infância a referida autorização (Anexo – Resposta DGE).

Serão também realizadas entrevistas a Educadoras de Infância, tendo sido criado um guião de entrevista para o efeito.

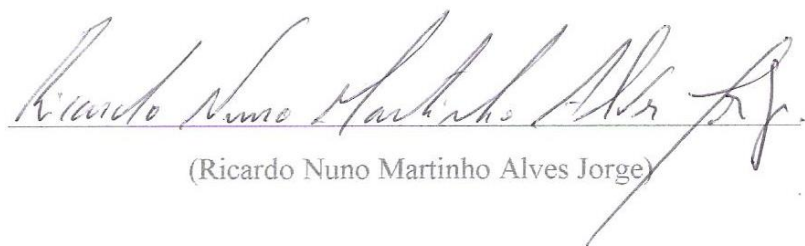
Pretende-se posteriormente num segundo estágio, promover hábitos de alimentação saudável no âmbito da prevenção da obesidade infantil em crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP, através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção em saúde, dando continuidade à metodologia do planeamento em saúde.

Ressalvo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente



(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

Évora, 15 de Maio de 2018

Ricardo Alves Jorge

APÊNDICE 7

Pedido de autorização à diretora executiva do ACES

Exma Sr.^a Diretora Executiva do
Agrupamento de Centros de Saúde do
Alentejo Central
Professora Doutora Laurência Gemito

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério Espanca e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

No âmbito do estágio, designado de estágio I, pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio. Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do referido projeto o qual será desenvolvido no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP) - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

O projeto incide sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade infantil nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar do JINSP. Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente aos hábitos alimentares dos alunos, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário - Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007) que será preenchido pelos pais/encarregados de educação.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados no JINSP-IPSS, questionou-se por escrito a Direção-Geral da Educação (DGE) relativamente aos procedimentos para autorização da aplicação do inquérito em meio escolar, tendo esta entidade informado que, não pertencendo este jardim de infância ao ensino público, não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos nestas instituições, cabendo apenas ao jardim de infância a referida autorização (Anexo – Resposta DGE).

Serão também realizadas entrevistas a Educadoras de Infância, tendo sido criado um guião de entrevista para o efeito.

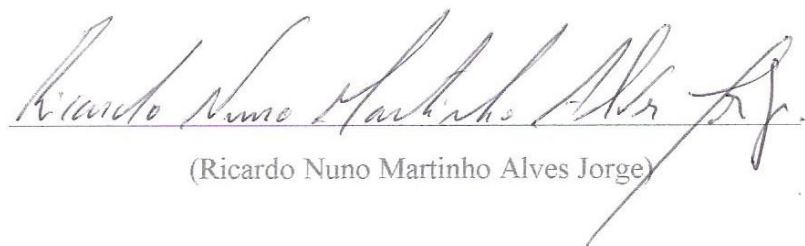
Os participantes do projeto, para além do aluno do curso de mestrado em enfermagem, serão as educadoras de infância, as crianças, os pais/familiares/encarregados de educação e as auxiliares de educação.

Ressalvo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, sendo que todos os dados obtidos serão utilizados e divulgados no âmbito académico.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente



(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

Évora, 15 de Maio de 2018

Ricardo Alves Jorge

APÊNDICE 8

Pedido de autorização à diretora técnica e pedagógica do jardim de infância

Exma Sr.^a Coordenadora Pedagógica
do Jardim Infantil Nossa Senhora da
Piedade
Dr.^a Maria do Anjo Grilo

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério Espanca e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

No âmbito do estágio, designado de estágio I (entre maio e junho de 2018), pretendo desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, no sentido de dar resposta aos objetivos do estágio. Venho por este meio requerer a V. Exma. autorização para a realização do referido projeto no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP), recorrendo à aplicação de instrumentos de recolha de dados, divulgação de resultados obtidos e identificação da instituição, unicamente para fins académicos.

O projeto incide sobre a promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção da obesidade infantil nas crianças das salas dos 5 anos do pré-escolar. Para o desenvolvimento do projeto será seguida a metodologia de projeto seguindo as fases do planeamento em saúde, nomeadamente, diagnóstico de situação, planeamento, implementação e avaliação.

Visando a colheita de dados suscetível de fornecer a informação necessária para a consecução do projeto, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação relativamente aos hábitos alimentares dos alunos, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados o questionário - Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos (Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007) que será preenchido pelos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 4 anos do ano letivo 2017/2018.

Serão também realizadas entrevistas a Educadoras de Infância, tendo sido criado um guião de entrevista para o efeito.

Os participantes do projeto, para além do aluno do curso de mestrado em enfermagem, serão as educadoras de infância, as crianças, os pais/familiares/encarregados de educação e as auxiliares de educação.

Após a autorização solicitada serão realizadas reuniões com as educadoras de infância com o objetivo de as informar sobre os objetivos do projeto, as estratégias que estão planeadas para efetuar a colheita de dados e solicitar a sua colaboração e envolvimento no projeto.

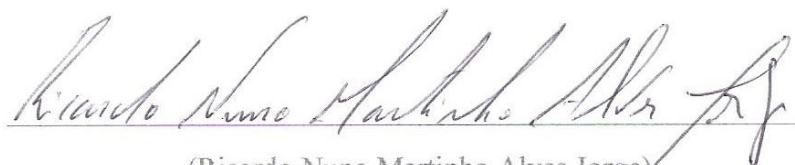
Pretende-se posteriormente num segundo estágio (entre setembro de 2018 e janeiro de 2019), promover hábitos de alimentação saudável no âmbito da prevenção da obesidade infantil nas crianças das salas dos 5 anos, através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção em saúde, dando continuidade à metodologia do planeamento em saúde.

Ressalvo que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e que para o efeito será solicitada autorização individual a cada participante no projeto, através do preenchimento do consentimento informado, sendo que todos os dados obtidos serão utilizados e divulgados no âmbito académico.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style, reading "Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge". The signature is positioned above a horizontal line.

(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

Évora, 15 de Maio de 2018

Ricardo Alves Jorge

APÊNDICE 9

Consentimento informado livre e esclarecido dirigido aos representantes legais



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Representante Legal

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério Espanca e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

A temática do projeto de intervenção incide na Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis e Prevenção da Obesidade Infantil e numa primeira fase de diagnóstico de situação tem como objetivos conhecer a frequência alimentar, os hábitos saudáveis e o estado nutricional das crianças a quem o projeto se destina, sendo assim venho por este meio, solicitar a Vossa crucial colaboração no preenchimento de um questionário e de uma ficha de dados antropométricos, dirigido ao pai/mãe/representante legal/familiar, referente à criança seu/sua representado(a).

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Sublinho que os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos poderá entrar em contacto com o investigador através do n.º de telemóvel – .

Com os melhores Cumprimentos

O investigador: _____
(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

A orientadora: _____
(Ermelinda do Carmo Valente Caldeira)

Eu, _____, declaro que entendi a informação acima descrita e concordo em participar no projeto de intervenção, disponibilizando-me para preencher o questionário e a ficha de dados antropométricos.

Fui informado(a) sobre o sigilo e anonimato da minha participação e confidencialidade das informações que prestar, tendo conhecimento que os dados recolhidos ficarão na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins académicos e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

APÊNDICE 10

Consentimento informado livre e esclarecido dirigido às educadoras de infância



Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Educador (a) de Infância

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério Espanca e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

A temática do projeto de intervenção incide na Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis e Prevenção da Obesidade Infantil e esta primeira fase de diagnóstico de situação tem como objetivo, identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças a quem o projeto se destina, sendo assim venho por este meio, solicitar a sua crucial colaboração respondendo a uma entrevista que será registada por escrito.

Saliento que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins do projeto referido e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Sublinho que os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento.

No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos poderá entrar em contacto com o investigador através do n.º de telemóvel – .

Com os melhores Cumprimentos

O investigador: _____
(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

A orientadora: _____
(Ermelinda do Carmo Valente Caldeira)

Eu, _____, declaro que entendi a informação acima descrita e após ter esclarecido todas as minhas dúvidas, concordo em participar no projeto de intervenção, disponibilizando-me voluntariamente para responder a uma entrevista que será registada por escrito.

Fui informado(a) sobre o sigilo e anonimato da minha participação e confidencialidade das informações que prestar, tendo conhecimento que os dados recolhidos ficarão na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins académicos e os destruirá assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO, DESTINANDO-SE UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE

APÊNDICE 11

Planeamento da apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto à equipa da UCC

Reunião – Apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Objetivo Geral: No final da apresentação a equipa multidisciplinar da UCC reconhece os problemas identificados no diagnóstico de situação e colabora na consensualização das prioridades.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, consensualização das prioridades e contribuição na definição de estratégias do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” junto da equipa multidisciplinar da UCC.	Enfermeiro mestrando Equipa multidisciplinar da UCC	21 de setembro de 2018 – 15h Duração de 45 minutos	Sala da UCC	- Método expositivo Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo - Método ativo	- Que 20% dos elementos da equipa multidisciplinar da UCC participem na apresentação	- Registo de ocorrências	- Nº de elementos da equipa multidisciplinar da UCC presentes /Nº total de elementos da equipa multidisciplinar da UCC X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, elementos da equipa multidisciplinar da UCC

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo

Fases:

1.ª Fase: Apresentação e agradecimento junto da enfermeira responsável pela saúde escolar pela colaboração na implementação do questionário que possibilitou o diagnóstico de situação.

2.ª Fase: Abordagem da temática da obesidade infantil: apresentação sumária do diagnóstico, epidemiologia, incidência e prevalência, fatores de risco e fatores de proteção, consequências, tratamento e estratégias de prevenção.

3.ª Fase: Enquadramento da temática nas crianças em idade pré-escolar, abordando a fase de crescimento e desenvolvimento, comportamentos e hábitos alimentares e o processo de educação alimentar.

4.ª Fase: Explicação do diagnóstico de situação realizado evidenciando a metodologia utilizada no que diz respeito à população alvo, instrumentos de recolha de dados, questões éticas e resultados do diagnóstico evidenciando os problemas identificados.

5.ª Fase: Consensualização de prioridades e definição de estratégias.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio Final - 2º ano / 1º semestre

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Aluno: Ricardo Jorge

Avaliação da apresentação		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente						Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados						Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta						Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados						Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora						Muito esclarecedora
Colaboração no projeto	Pouca disponibilidade						Muita disponibilidade

Sugestões (intervensões, estratégias, recursos, parcerias, divulgação):

APÊNDICE 12

Planeamento da apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto às educadoras de infância

Reunião – Apresentação dos resultados do diagnóstico do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Objetivo Geral: No final da apresentação as educadoras de infância reconhecem os problemas identificados no diagnóstico de situação e colaboram na consensualização das prioridades.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, consensualização das prioridades e contributos na definição de estratégias do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” junto das educadoras de infância.	Enfermeiro mestrando Educadoras de infância	27 de setembro de 2018 – 10h Duração de 45 minutos	Sala de reuniões do JI	- Método expositivo Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo - Método ativo	- Que 100% das educadoras de infância participem na apresentação	- Registo de ocorrências	- Nº de educadoras de infância presentes /Nº total de educadoras de infância X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadoras de infância

Recursos Materiais - Computador portátil

Fases:

- 1.ª Fase: Agradecimento junto das educadoras de infância pela colaboração na implementação do questionário que possibilitou o diagnóstico de situação.
- 2.ª Fase: Abordagem da temática da obesidade infantil: apresentação sumária do diagnóstico, epidemiologia, incidência e prevalência, fatores de risco e fatores de proteção, consequências, tratamento e estratégias de prevenção.
- 3.ª Fase: Enquadramento da temática nas crianças em idade pré-escolar, abordando a fase de crescimento e desenvolvimento, comportamentos e hábitos alimentares e o processo de educação alimentar.
- 4.ª Fase: Explicitação do diagnóstico de situação realizado evidenciando a metodologia utilizada no que diz respeito à população alvo, instrumentos de recolha de dados, questões éticas e resultados do diagnóstico evidenciando os problemas identificados.
- 5.ª Fase: Consensualização de prioridades e contributos na definição de estratégias.

APÊNDICE 13

Pedido de colaboração ao Instituto de Emprego e Formação Profissional

Exma Sr.^a Diretora do Instituto de
Emprego e Formação Profissional de
Évora de da Delegação Regional do
Alentejo
Dr.^a Paula Caeiro

Assunto: Pedido de colaboração no projeto de Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada - “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

No âmbito do estágio final, estou a desenvolver um projeto de intervenção na comunidade no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP) - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). O projeto incide na promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar das salas dos 5 anos e a população a quem se destina o projeto são as crianças com 5/6 anos de idade e os respetivos pais/encarregados de educação.

Após a realização do diagnóstico de situação que justificou a necessidade de implementação do projeto identificou-se entre outras prioridades a necessidade de intervenção junto das famílias considerando-as como os principais intervenientes e parceiros na adoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças, abordando as temáticas da: pertinência da promoção de hábitos alimentares saudáveis e vantagens de uma alimentação equilibrada; riscos para a saúde da ingestão excessiva de alimentos com gordura e sal; riscos para a saúde da ingestão excessiva de produtos açucarados; escolha mais saudável e apelativa na confeção e preparação de alimentos para crianças.

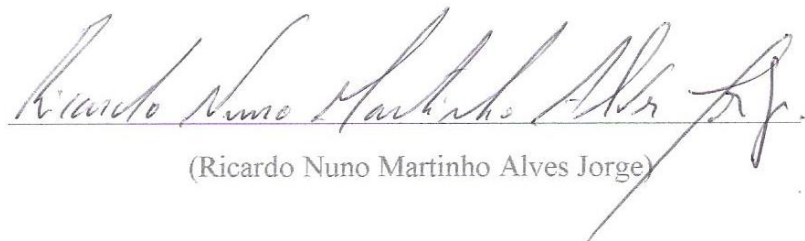
Com o objetivo de desenvolver uma intervenção direcionada aos pais / encarregados de educação no âmbito de uma escolha mais saudável e apelativa na confeção e preparação de alimentos para crianças, venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a intervenção e colaboração do Exmo. Sr. Chef Vitor Costa na realização de uma sessão prática de demonstração e confeção de alimentos a decorrer nas instalações do Instituto de Emprego e Formação Profissional, assim como a utilização dos recursos materiais necessários para o efeito. A aquisição e pagamento dos géneros alimentares necessários para a sessão serão da responsabilidade do elemento responsável pela organização e implementação do projeto (Ricardo Alves Jorge). A sessão terá a colaboração da Dr.ª Joana Agostinho, Nutricionista da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central.

Caso seja possível a realização da sessão, sugeria uma das datas de 10, 11, 17 ou 18 de janeiro de 2019 entre as 17h30 e 19h00, no entanto caso se verifique necessidade poderá ser ajustada outra data.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração, ficando desde já ao dispor para qualquer esclarecimento.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente



(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

Évora, 29 de novembro de 2018

Ricardo Alves Jorge

APÊNDICE 14

Planeamento da apresentação do projeto no Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional

Atividade – Apresentação do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Objetivo Geral: No final da apresentação, o Chef de cozinha e os alunos do Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional ficam sensibilizados para promoção de hábitos alimentares saudáveis junto das crianças em idade pré-escolar e participação no projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Apresentação do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada” junto Chef de cozinha e dos alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional.	Enfermeiro mestrando Chef de cozinha Alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação Nutricionista	07 de janeiro de 2019 – 14h30m Duração de 45 minutos	Sala do Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional	- Método expositivo; Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo	- Que 50% dos alunos do curso de cozinha/pastelaria do centro de formação participem na apresentação	- Registo de ocorrências	- Nº de alunos do curso de cozinha/pastelaria do centro de formação presentes /Nº total de alunos do curso de cozinha/pastelaria do centro de formação X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Chef de cozinha, Alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação, Nutricionista

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo

Fases:

- 1.ª Fase: Apresentação dos participantes e agradecimento pela presença.
- 2.ª Fase: Abordagem da temática da obesidade infantil: apresentação sumária do diagnóstico, epidemiologia, incidência e prevalência, fatores de risco e fatores de proteção, consequências, tratamento e estratégias de prevenção.
- 3.ª Fase: Enquadramento da temática nas crianças em idade pré-escolar, abordando a fase de crescimento e desenvolvimento, comportamentos e hábitos alimentares e o processo de educação alimentar.
- 4.ª Fase: Apresentação do projeto “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”. Explicitação do diagnóstico de situação realizado evidenciando a metodologia utilizada no que diz respeito à população alvo, instrumentos de recolha de dados, questões éticas e resultados do diagnóstico evidenciando os problemas identificados.
- 5.ª Fase: Convite à participação na implementação da sessão dirigida aos pais/encarregados de educação “Ser um Chef para o meu filho(a)”

APÊNDICE 15

Alimentos a apresentar na Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”



APÊNDICE 16

Atividade 1- Sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”

Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”

Objetivo Geral: No final da sessão os pais/encarregados de educação as crianças das salas dos 5 anos conseguem perceber a pertinência da promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos, sobre a importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância Auxiliar de educação	4 de outubro de 2018 – 17h00m 9 de outubro de 2018 – 18h30m Duração de 45 minutos	Sala do JI	- Método expositivo Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo	- Que 20 % dos pais/encarregados de educação participem na sessão;	- Registo de ocorrências - Resultados da ficha de avaliação da sessão	- Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância, Auxiliar de educação

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo, folha de registo para avaliação

Fases:

1.ª Fase: Apresentação do enfermeiro em contexto de grande grupo, procedendo ao agradecimento junto dos pais/encarregados de educação pelo preenchimento do questionário que possibilitou o diagnóstico de situação.

2.ª Fase: Abordagem da temática da obesidade infantil: apresentação sumária do diagnóstico, epidemiologia, incidência e prevalência, fatores de risco e fatores de proteção, consequências, tratamento e estratégias de prevenção.

3.ª Fase: Enquadramento da temática nas crianças em idade pré-escolar, abordando a fase de crescimento e desenvolvimento, comportamentos e hábitos alimentares e o processo de educação alimentar.

4.ª Fase: Explicitação do diagnóstico de situação realizado evidenciando a metodologia utilizada no que diz respeito à população alvo, instrumentos de recolha de dados, questões éticas e resultados do diagnóstico evidenciando os problemas identificados. Comunicação de intervenções a desenvolver junto das crianças e pais/encarregados de educação.

Final: Agradecimento pela participação e pedido de colaboração na abordagem da temática junto das crianças em casa. Convite à participação em futuras intervenções dirigidas para os pais/encarregados de educação. Preenchimento do instrumento de avaliação da sessão.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

UNIDADES CURRICULAR
ESTÁGIO FINAL

Promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar no âmbito da prevenção da Obesidade Infantil – Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade


“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Autores: Ricardo Jorge nº 37222 | Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD) | Enfermeira Especialista Maria Rosa Sávero

Obesidade

- “uma doença crónica, complexa e epigenética, que pode ser definida como o aumento do armazenamento de tecido adiposo no organismo, que se associa a inúmeros riscos para a saúde, em detrimento de inúmeras complicações metabólicas correlacionadas a tal morbilidade”.

Rossum, Nakaoka, Rodrigues & Assunção (2015, p.54)



Diagnóstico

- História clínica e nutricional do indivíduo, exame físico e avaliação de medidas antropométricas;
- Índice de Massa Corporal (IMC) - (Kg/m²);

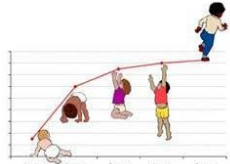
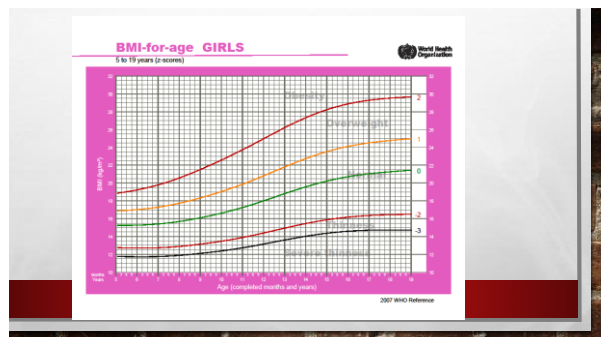
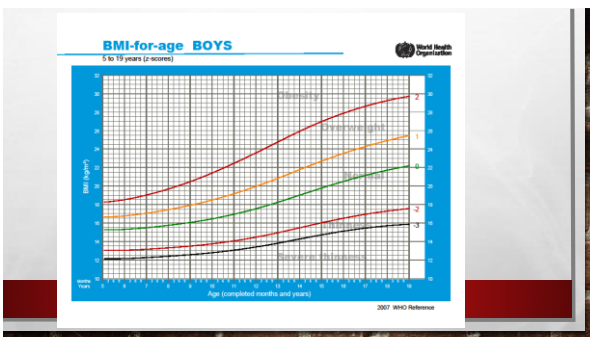
Fórmula do IMC = $\frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$



Formas de avaliação complementar - espessura das dobras cutâneas (utilizadas para estimar a adiposidade) e o perímetro abdominal (permite avaliar a distribuição da gordura).

Diagnóstico de excesso de peso e obesidade em idade pediátrica

- Inúmeras alterações ocorridas no corpo humano,
- Crescimento e desenvolvimento constante,
- Difícil o consenso no diagnóstico de excesso de peso e obesidade na idade pediátrica.

No que diz respeito à faixa etária sobre a qual incide este trabalho, para crianças com menos de 5 anos, considera-se como:

- Excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) - IMC igual ou superior a 2 Desvios Padrão (DP) acima da mediana de referência infantil da OMS, equivalente ao Percentil (Pc) 97.
- Pré - obesidade - IMC igual ou superior a 2 DP (equivalente ao Pc 97) e inferior a 3 DP (equivalente ao Pc 99).
- Obesidade - IMC igual ou superior a 3DP (equivalente ao Pc 99).

No que diz respeito à faixa etária sobre a qual incide este trabalho, para crianças com idade compreendida entre os 5 anos e os 19 anos, considera-se como:

- Excesso de peso (Pré-obesidade + Obesidade) - IMC igual ou superior a 1 DP (equivalente ao Pc 85) acima da mediana de referência infantil da OMS.
- Pré - obesidade - IMC igual ou superior a 1 DP (equivalente ao Pc 85) inferior a 2 DP (equivalente ao Pc 97).
- Obesidade - IMC igual ou superior a 2DP (equivalente ao Pc 97).

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL

Processo de transição

Três estádios ou etapas no processo de modernização pelos quais passaram as sociedades (marcaram os progressos científicos, sanitários, económicos e o estado de saúde das populações):

- 1.ª etapa - caracterizada pelas pestes e fome,
- 2.ª etapa - diminuição e desaparecimento das pandemias.
- 3.ª etapa - aumento da prevalência das doenças degenerativas da responsabilidade do homem.

Moreira & Henriques (2014)

Fatores de risco das doenças crónicas não transmissíveis encontram-se identificados:

- a alimentação desequilibrada em calorias e em composição,
- o sedentarismo,
- o tabagismo,
- o abuso de bebidas alcoólicas.

Enquadram-se entre os principais potenciadores de doenças prevenidas através da adoção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde e de ambientes saudáveis.

George & Gomes (2011)

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL

Incidência e prevalência

- A prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes, a nível mundial, tem vindo a aumentar. A OMS (2016) refere que no ano de 2014, cerca de 41 milhões de crianças com menos de 5 anos ou tinham excesso de peso ou eram obesas.
- A prevalência mundial de excesso de peso e obesidade entra as crianças da idade pré-escolar aumentou de 4,2 % relativamente ao ano de 1990 para 6,7 % em 2010, expectando-se verificar um aumento para 9,2 % em 2020... (Ribeiro, 2015).

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL

Incidência e prevalência

- No âmbito global, o número de crianças obesas em idade escolar aumentou de 5 para 50 milhões (género feminino) e de 6 para 74 milhões (género masculino) entre 1975 e 2016, sendo que as regiões mais afetadas foram a Ásia Oriental, o médio Oriente, o Norte de África e o Sul Asiático (Rito, Sousa, Mendes & Graça, 2017).
- Portugal, um dos 5 países da Região Europeia com maior prevalência de obesidade infantil, com dados aproximados a países como a Grécia, Itália e Espanha, Em Portugal mais de 30% das crianças entre os 6 e os 8 anos de idade apresentam excesso de peso e cerca de 14% de obesidade (Rito et al., 2017).

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL

Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) / OMS

- Sistema europeu de vigilância nutricional infantil efetuado em 21 países;
- Rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de indicadores sobre o estado nutricional infantil de crianças;
- Entre os 6 e os 8 anos de idade;
- Aplicado a cada 2-3 anos;
- COSI Portugal (INSA/DGS/ARS);
- Dados 2008, 2010, 2013, 2016.



Prevalência de excesso de peso infantil (pré-obesidade + obesidade)

- Portugal - mantém-se desde a implementação do COSI no grupo de países com maior prevalência de obesidade infantil;
- Mantendo-se em 2013 a par da Grécia, Itália, Espanha e Malta (Rito et al, 2017).

* Dados de 2012/13 com excepção de Suíça (2007/08) e Hungria (2010/11).
Dados referentes aos grupos etários: 6 anos (MCN), 7 anos (BAC), 9 anos (SAC, HAV), 10-12 anos (MAG, MAF, MAF, MAF, MAF, MAF, MAF) e anos (LAV, SAC, MAF, MAF, MAF, MAF, MAF).

Prevalência de Excesso de Peso (%) - COSI WHO Europe 2013. Fonte: Ministério da Saúde
http://repositorio.insa.pt/bitstream/10490/184857/9/COSI%2013%2016_V2_2016-2018.pdf

COSI Portugal (2008 a 2016) - prevalência de baixo peso, pré-obesidade e obesidade :

- Ligeira inversão na prevalência de excesso de peso (incluindo a obesidade, verificando-se nesta última avaliação o valor de 30,7%.
- Na prevalência de obesidade, constata-se também uma redução passando de 15,3% em 2008 para 11,7% em 2016 (Rito et al, 2017).

Ano	Baixo peso (%)	Excesso de peso (%)	Obesidade (%)
2008	3,0	37,9	15,3
2010	0,7	35,6	14,6
2013	2,7	31,6	13,9
2016	0,9	30,7	11,7

Gráfico: Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) nos diferentes faixas COSI Portugal - COSI WHO Europe 2016. Fonte: Ministério da Saúde.
http://repositorio.insa.pt/bitstream/10490/184857/9/COSI%2013%2016_V2_2016-2018.pdf

- No Alentejo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) em 2016 foi de 27,1%, verificando-se uma diminuição do valor referente a 2013 que era 35,9%.
- Relativamente à obesidade, no Alentejo o valor apresentado em 2016 é de 12,2%, verificando-se uma ligeira diminuição comparativamente aos 14,4% de 2013 (Rito & Graça, 2015) (Rito et al, 2017).
- Verifica-se que cinco regiões apresentam valores aproximados/acima de 30% de excesso de peso infantil, o que demonstra que a obesidade infantil em Portugal é uma prioridade em termos de intervenção em saúde. Das sete regiões, também cinco apresentam valores acima dos 12% relativamente à obesidade.

Região	Baixo Peso		Excesso de Peso		Obesidade	
	%	%	%	%	%	%
Norte	0,8	33,9	13,2			
Centro	0,9	30,0	12,1			
LVT	0,9	29,3	9,7			
Alentejo	1,2	27,1	12,2			
Algarve	1,3	21,1	8,6			
Açores	1,3	31,0	17,0			
Madeira	1,3	31,6	12,6			
Total	0,9	30,7	11,7			

* Critérios de avaliação de estado nutricional - OMS

Fonte: Estado Nutricional Infantil (COSI Portugal 2016) por região. Fonte: Ministério da Saúde.
http://repositorio.insa.pt/bitstream/10490/184857/9/COSI%2013%2016_V2_2016-2018.pdf

ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL

Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF)

- Realizado entre 2014 / 2016;
- População residente em Portugal com idades entre os 3 meses e os 84 anos;
- Promovido Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Monitorizar consumos e comportamentos alimentares e de atividade física;
- Portugal integra o projeto europeu Inquérito Pan-Europeu (EU-Menu), promovido pela European Food Safety Authority (EFSA).

Obesidade e pré-obesidade

- Crianças com idade inferior a 10 anos uma taxa de prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 25%. O valor ascende para 32,3% em crianças entre os 10 e os 17 anos.

Grupo	Obesidade (%)	Pré-obesidade (%)	Total (%)
Total	22,3%	34,0%	57,1%
Feminino	24,3%	30,7%	55%
Masculino	20,1%	38,0%	58,7%
Crianças (<10 anos)	17,3%	25%	42,3%
Adolescentes (10-17 anos)	23,8%	32,3%	56,1%
Adultos (18-64 anos)	31,6%	38,8%	70,4%
Idosos (65-84 anos)	39,5%	41,8%	81,3%

Figura: Resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, 2017 (IAN-AF). Fonte: <http://www.dn.pt/portugal/interior/ha-5-de-idosos-em-portugal-que-choce-mais-de-30-de-adultos-que-2017-272718.html>

ETIOLOGIA – FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

- Excesso de peso e a obesidade infantil ocorrem devido ao desequilíbrio energético entre calorias consumidas e calorias gastas;
- Desequilíbrio com origem multifatorial – determinantes hereditários, genéticos, ambientais, metabólicos, culturais e socioeconómicos, que interagem entre si e se potenciam;
- 5 % situações de excesso de peso e obesidade – causas endógenas (genéticas – desordens monogénicas ou síndromes) e endócrinas (hipotireoidismo, deficiência da hormona de crescimento);
- 95 % situações de excesso de peso e obesidade – causas exógenas

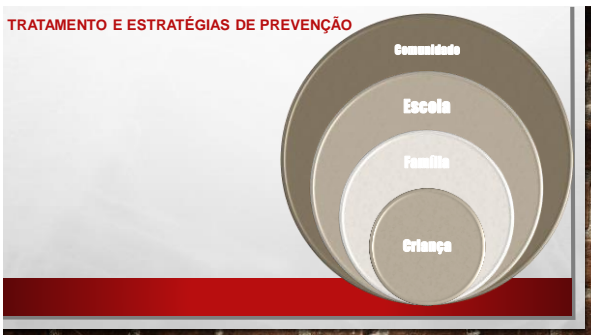
Sousa, Loureiro & Carmo (2008)

ETIOLOGIA – FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

- Hábitos Alimentares
- Puberdade
- Ambiente Familiar
- Sedentarismo e Exercício
- Fatores Econômicos Sócio
- Escola




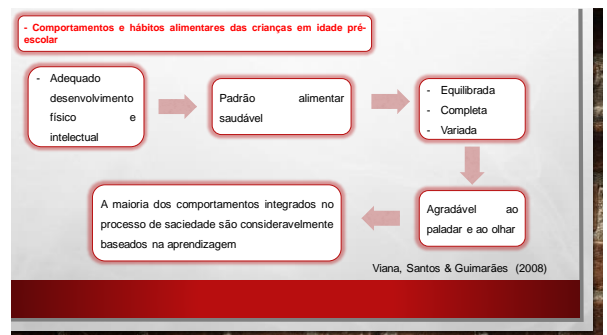
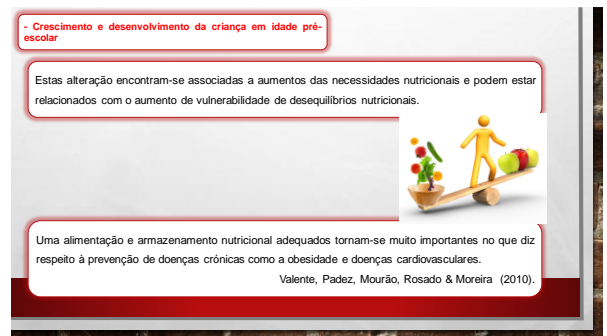
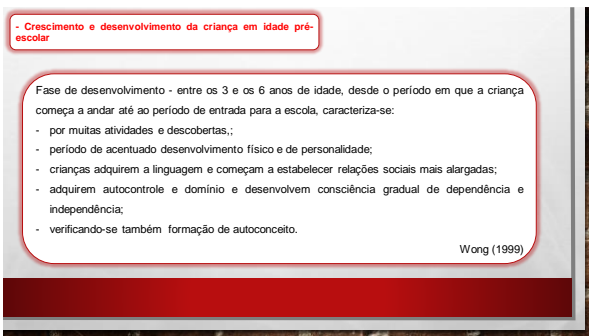
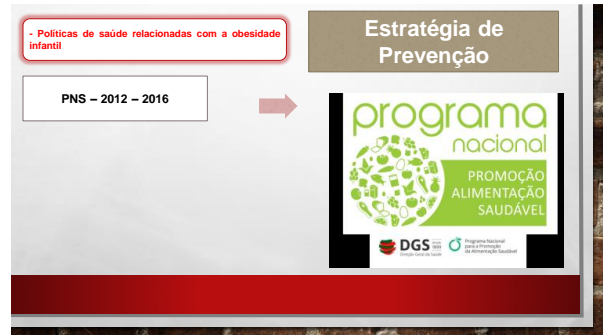
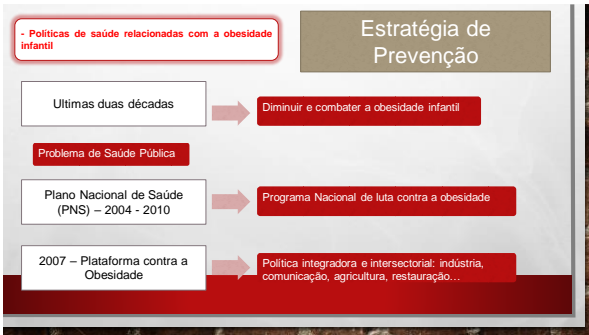

TRATAMENTO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

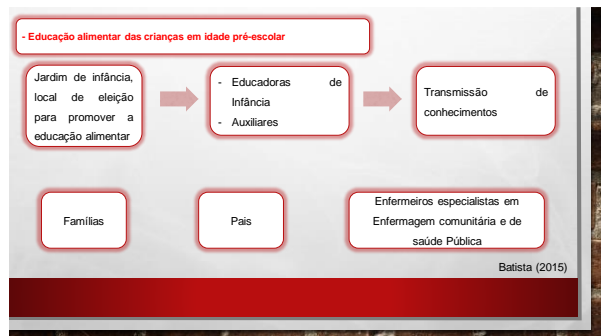
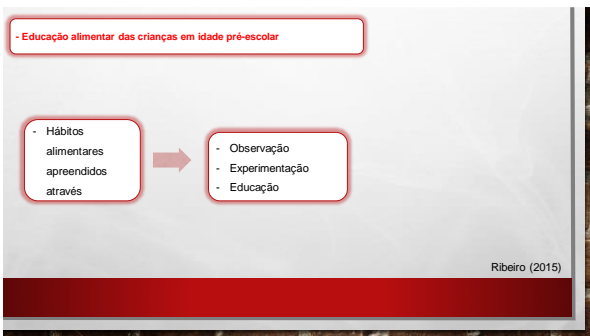
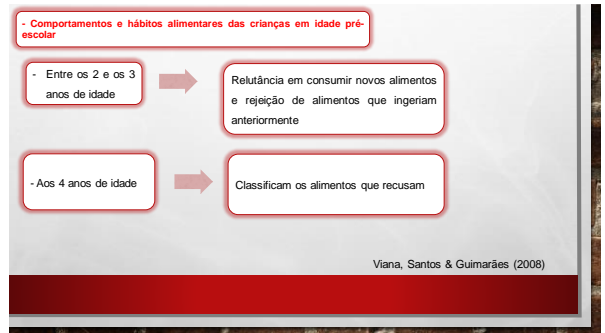
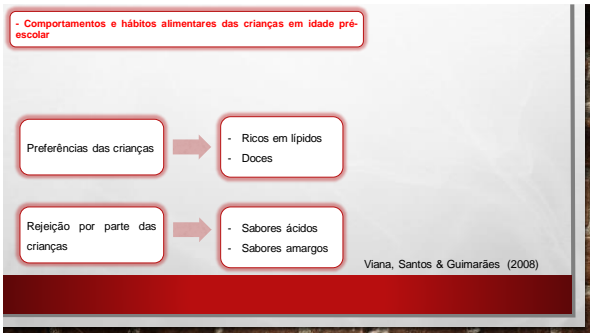



ESTRATÉGIAS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

- Políticas de saúde relacionadas com a obesidade infantil







- Educação alimentar das crianças em idade pré-escolar

- Verifica-se um aumento da prevalência de excesso de peso nas crianças com idade pré-escolar, constatando-se o início da obesidade infantil desde os 3 anos de idade;

- Necessidade de identificar os fatores de risco associados à obesidade com o intuito de otimizar as estratégias preventivas, sendo que a idade pré-escolar é tida como o período ideal para atuar preventivamente.

Gomes, Espanca, Gato & Miranda (2010)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar no âmbito da prevenção da Obesidade Infantil – Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Nota: Ricardo Jorge nº 37222

Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD)
Enfermeira Especialista Maria Rosa Silveira

- Metodologia do Planeamento em Saúde

Temática – Prevenção da obesidade através da promoção e adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Abordagem

- Plano Nacional de Saúde (PNS)
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)
- Referencial de Educação para Saúde

- Contextualização e caracterização do local de estágio



- Metodologia – População alvo

- Amostra por conveniência
- 46 crianças (salas dos 4 anos) e os representantes legais / familiares
- 2 educadoras de infância



- Metodologia – Instrumentos de recolha de dados

- Inquérito por questionário – aplicado de forma indireta a um familiar;
- Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos, Rito, A., Plataforma contra a Obesidade, DGS, 2007);
- Hábitos saudáveis, frequência alimentar;
- Análise estatística - software IBM SPSS Statistics Versão 2.4.
- Ficha de recolha de dados das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil, com a indicação da data em anos e meses que a criança tinha quando foi avaliada, assim como o sexo,
- Intuito de caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças,
- O percentil do IMC foi avaliado de acordo com o critério da OMS.

- Metodologia – Instrumentos de recolha de dados



- Entrevistas semiestruturadas dirigidas às Educadoras de Infância - construído um guião;
- Análise de conteúdo;
- Estratégia de categorização de cariz indutivo, sendo que após a identificação das unidades de registo, estas foram dispostas em subcategorias e de seguida em categorias.

- Metodologia – Questões éticas

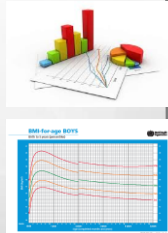


- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Entregues 46 questionários e fichas de avaliação antropométrica;
- Devolvidos 33 exemplares – 71,7 % adesão;
- 17 género masculino, 16 género feminino.

- Estado nutricional

- 33 exemplares – 31 dados para avaliação nutricional;
- Curvas de percentil OMS;
- 0 – 5 anos;
- 5 – 19 anos.



- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Estado nutricional

- 23 crianças (69,7%) - normo – ponderal,
- 6 crianças (18,2 %) - risco de excesso de peso
- 1 criança apresentava baixo peso



Gráfico: Estado nutricional das crianças tendo em conta as curvas de referência da OMS

Elaboração própria

- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Estado nutricional por género



Gráfico: Estado nutricional por género de crianças tendo em conta as curvas de referência da OMS - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Dados crianças – tempo gestação

- Nasceram todas após as 36 semanas,
- 5 (27,3%) - entre as 36 e 38 semanas,
- 10 (30,3%) - às 39 semanas,
- 10 (30,3%) - às 40 semanas,
- 2 - entre as 41 e 42 semanas.

- Dados crianças – peso à nascença

- 20 crianças (60,6%) - peso à nascença entre os 3000gr e os 3500gr.

- Relação entre o peso à nascença e o estado nutricional da última avaliação

- 14 crianças (3000gr e os 3500gr) - estado nutricional normo-ponderal;
- 3 das crianças - risco de excesso de peso;
- 4 crianças (3500gr e os 4000gr) - estado nutricional normo-ponderal;
- 2 crianças apresentam risco de excesso de peso.

- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Dados crianças – amamentação

- Correlação - entre o período da amamentação e o estado nutricional;
- 3 crianças amamentadas - não foram possíveis de caracterizar;
- 7 crianças (24,3%) amamentadas por um período superior a 7 meses - estado nutricional normo – ponderal;
- Entre as 22 crianças (75,8%) amamentadas até aos 6 meses - 6 crianças com risco de excesso de peso.

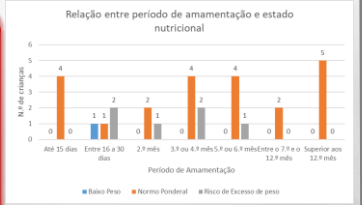


Gráfico: Relação estabelecida entre o período de amamentação e o estado nutricional de crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico – Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Dados crianças – introdução de alimentos para além de leite materno

- Antes dos 4 meses de vida – 17 crianças (51,5%)
- Entre os 4 e os 5 meses - 9 crianças (29,3%)

- 7 crianças (21,2%) - alimentadas exclusivamente com leite materno até aos 6 meses ou mais.

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Ingestão alimentos durante o período de sono,
- 12 crianças (36,4%) - maioritariamente leite ou iogurte,
- 21 crianças (63,6%) que não ingerem alimentos neste período.

Gráfico: Período de hora de sono - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Grau de satisfação dos pais

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Horário entrada no JINSP
- 12 crianças (36,4%) - entre as 7h30 e as 9h,
- 21 crianças (63,6%) - entre as 9h e as 10h,
- Pelo menos 63,6 % das crianças - deveria ter tomado o pequeno almoço

Tempo que passam no JI

- 13 crianças (39, %) - entre 6 a 7 horas,
- 19 (57,6%) - mais do que 7 horas e menos do que 8 horas,
- 1 criança - mais do que 8 horas,
- Todas as crianças realizam o almoço e o lanche na instituição.

Gráfico: Grau de satisfação de que pais relatam acerca à instituição JINSP - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Tempo a ver TV/dia
- 23 crianças (69,7%) - menos ou o equivalente 1h/dia,
- 6 crianças (18,2%) - mais do que 1h ou menos de 2 h/dia,
- 2 crianças (6,1%) - mais do que 3 h ou menos de 4 h/dia,
- 2 crianças (6,1%) - mais do que 4 h e menos de 6 h/dia.

Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Tempo a ver TV/FDS
- 1 criança não vê televisão,
- 17 crianças (51,5%) - até 3 h ou o equivalente ao fds,
- 11 crianças (33,4%) - entre mais do que 3 h e menos de 6 h ao fds
- 4 crianças (12 %) - mais do que 7 h fds,
- 1 criança - entre 12 h e 14 h ao fds
- 1 criança - entre 18 h e 20 h ao fds.

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Prática de exercício físico fora do JI
- 24 crianças (72,7%) - pratica exercício físico
- 10 crianças (27,3%) - não pratica.

Gráfico: Desportos praticados pelas crianças para além das atividades desenvolvidas no JINSP - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Prática de exercício físico fora do JI e estado nutricional
- 24 crianças que praticam exercício físico.
- 21 apresentam dados para avaliar estado nutricional:
- 1 - baixo peso,
- 16 - normal - ponderal,
- 4 - risco de excesso de peso.
- Entre as 9 crianças que não praticam exercício físico:
- 7 - normal - ponderal,
- 2 - risco de excesso de peso.

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Hábitos saudáveis e hábitos alimentares

- Dificuldades sentidas pelos pais relacionadas com a ingestão de alimentos
- 3 adultos (9,1 %) - muita dificuldade,
- 15 adultos (45,4%) - alguma dificuldade,
- 7 adultos (21,2%) - sentiram dificuldade ocasionalmente,
- 8 adultos (24,3%) - não sentiram nenhuma dificuldade.

Gráfico: Dificuldades referidas pelos adultos relacionadas com a ingestão de alimentos pelas crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

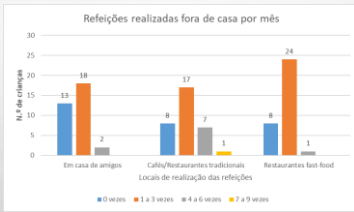


Gráfico: Número de refeições realizadas fora de casa por mês - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

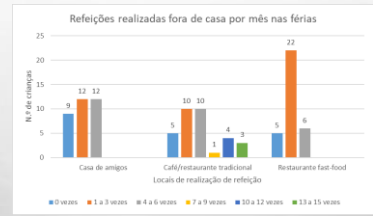


Gráfico: Número de refeições realizadas fora de casa por mês durante as férias - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

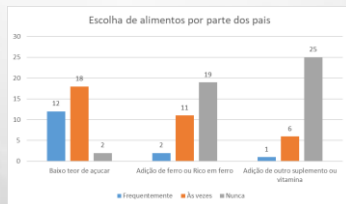


Gráfico: Previsão dos pais na escolha dos alimentos - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Leite, laticínios e produtos lácteos**
- Leite 1/2 - maior frequência - 14 crianças (42,4%) 4 a 7 vezes/sem;
- 10 crianças (30,3%) - mais do que 1 vez/dia;
- 31 crianças (93,9%) - nunca ou raramente consome leite gordo;
- 30 crianças (90,9%) - nunca ou raramente o consome leite magro.
- Maioria das crianças consome iogurte;
- 12 crianças (36,3%) - iogurtes 1 a 3 vezes/sem;
- 14 crianças (42,4%) - 4 a 7 vezes/sem;
- Iogurtes são mais preferidos que os iogurtes infantis.



Gráfico: Ingestão de leite, laticínios e produtos lácteos por parte das crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Carne e produtos similares/ovos**
- 29 crianças - carne de vaca, porco ou cabrito todas as semanas;
- 23 crianças (69,7%) - consome estes alimentos 1 a 3 vezes /sem e 6 crianças (18,2%) 4 a 7 vezes / sem.
- Ingestão de "carnes vermelhas" semelhante ao consumo de "carnes brancas".



Gráfico: Ingestão de carne e produtos similares/ovos por parte das crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

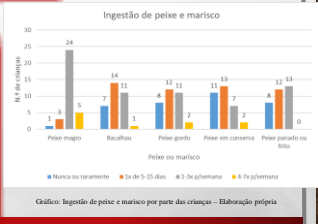
- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Carne e produtos similares/ovos**
- Carne de frango (panados industriais) - 14 crianças (42,4%) 1 a 3 vezes / sem;
- Croquetes, pastéis e risóis - 12 crianças (36,4%) 1 a 3 vezes/sem;
- Hambúrgueres - 12 crianças (36,4%) 1 a 3 vezes/sem;
- Salsichas - 10 crianças (30%) 1 a 3 vezes/sem;
- Carne, produtos similares e ovos - maior parte das vezes igual à porção média aconselhada;
- Grupo de alimentos - mais vezes do que o aconselhado para cada criança.



Gráfico: Ingestão de carne e produtos similares/ovos por parte das crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Peixe e marisco**
- Peixe magro (pescada, faneca, dourada, etc) - 24 crianças (72,7%) 1 a 3 vezes por/sem;
- Peixe magro é preferido relativamente à ingestão de peixe gordo (sardinha, cavala, carapau, salmão, etc) e de bacalhau;
- Peixe panado ou frito - 13 crianças (39,4%) 1 a 3 vezes / sem;
- Maioria das crianças - menos ou o equivalente à porção média definida;
- Recorrência - alimentos panados ou fritos.

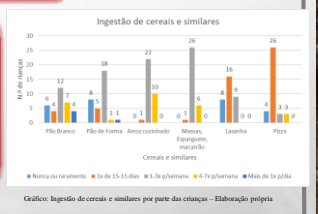


- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Óleos e gorduras**
- **Mais ingeridos** - o azeite e a manteiga;
- **Azeite** - 12 crianças (36,4%) 1 a 3 vezes/sem e 13 crianças (39,4%) 4 a 7 vezes por semana;
- **Manteiga** - 15 crianças (45,5%) 1 a 3 vezes / sem e 12 crianças (36,4%) 4 a 7 vezes / sem;
- **Óleo e manteiga** - quantidade inferior ou equivalente à porção média estabelecida;
- **A quase totalidade** - não ingere óleos e a grande maioria não opta pela margarina;
- **Verificou-se anteriormente** - ingestão de carne e peixe fritos.

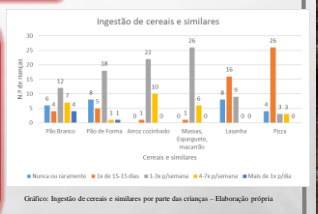
- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Cereais e similares**
- **Pão branco**:
- 12 crianças (36,4%) - 1 a 3 vezes / sem,
- 7 crianças (21,6%) - 4 a 7 vezes / sem,
- 4 crianças (12,6%) - mais do uma vez por dia,
- **Pão de forma** - 18 crianças (54,5%) 1 a 3 vezes/sem.



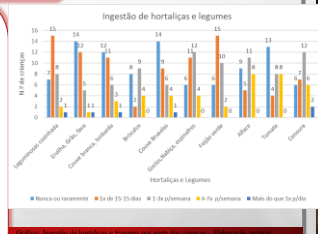
- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Cereais e similares**
- 60% a 80% das crianças - arroz e massas 1 a 3 vezes / sem,
- 30% das crianças - arroz cozinhado 4 a 7 vezes / sem,
- Lasanha e pizza - ingeridas de 15/15 dias,
- 16 crianças (48,5%) - Batatas fritas - opção batatas fritas de pacote relativamente às batatas fritas caseiras.



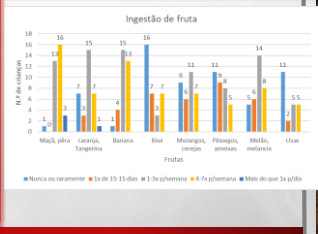
- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Frequência alimentar, porções alimentares**
- **Legumes e hortícola**
- 1/5 crianças (entre os 40% e os 60%) - nunca ou raramente ingere ervilha, grão, fava, couve lombarda, couve de bruxelas e tomate;
- 36% a 45% das crianças - ingere de 15 em 15 dias leguminosas cozinhada, ervilha, grão, fava, couve branca, couve lombarda, grãos, nabikas e espinafres;
- Alface, tomate e cenoura - alimentos ingeridos 4 a 7 vezes /sem, mas apenas entre 18,2% a 24% das crianças;
- Os alimentos ingeridos com maior frequência são utilizados em menor quantidade do que a porção média indicada.



- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- **Fruitas**
- 66,7% das crianças - nunca ou raramente ingere figos e nêsperas e boões de fruta;
- 33,3% a 60,5% das crianças - ingere 1 a 3 vezes p/sem maçã, pera, laranja e tangerina, em quantidade igual à porção aconselhada;
- 33,3% a 60,5% das crianças - ingere 1 a 3 vezes p/sem morango, melancia e melão de forma sazonal e em porções mais reduzidas do que a porção média aconselhada;
- 39,5% a 48,5% das crianças - ingere maçã, pera e banana 4 a 7 vezes p/sem em quantidade igual à porção média recomendada;
- restantes frutas - indiferentemente da frequência, a quantidade é sempre inferior à aconselhada.



- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Frequência alimentar, porções alimentares
- Bebidas

- 78,9% das crianças - ingere esta bebida Ioe Tea® ou outras bebidas de extratos vegetais;
- 4 crianças (42,4%) - 1 vez de 15/15 dias,;
- 11 crianças (33,3%) - ingere 1 a 3 vezes p/sem;
- 12 crianças (36,3%) - ingere sumos de fruta concentrados.

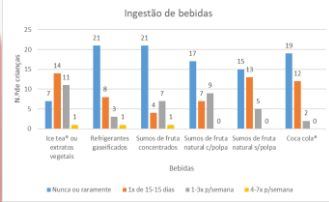


Gráfico: Ingestão de bebidas por parte das crianças - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Frequência alimentar, porções alimentares
- Doces e pastelaria

- 29 crianças (87,9%) - ingere bolacha tipo maria® ou torrada,
- 14 crianças (42,4%) - 1 a 3 vezes p/ sem;
- 9 crianças (27,3%) - 4 a 7 vezes p/ sem;
- 6 crianças (18,2%) - mais do que uma vez p/dia;
- outras bolachas e biscoitos - 21 crianças (63,6%) ingere 1 a 3 vezes p/ semana e 7 crianças (21,2%) 4 a 7 vezes p/ sem;

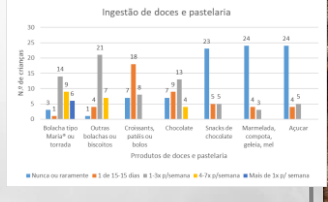


Gráfico: Ingestão de doces e pastelaria - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Questionário, ficha de avaliação antropométrica

- Frequência alimentar, porções alimentares
- Doces e pastelaria

- Croissants, pastéis e bolos - ingeridos por 18 crianças (54,5%) 1 vez de 15/15 dias, 8 crianças (24,2%) como estes alimentos 1 a 3 vezes por semana;
- Chocolate - apenas 7 crianças (21,2%) não ingere
- 9 crianças (27,3%) 1 vez de 15/15 dias,
- 13 crianças (39,4%) 1 a 3 vezes p/sem;
- 4 crianças (12,1%) 4 a 7 vezes por semana.

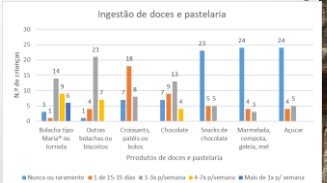


Gráfico: Ingestão de doces e pastelaria - Elaboração própria

- Resultados diagnóstico - Entrevistas

- Áreas de análise

- Perceção, pertinência e vantagens da promoção de hábitos alimentares a crianças em idade pré-escolar;
- Identificação de temas e estratégias a desenvolver na promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade pré-escolar.
- Um dos objetivos do diagnóstico
- Identificar as necessidades de intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças das salas dos 4 anos do pré-escolar do JINSP.

- Problemas identificados

- No final da etapa referente à realização do diagnóstico devem definir-se os principais problemas de saúde, que são definidos como um estado de saúde julgado em défice para um indivíduo ou comunidade (Tavares, 1990).



- Problemas identificados

- Comportamento alimentar infantil comprometido

- Padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de legumes, hortícolas e frutas;
- Padrão alimentar diminuído no consumo diário de legumes sem serem passados e legumes cozidos;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de "carne vermelha" (porco e vaca), carne processada (salsicha e hambúrgueres) c/ elevado teor de sal e gordura, e fiambre, chouriço, salpicão, presunto;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de alimentos fritos/panados através da ingestão de carne e peixe em formato de rissóis, pastéis, croquetes e panados;
- Padrão alimentar elevado no consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.

PRiORiDaDes

- Definição de prioridades

- 1.
- 2.
- 3.

- Nesta fase da metodologia serão selecionados os problemas de saúde de uma população em determinada área, como tal, devem ser selecionados os problemas mais relevantes definindo-se assim as prioridades de atuação junto da população (Imperatori & Giraldes)

Desenvolvimento de várias atividades que estimulem a promoção de hábitos alimentares adequados

ESCOLA PAIS CRIANÇAS COMUNIDADE

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Cronograma de atividades

Sugestões

Sugestões

- Referências bibliográficas

Baptista, A. (2015). A importância da Educação Alimentar em idade do Pré-Escolar: Relatório Final da unidade curricular da Prática de Ensino Supervisionada, Mestrado em Educação Pré-Escolar, ministrado pela Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich. Lisboa. Disponível em: https://www.iccas.pt/doc/15090_2512338

Direção Geral de Saúde (DGS) (2018). Plano Nacional de Saúde – Saúde Escolar – 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 22 de março de 2018. Disponível em: http://www.dgs.pt/UserFiles/EVIDENCIAS%20EM%20PEDAGOGIA%2015_AGO_2015.pdf

Direção Geral de Saúde (DGS) (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 11 de janeiro de 2018. Disponível em: [http://www.dgs.pt/UserFiles/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf\(2015\)](http://www.dgs.pt/UserFiles/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf(2015))

Direção Geral de Saúde (DGS) (2012) PNPAIS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Acedido em 25 de março de 2018. Disponível em: [http://www.dgs.pt/UserFiles/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf\(2015\)](http://www.dgs.pt/UserFiles/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf(2015))

George, F. & Gomes, S. (2011). Custódios do Presentismo em Doenças Crónicas. Lisboa. Acedido em 07 de março de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/publicacoes-de-saude/2013/publicacoes-de-francisco-george-custodios-de-presentismo-em-doencas-cronicas.pdf.aspx>

Gomes, S., Espanca, R., Galo, A. & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais!. Acta Médica Portuguesa, 23(3), 371-378. Acedido em 16 de março de 2018. Disponível em: <http://www.actamedportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/644/328>

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa: Ocas avulsas.

- Referências bibliográficas

Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF). <https://ian-af.igsp.pt/>

Morais, M. & Henriques, F. (2014). Envelhecimento saudável: prioridades públicas num Portugal em mudança (1ª edição). Lisboa: Instituto Hidrográfico.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). Parecer N.º 142013 - Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Obtido em fevereiro de 2017, de http://www.odemefermeiros.pt/documentos/Documentos/MCEESP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Enfermagem Comunitária: Um projecto partilhado com o governo escolar e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Cadernos OE, 2 (3). Acedido em 20 de junho de 2018. Disponível em: http://www.odemefermeiros.pt/publicacoes/Documentos/Cat%C3%A9logo_CIPE_web_1jun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Junho de 2018. Disponível em: <https://www.fispack.com/order/enfermeiros/catalogo-cipe-2015.html>

Ribeiro, A. (2015). Impacto da Educação Alimentar em Crianças do Ensino Pré-escolar: o caso dos Jardins de Infância do Agrupamento de Escolas de Alcochete. Universidade Aberta. Acedido a 14 em fevereiro de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10467/24416>

Rito, A. (2007). Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis, dirigido a crianças dos 3 aos 7 anos. Plataforma contra a Obesidade. DGS, 2007

Rito, A. & Graça, P. (2015). Childhood Obesity Surveillance Initiative – COS Portugal 2013. Lisboa: INSA. Acedido em 12 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Com%20o%20Noticias/Paginas/RelatorioCOSPortugal2013.aspx>

- Referências bibliográficas

- Rito, A. Sousa, R. Mendes, S. & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2013*. Lisboa: INSA. Acessado em 27 de Março de 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10467/184857>.
- Rossini, J. F. V. Nakaoka, V. Y., Rodrigues, R. O. & Assunção, R. D. L. (2015). An Actual Approach To Obesity. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 9(1), 54-59. Acessado em 17 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/bjscr>.
- Sousa, J., Lourenço, I. & Carmo, I. (2008). A obesidade infantil: um problema emergente. *Childhood obesity: an emergent problem*. *Saúde & Tecnologia*, 2, 5-15. Acessado em 20 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://web.ehost.pt/pt/pt/ol/oldest.php?ST=article&idwork=627454>.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Valente, H. Padéz, C. Mourão, I. Rosado, V. & Moreira, P. (2010). Prevalência da inadequação nutricional em crianças Portuguesas. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 365-370. Acessado a 11 de abril de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ampt.2010.04.001>.
- Viana, V. Santos, P. & Guimarães, M. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 209-231. Acessado em 10 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a03.pdf>.
- Wong, D. (1999). *Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica, Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio Final - 2º ano / 1º semestre

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Aluno: Ricardo Jorge

Avaliação da Qualidade da Sessão		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente						Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados						Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta						Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados						Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora						Muito esclarecedora

Comentários / Sugestões:

APÊNDICE 17

Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”

Atividade 2 – Sessão de educação para a saúde “Legumes, frutas e hortícolas que conheço”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem identificar legumes, hortícolas e frutas que existem nos respetivos grupos da roda dos alimentos.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre a variedade de legumes, hortícolas e frutas que existem na roda dos alimentos.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	18 de outubro de 2018 1.ª Sessão - 10h 2.ª Sessão - 11h Duração de 40 minutos	Sala do II	- Método expositivo - Método interrogativo - Método Demonstrativo Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo - Método ativo Jogo Pedagógico através de trabalho em grupo	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 1 benefício para a saúde da ingestão de legumes, hortícolas e frutas diariamente - Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos dos legumes e hortícolas - Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 alimentos que fazem parte do grupo de alimentos das frutas	- Registo de ocorrências - Resultados registados durante o decorrer da sessão	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100 - N° crianças com resposta correta/N° de crianças presentes X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais - Roda dos alimentos, imagens e/ou modelos de alimentos, computador portátil, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo, apresenta a roda dos alimentos, o grupo dos legumes e hortícolas e o grupo das frutas e promove diálogo acerca dos benefícios da ingestão dos alimentos destes 2 grupos, questionando acerca desse conhecimento e questionando sobre qual o legume/hortícola e o fruto preferido de cada criança.

2.ª Fase: São distribuídos diversos alimentos na sala e cada criança tem que recolher um modelo de um legume/hortícola e um modelo de uma fruta, referindo os seus nomes e colocando-os no respetivo grupo de alimentos. Se a criança não conseguir identificar o nome e o grupo dos alimentos pode pedir ajuda a um colega à escolha.

3.ª Fase: Distribuem-se as crianças pela sala e atribui-se um modelo de um legume/hortícola a um elemento e um modelo de uma fruta a outro elemento, esses elementos terão que passar esses alimentos a outras crianças enquanto ouvem uma música. Quando a música parar, quem tiver o legume/hortícola na mão tem que dizer um nome de um alimento desse grupo, e quem tiver o fruto na mão terá que dizer um nome de uma fruta. Cada criança não pode repetir o nome de um alimento. As crianças vão saindo à medida que vão dizendo o nome dos legume/hortícola e fruta.

4.ª Fase: Diálogo em grande grupo sobre a necessidade de ingerir estes alimentos e assim como a importância de experimentar novos alimentos.

5.ª Fase: Após a realização da sessão é realizado um registo das aprendizagens em grupo ou individualmente, em papel de cenário ou folha. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.

APÊNDICE 18

Atividade 3 – Sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”

Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde “O sabor dos alimentos”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem referir motivos pelos quais devem experimentar novos alimentos.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre a necessidade de experimentar novos alimentos.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	2 de novembro de 2018 1.ª Sessão - 10h 2.ª Sessão - 11h Duração de 40 minutos	Sala do JI	- Método interrogativo - Método Demonstrativo - Método ativo Dinâmica Pedagógica em grande grupo e individualmente	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 2 legumes/ hortícolas e 2 fruta que nunca comeram - Que 30% das crianças consigam identificar 1 motivo pelo qual receiam experimentar novos alimentos - Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 1 motivo pelo qual devem experimentar novos sabores e novos alimentos	- Registo de ocorrências - Resultados registados durante o decorrer da sessão	- Nº de crianças presentes/Nº total crianças X 100 - Nº crianças com resposta correta/Nº de crianças presentes X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais - Imagens e/ou modelos de alimentos, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo, questiona as crianças sobre os sabores que as crianças experimentam quando ingerem alimentos que gostam e quando ingerem alimentos que não gostam. Pede às crianças que traduzam através da expressão a sensação/sabor que têm quando experimentam sabores doce, quente, frio, amargo, picante, salgado, etc

2.ª Fase: Pede-se a cada criança que refira 2 legumes/ hortícolas e 2 frutas que nunca comeram. É pedido a cada criança que imagine que está a ingerir um alimento que goste e um alimento que nunca tenha ingerido, pedindo-lhe para fazer a expressão da sensação que sentiriam ao ingerir esses alimentos.

3.ª Fase: Questionam-se as crianças se estariam dispostas a ingerir alimentos que nunca tenham experimentado ou que não gostem, perguntando-lhes os receios que sentiriam, assim como os motivos que levariam a experimentar novos alimentos e sabores.

4.ª Fase: Diálogo em grande grupo sobre a necessidade de ingerir estes alimentos e assim como a importância de experimentar novos alimentos. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.

APÊNDICE 19

Atividade 4 – Sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”



Caros **Pais e Encarregados de educação** das crianças das **salas dos 5 anos**, inserido no projeto “**Alimentação equilibrada é a escolha adequada**” – promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar. No dia **08 de novembro de 2018** pelas **18 horas**, irá realizar-se no **salão do colégio JINSP** a sessão “**Escolher a alimentação saudável**”.

A sessão terá a duração aproximadamente de 90 minutos e contará com a colaboração de:

- Teresa Almeida - Médica, interna de pediatria
- Cármen Alfaiate – Terapeuta da fala
- Ricardo Jorge - Enfermeiro

Contamos com a Vossa presença

Obrigado

Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde “Escolher a alimentação saudável”

Objetivo Geral: No final da sessão os pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos conseguem perceber a pertinência da escolha de uma alimentação saudável no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença das crianças em idade pré-escolar.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos, sobre a pertinência da escolha de uma alimentação saudável no âmbito das crianças em idade pré-escolar.	Enfermeiro mestrando Médica Interna de Pediatria Terapeuta da Fala	4 de novembro de 2018 – 18h Duração de 90 minutos	Biblioteca do JI	- Método expositivo - Método Demonstrativo Exposição temática pelo enfermeiro, médica e terapeuta da fala, fomentando o diálogo	- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem na sessão	- Registo de ocorrências - Resultados da ficha de avaliação da sessão	- Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Médica Interna de Pediatria, Terapeuta da Fala

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo, folha de registo para avaliação


Fases:

- 1.ª Fase: Apresentação da Médica Interna de Pediatria, da Terapeuta da Fala e do Enfermeiro. Agradecimento junto dos participantes pela presença.
- 2.ª Fase: Abordagem pela Médica Interna de Pediatria: Obesidade infantil (Mundo, Portugal), alimentação equilibrada e variada (Idade pré-escolar e escolar, características e necessidades, roda dos alimentos, sal e açúcar), introdução de novos alimentos (Comemos o que somos, neofobias alimentares, somos o que comemos);
- 3.ª Fase: Abordagem pela Terapeuta da Fala da temática: Importância da ingestão de alimentos sólidos no desenvolvimento e consolidação do processo da oralidade. Semelhanças entre o processo da mastigação e da fala.
- 4.ª Fase: Agradecimento pela participação e pedido de colaboração na abordagem da temática junto das crianças em casa. Convite à participação em futuras intervenções dirigidas para os pais/encarregados de educação. Preenchimento do instrumento de avaliação da sessão.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E
DE SAÚDE PÚBLICA

UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO FINAL



**Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas
crianças em idade pré-escolar: uma intervenção
contextualizada**

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”


Autor:
Ricardo Jorge nº 37222

Professora Doutora Emelinda Caldeira (PhD)
Enfermeira Especialista Maria Rosa Siverio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

- Dr.ª Teresa Almeida


- Dr.ª Carmen Alfaiate



ESTRATÉGIAS



- Sugestões



Sugestões

HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

SAÚDE ESCOLAR | JARDIM INFANTIL NOSSA SENHORA DA PIEDADE

DR.ª TERESA L. ALMEIDA | ENF.ª RICARDO JORGE

ÉVORA, 08 NOVEMBRO 2018



ÍNDICE

- Obesidade infantil
 - Mundo
 - Portugal
- Alimentação equilibrada e variada
 - Idade pré-escolar e escolar
 - Características e necessidades
 - Roda dos alimentos
 - Refeições
 - Sal e Açúcar
- Introdução de novos alimentos
 - Comemos o que somos
 - Neofobias alimentares
 - Somos o que comemos
 - Estratégias
- Saber mais
 - Dúvidas

OBESIDADE INFANTIL – MUNDO

Figure 2. Number of children aged 5-19 living with overweight or obesity in 2016, and the increase in prevalence from 2010 to 2016, by WHO region.



"The condition also affects younger children, with over 38 million children aged under 5 living with overweight or obesity in 2017"

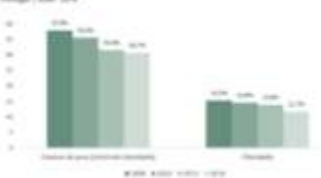
OBESIDADE INFANTIL – MUNDO



"The condition also affects younger children, with over 38 million children aged under 5 living with overweight or obesity in 2017"

OBESIDADE INFANTIL – PORTUGAL

Gráfico 3. Prevalência de excesso de peso (prevalência abdominal) e obesidade infantil (5 a 14 anos) em Portugal (2008-2016)



"Em 2016, cerca de 30,7% e 11,7% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente.

...Portugal continua a ser um dos países europeus que apresenta níveis de obesidade mais elevados...

...verificou-se uma tendência decrescente na prevalência de excesso de peso e obesidade entre 2008 e 2016"

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

- **Objetivos nutricionais:**
 - Assegurar o crescimento saudável da criança
 - Promoção de hábitos alimentares saudáveis
 - Prevenir o aparecimento de doenças crónicas com manifestação em idade adulta
- **Princípios gerais:**
 - Dieta variada, equilibrada e individualizada incluindo alimentos de todos os grupos
 - Estabelecimento de horários e locais para as várias refeições
 - Promoção das refeições no domicílio, restringindo as *fast foods*
 - Estimular a participação da criança na compra, escolha e confeção dos alimentos

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – CARACTERÍSTICAS

- **1 A 3 ANOS**
 - Diminuição FISIOLÓGICA do apetite com experimentação de novos alimentos
 - Sabem utilizar os talheres e bebem pelo copo
 - **DESACELERAÇÃO** do crescimento: diminuição das necessidades calóricas mas aumento das necessidades proteicas (aumento da massa muscular)
 - Aumento ponderal de 2-2,5 Kg/ano
- **4 A 6 ANOS:**
 - Pouco interesse pelos alimentos e baixa ingestão alimentar
 - Já se alimentam sozinhos correctamente
 - Consolidação dos hábitos alimentares: imitação dos hábitos da família¹
 - **BAIXA** necessidade energética: crescimento estável
 - Aumento ponderal de 2,5-3,5 Kg/ano.

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – NECESSIDADES

- **1 A 3 ANOS**

Energia (Kcal/dia) ¹	Água (L/dia)	HC (g/dia)	Proteínas (g/Kg/dia)	Fibra (g/dia)
♀ 1.400 ♂ 1.500	1.3	130	1.10	19
Cálcio (mg/dia)	Ferro (mg/dia)	Vit. D (µg/dia) ²	Vit. C (mg/dia)	Flúor (mg/dia)
500	7	5	15	0.7

¹ crianças com actividade física normal
² 1 µg de colesterciferol = 40 UI de vitamina D

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – NECESSIDADES

- **4 A 6 ANOS**

Energia (Kcal/dia) ¹	Água (L/dia)	HC (g/dia)	Proteínas (g/Kg/dia)	Fibra (g/dia)
♀ 1.550 ♂ 1.650	1.7	130	0.95	25
Cálcio (mg/dia)	Ferro (mg/dia)	Vit. D (µg/dia) ²	Vit. C (mg/dia)	Flúor (mg/dia)
800	10	5	25	1

¹ crianças com actividade física normal
² 1 µg de colesterciferol = 40UI de vitamina D

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – RODA DOS ALIMENTOS

- Respeitar a Roda dos Alimentos.
- Água a acompanhar as refeições e entre elas! Sumos só naturais. Não dar sumos embalados ou refrigerantes.
- Reduzir o sal, gordura, açúcar na preparação dos alimentos.
- Evitar snacks, doces, rebuçados, chocolates, alimentos embalados.
- As refeições devem ser em família.



ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – RODA DOS ALIMENTOS



ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – REFEIÇÕES

- Alimentos de **TODOS** os grupos devem estar presentes na alimentação diária da criança!
- Os alimentos devem ser distribuídos por **5 a 6 refeições diárias**.
- **NÃO** saltar nem substituir refeições.



ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – REFEIÇÕES

▪ PEQUENO-ALMOÇO

- Refeição mais importante do dia!
- Completo
- Equilibrado

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – REFEIÇÕES

- ALMOÇO
- JANTAR

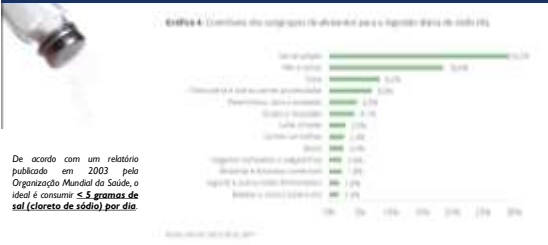


ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – REFEIÇÕES

▪ LANCHES

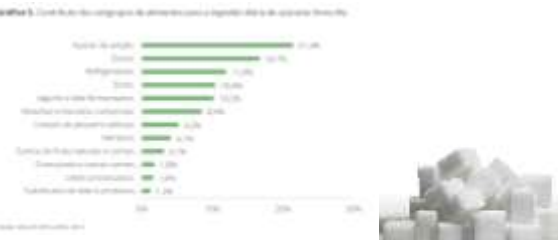
- Em casa ou para levar

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – SAL



De acordo com um relatório publicado em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, o ideal é consumir $\leq 5\text{ gramas de sal (cloroeto de sódio)}$ por dia.

ALIMENTAÇÃO VARIADA E EQUILIBRADA – AÇÚCAR



INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – COMEMOS O QUE SOMOS

- Muitos dos nossos comportamentos alimentares resultam de milhões de anos de evolução e programação genética.
- **Seleção natural** a ambientes hostis em que a regra era a **escassez** da alimentação.
- **Genes** que determinavam **comportamentos alimentares** específicos:
 - Preferência pelos **doçes** (maiores fornecedores de calorias)
 - Detrimento dos **amargos** ou **ácidos** (associados a toxinas de plantas, principalmente alcalóides)
 - Preferência pelos alimentos **gordos** ou derivados da **carne** (maior biodisponibilidade)



INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – COMEMOS O QUE SOMOS

- Gosto inato para o **doce** e uma aversão ao **amargo**.
- Gosto pela **fruta** se desenvolve progressivamente dos 6 aos 18m porque maior capacidade de aceitar sabores mais **ácidos** (entre os 12-18m) e com a **influência** das mães.
- A preferência pelo **salgado** vai-se desenvolvendo a partir do 2º semestre de vida até atingir um pico pelo 3-4 anos. A **exposição mais precoce** aumenta também o interesse por esse sabor.



INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – NEOFBIAS ALIMENTARES

- Relutância em aceitar novos sabores
- Acentua-se a partir do 1º ano de vida (momento em que a criança começa a deambular e mais exposta a possíveis alimentos tóxicos no seu ambiente, poderá ter trazido claras vantagens evolutivas)
- **Tipo e textura** do alimento condiciona o maior ou menor grau de neofobia

Alimentos + neofóbicos:

- Carne
- Vegetais ou frutas



Alimentos - neofóbicos:

- Doces
- Ricos em gordura

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – SOMOS O QUE COMEMOS

- Podem **contrariar-se** os mecanismos inatos de preferência alimentar!
 - Através da experiência precoce
 - Familiarização com o sabor
 - Variedade alimentar



INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – ESTRATÉGIAS

- A cronologia da introdução dos diferentes alimentos **NÃO PODE SER RÍGIDA**
 - Factores sociais, culturais, costumes de cada região, questões socioeconómicas, temperamento da criança, disponibilidade do agregado familiar, particularidades do lactente (ex: atopia, alergias alimentares, patologia específica,...)
- A **CAPACIDADE DE ACEITAÇÃO** de novos sabores vai **AUMENTANDO** gradualmente à medida que se vai familiarizando com esse sabor
 - Principalmente amargos ou ácidos (vegetais e frutas)
- A **JANELA ESTREITA** para a habituação aos sabores, começando a fechar-se pelos 2 anos e encerrando aos 3 anos
 - Monotonia alimentar

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS – ESTRATÉGIAS

- **NÃO fazer RESTRIÇÕES** alimentares!
 - Dieta da grávida ou da mãe a amamentar
- Em **MÉDIA 11 tentativas** para finalmente ter sucesso
 - Encorajar a **PERSISTÊNCIA** na oferta alimentar
- **VARIEDADE, PRECOCE**, sobretudo vegetais, que induz nos bebés uma **maior capacidade de gostar à primeira** de alimentos que nunca haviam experimentado



SABER MAIS



OBRIGADA PELA ATENÇÃO



SÁUDE ESCOLAR | JARDIM INFANTIL NOSSA SENHORA DA PIEDADE

DR.ª TERESA L. ALMEIDA | ENF.º RICARDO JORGE

ÉVORA, 08 NOVEMBRO 2018





Alimentação e Fala

Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade

Terapeuta da Fala Carmen Alfaiate
08 de Novembro 2018
UCC de Évora




Problemas identificados

- ▶ Padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de legumes, hortícola e frutas;
- ▶ **Padrão alimentar diminuído no consumo diário de legumes sem serem passados e cozidos;**
- ▶ Padrão alimentar excessivo no consumo de carne processada c/ elevado teor de sal e gordura;
- ▶ **Padrão alimentar excessivo no consumo diário de alimentos fritos/panados através da ingestão de carne e peixe em formato de rissóis, pasteis, croquetes e panados;**
- ▶ Padrão alimentar elevado no consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.

Mastigação *versus* Fala

- ▶ Os músculos, órgãos e ossos utilizados são os mesmos



Fala

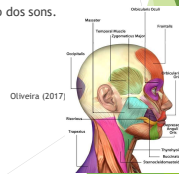
- ▶ Acto motor que expressa a linguagem
- ▶ Engloba os seguintes mecanismos:
 - ▶ Neurolingüísticos - programação e processamento da fala
 - ▶ Aerodinâmico - movimento da corrente de ar para a produção dos sons da fala
 - ▶ Fonatório - movimento das pregas vocais
 - ▶ Articulatório - movimento dos articuladores
 - ▶ Acústico - formação de fontes de voz e filtros nos órgãos fonoarticuladores e radiação do ar
 - ▶ Auditivo - recepção e descodificação dos sons audíveis

Oliveira (2017)

Sistema articulatório

- ▶ Articuladores: língua; laringe; mandíbula; maxila; bochechas; lábios; palato duro e mole.
- ▶ A articulação consiste numa rápida produção sonora que envolve mudanças de acção e posição dos órgãos fonoarticulatórios para a produção dos sons.

[Articulação das Consoantes.mp4](#)

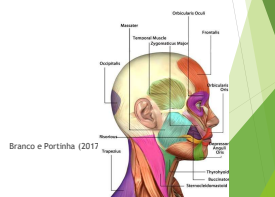


Fala - Articulação Verbal

SONS	IDADE INICIAL PARA AQUISIÇÃO	IDADE LIMITE PARA AQUISIÇÃO
B, M	18 MESES	3 ANOS E 1/2
P, T, D, N	2 ANOS	3 ANOS E 1/2
C, G, NH	2 ANOS E 1/2	3 ANOS E 1/2
F, V, S, Z	3 ANOS	3 ANOS E 1/2
X(CH), J	-	3 ANOS E 1/2
L, LH, R, RR	3 ANOS E 1/2	4 ANOS
S (NO FINAL DA SILABA, EX: PASTA)	4 ANOS	5 ANOS
ENCONTRO DE CONSOANTES COM R (PR, BR, TR, DR, CR, GR, FR, VR)	4 ANOS	5 ANOS
R (NO FINAL DA SILABA, EX: PORTA)	4 ANOS	5 ANOS
ENCONTRO DE CONSOANTES COM L (PL, BL, CL, GL, FL)	4 ANOS	6 ANOS

Deglutição

- ▶ As estruturas envolvidas na deglutição atuam conjuntamente em outros dois mecanismos essenciais ao ser humano: a respiração e a fonação.
 - ▶ Importante a coordenação e harmonia de todos estes processos.
- ▶ 5 Fases
 - ▶ Fase Antecipatória
 - ▶ Fase Preparatória
 - ▶ Fase Oral
 - ▶ Fase Faringea
 - ▶ Fase Esofágica



Fase Antecipatória

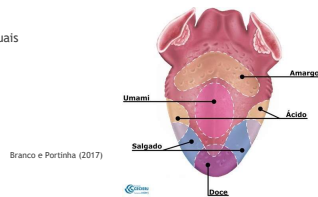
- ▶ Começa com a escolha do alimento e o prazer alimentar
 - ▶ Baseia-se na relação do indivíduo com o alimento ↔ resposta neurosensorial - prepara as estruturas orais para "receber" o alimento e antecede a sensação de gosto e motivação para o comer.
- ▶ Componentes que interferem na resposta ao alimento:
 - ▶ Fome/ grau de saciedade;
 - ▶ Aspecto dos alimentos;
 - ▶ Meio ambiente;
 - ▶ Estado emocional e a resposta psicológica às propriedades do alimento;
 - ▶ Influência social;
 - ▶ Tipo e a disposição dos utensílios;
 - ▶ Coordenação mão-olho;
 - ▶ Conhecimento lexical do alimento.

Branco e Portinha (2017)

Fase Antecipatória

- Numa fase posterior, a sensação de alimento na língua estimula, em maior quantidade, a produção de saliva e prepara a resposta do gosto ao alimento.

- Receptores gustativos linguais
 - Umami - sabor delicioso



Branco e Portinha (2017)



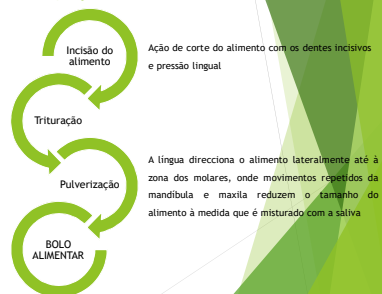
Fase Preparatória

- Transformação do alimento em bolo alimentar
 - Existe uma resposta neurosensorial positiva ao alimento - na cavidade oral, os sentidos de paladar e olfacto interrelacionam-se, pois os sabores básicos do alimento são complementados por odores.
 - Se existirem *inputs* sensoriais que provoquem uma sensação de agrado e prazer em engolir o alimento, a mastigação inicia-se.

Branco e Portinha (2017)

Fase Preparatória - Mastigação

- Não há mastigação para alimentos líquidos, mas a língua tem um papel determinante ao efectuar uma contenção momentânea do alimento líquido, visto que impede que o mesmo não entre prematuramente nas vias aéreas.



Ação de corte do alimento com os dentes incisivos e pressão lingual

A língua direcciona o alimento lateralmente até à zona dos molares, onde movimentos repetidos da mandíbula e maxila reduzem o tamanho do alimento à medida que é misturado com a saliva

Fase Preparatória

O bom funcionamento da fase preparatória depende

Encerramento labial - pressão que cria no interior da cavidade oral

Oclusão dentária

Praxia lingual - realiza a coesão do bolo alimentar

Força de propulsão lingual

Encerramento velofaríngeo

Fase Oral

- ▶ Quando o bolo alimentar está posicionado entre a língua e o palato duro
 - ▶ Inicia-se o movimento ondulatório ântero-posterior, para transportar o bolo alimentar até à parte posterior da cavidade oral
 - ▶ Desencadeado o processo de deglutição

Branco e Portinha (2017)

Fase Faríngea e Esofágica

- ▶ Faríngea
 - ▶ O bolo alimentar é propulsionado para a faringe com a finalidade de atingir o esófago
- ▶ Esofágica
 - ▶ A passagem do bolo alimentar da faringe para o esófago.

[videoplayback.mp4](#)

Branco e Portinha (2017)

Mastigação e Fala

- ▶ A mastigação interfere diretamente com o crescimento e desenvolvimento craniofacial.
 - ▶ Função que previne as alterações miofuncionais orofaciais, porque estimula a musculatura orofacial
 - ▶ Permite o desenvolvimento dos ossos maxilares, a estabilidade da oclusão e o equilíbrio muscular e funcional.
- ▶ Ajuda a desenvolver os movimentos precisos e coordenados que serão necessários para uma deglutição normal, como também para a produção da fala.
 - ▶ Assim, uma alimentação exclusivamente/ maioritariamente mole leva a criança a não mastigar existindo uma quebra do equilíbrio muscular, provocando uma flacidez oral, podendo comprometer a aprendizagem de um padrão maduro de deglutição e a aquisição de fala.

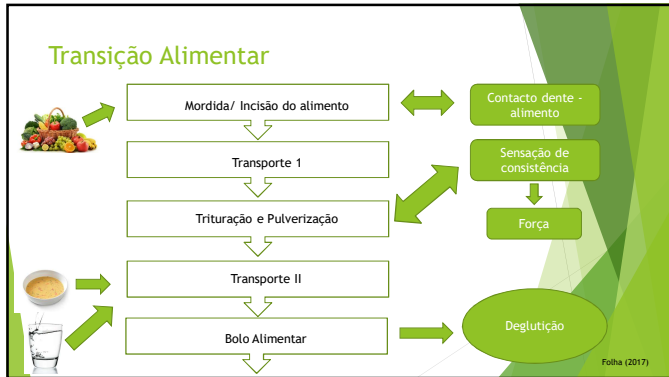
Folha (2017)

Transição Alimentar



[Menina bonita comendo bolachas biscoitos e looking para a câmera. Menina comer gengibre ursos no sofá em casa. Close-up.mp4](#)

Folha (2017)



Transição Alimentar Inadequada

- ▶ Falta de desgaste naturais dos dentes
- ▶ Aumento de interferências oclusais
- ▶ Estímulos insuficientes ao crescimento das bases ósseas - mandíbula e maxila
- ▶ Induz a mecanismos de adaptação compensatórios e patológicos
- ▶ A adequada realização da mastigação é um pré-requisito para a prevenção de alterações miofuncionais orofaciais.

Folha (2017)

Alterações Miofuncionais Orofaciais

- ▶ Apinhamento Dentário
- ▶ Mordida Aberta
- ▶ Interposição de língua entre arcos dentários
- ▶ Alteração da tonicidade da musculatura orofacial
 - ▶ Respirador Oral
- ▶ Alterações de articulação verbal

Vieira, Araújo e Jamelli (2016)

Consistência dos alimentos

Líquidos	Sólidos
Líquido	Sólidos Mole
Néctar	Sólidos Duros
Mel	Alimentos Secos
Pudim	

Actualmente



Futuro (amanhã)



Referências Bibliográficas

- ▶ Braga, A. (2017). Aula de Introdução à Terapia Orofacial. *Pós-Graduação em Motricidade Orofacial*. Porto e Madrid: Fonoterapia.
- ▶ Branco, C. e Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto*. Lisboa: Papa-lettras.
- ▶ Folha, G. (2017). Aula de Papel das Funções Orofaciais no Crescimento e Desenvolvimento Craniofacial. *Pós-Graduação em Motricidade Orofacial*. Porto e Madrid: Fonoterapia.
- ▶ Oliveira, L. (2017). Aula de Fonoarticulação: alterações fonético-fonológicas. *Pós-Graduação em Motricidade Orofacial*. Porto e Madrid: Fonoterapia.
- ▶ Vieira, V., Araújo, C. & Jamelli, S. (2016). Desenvolvimento da fala e alimentação infantil: possíveis implicações. *Rev. CEFAC*. 2016 Nov-Dez; 18(6):1359-1369.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio Final - 2º ano / 1º semestre

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Aluno: Ricardo Jorge

Avaliação da Qualidade da Sessão

Dimensões a avaliar		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente						Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados						Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta						Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados						Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora						Muito esclarecedora
Alteração de estratégias / comportamentos futuros	Pouco Provável						Muito provável
Aquisição de novos conhecimentos	Reduzida aquisição						Elevada aquisição

Comentários / Sugestões:

APÊNDICE 20

Atividade 5 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”

Atividade 5 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte I”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem identificar os alimentos benéficos e prejudiciais para a saúde e os momentos em que podem ser ingeridos.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre os alimentos benéficos e os alimentos prejudiciais para a saúde.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	16 de novembro de 2018 1.ª Sessão - 15h 2.ª Sessão - 16h Duração de 40 minutos	Salão do JI	- Método interrogativo - Método Demonstrativo - Método ativo Jogo Pedagógico através de trabalho em pequeno grupo e em grande grupo	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir sem limitação - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir “de vez em quando” (2x p/semana) - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ser ingeridos “em dias muitos especiais”	- Registo de ocorrências - Resultados e evidências da sessão	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100 - N° crianças com que conseguiram realizar a tarefa /N° de crianças presentes X 100;

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais - Imagens e/ou modelos de alimentos, tabuleiros, apito, pinos e sinaléticas, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo fala sobre a existência de vários alimentos, referindo que existem alimentos que são benéficos para a saúde e existem outros que são prejudiciais.

2.ª Fase: Explica as regras do jogo e divide as crianças em grupos de 5 elementos e distribui-lhes modelos ou imagens de alimentos. Cada grupo terá vários exemplos de alimentos que se podem ingerir sem limitação, alimentos que se podem ingerir “de vez em quando” e alimentos que se podem ingerir “em dias muitos especiais”. As crianças terão que ultrapassar determinados obstáculos e transportar os alimentos que deverão ser colocados num respetivo tabuleiro (verde, amarelo, vermelho). O enfermeiro refere qual o tabuleiro em que deve ser colocado um alimento de cada vez por cada equipa. Ao som do apito um elemento de cada grupo corre para o respetivo tabuleiro e coloca o alimento respetivo e regressa ao grupo.

3.ª Fase: Após a colocação dos alimentos, o enfermeiro verifica os alimentos de cada tabuleiro e questiona os elementos de cada grupo sobre se o alimento foi colocado corretamente e sobre os possíveis momentos da ingestão de alguns alimentos prejudiciais.

4.ª Fase: Diálogo em grande grupo sobre a necessidade de conhecer os alimentos benéficos e prejudiciais para a saúde. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.



APÊNDICE 21

Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II”

Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde “Semáforo dos alimentos – Parte II”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem identificar os alimentos benéficos e prejudiciais para a saúde e os momentos em que podem ser ingeridos.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre os alimentos benéficos e os alimentos prejudiciais para a saúde e os momentos em que podem ser ingeridos.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	23 de novembro de 2018 1.ª Sessão - 15h 2.ª Sessão - 16h Duração de 40 minutos	Sala do JI	- Método interrogativo - Método Demonstrativo - Método ativo Dinâmica Pedagógica em pequeno grupo e em grande grupo	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir sem limitação - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ingerir “de vez em quando” (2x p/semana) - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que podem ser ingeridos “em dias muitos especiais” - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir alimentos processados, fritos/panados e doces.	- Registo de ocorrências - Resultados e evidências da sessão	- Nº de crianças presentes/Nº total crianças X 100 - Nº crianças com que conseguiram realizar a tarefa /Nº de crianças presentes X 100;

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais - Revistas, folhas A4, cola, tesouras, cartolina, tela, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo resume a dinâmica realizada anteriormente “Semáforo dos alimentos – Parte I”, acerca da existência de alimentos benéficos e prejudiciais para a saúde.

2.ª Fase: Explica as regras do jogo e divide as crianças em 4 grupos. A cada grupo serão entregues recortes de revistas relacionadas com 4 temáticas (alimentos sem limites de ingestão, alimentos que se podem ingerir “por vezes”, alimentos que podem ser ingeridos “em dias muitos especiais”, ocasiões especiais para ingerir determinados alimentos). Cada grupo cola as imagens nas respetivas cartolinas (verde, amarelo, vermelho e brilhante).

3.ª Fase: Cada grupo escolhe um elemento representativo que vai apresentar o seu tema. Cada grupo coloca a sua cartolina numa tela.

4.ª Fase: Fixação da tela final na sala e visualização. Diálogo em grande grupo sobre a temática abordada. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.

APÊNDICE 22

Atividade 7 - Sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”

Atividade 7 - Sessão de educação para a saúde “Espetada de frutas e sumo natural”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem elaborar uma sobremesa ou uma bebida saudável à base de frutas.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre a confecção de uma sobremesa e uma bebida saudável à base de frutas.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância Auxiliar de educação Coordenadora técnica e pedagógica	29 de novembro de 2018 – 10h 30 de novembro de 2018 – 10h Duração de 45 minutos	Refeitório do JI	- Método interrogativo - Método Demonstrativo - Método ativo Dinâmica Pedagógica individual e em pequeno grupo	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 70% das crianças consigam realizar uma sobremesa saudável ou um sumo natural - Que 30% das crianças sejam capazes de identificar 2 refeições diárias em que possam contemplar a ingestão de legumes e hortícolas e 2 refeições diárias em que possam contemplar a ingestão de fruta	- Registo de ocorrências - Resultados e evidências da sessão	- N° de crianças presentes/N° total crianças X 100 - N° crianças com que conseguiram realizar a tarefa /N° de crianças presentes X 100;

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância, Auxiliar de educação, Coordenadora técnica e pedagógica

Recursos Materiais - Frutas, Palitos de espetadas, taças, pratos, copos, jarros, espremedores de fruta, facas, garfos, papel de cozinha, tabuleiro

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo demonstra um modelo de uma espetada de frutas e uma imagem de um sumo natural. Evidencia as vantagens de ingerir frutas em termos de frequência e variedade.

2.ª Fase: Desafio às crianças para elaborar uma espetada de frutas e um sumo de frutas. Dividem-se as crianças em grupos de 3 elementos para que cada criança elabore uma espetada de frutas e espremam algumas laranjas. São dispostos diversos frutos reais e as crianças optam pelos frutos que querem utilizar, sendo incentivados a experimentar novos alimentos. Questionam-se as crianças sobre a possibilidade de incluir a ingestão de legumes, hortícolas e frutas em diferentes refeições do dia.

3.ª Fase: Após a realização da tarefa a espetada de fruta e a bebida irão complementar a refeição do almoço. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.



APÊNDICE 23

Atividade 8 – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”

Atividade 8 – Envio de e-mail “Votos saudáveis de Feliz Natal”

Objetivo Geral: Divulgar junto dos pais / encarregados de educação alternativas alimentares que proporcionem a manutenção de uma alimentação saudável na época festiva do Natal.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Envio de e-mail dirigido aos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos, sobre alternativas alimentares que proporcionem a manutenção de uma alimentação saudável na época festiva do Natal.	Enfermeiro mestrando Coordenadora técnico e pedagógica.	19 de dezembro de 2018	E-mail da instituição (JI)	- Método Demonstrativo; Envio de filmes com receitas através de e-mail institucional aos pais/encarregados de educação	- Que 80% dos pais/encarregados de educação recebam a informação pretendida sobre alternativas alimentares da manutenção de uma alimentação saudável na época festiva do natal e ano novo	- Registo de ocorrências de falhas de envio de informação.	- Nº de pais/encarregados de educação que receberam a informação /Nº total de pais/encarregados de educação X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Coordenadora técnico pedagógica

Recursos Materiais - Computador, Internet, 3 Filmes da Associação Portuguesa de Nutricionistas

Fases de implementação:

1.ª Fase: Envio de e-mail à Coordenadora técnica e pedagógica, solicitando o envio de mensagem com “Votos saudáveis de Feliz Natal” aos pais /encarregados de educação através de e-mail, anexando 3 filmes com receitas saudáveis para a ceia de Natal (refeição principal e 2 sobremesas).

2.ª Fase: Envio de informação aos pais / encarregados de educação por parte da Coordenadora técnica e pedagógica.



Caros Pais e Encarregados de Educação

Porque o Natal também é uma época em que desejamos o melhor para os nossos familiares e para as pessoas que nos rodeiam e tendo em conta que um Futuro Feliz e Saudável se constrói no dia a dia.

No âmbito do projeto de **Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar** *“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”* desenvolvido nas salas dos 5 anos do JINSP, envio em anexo alguns vídeos sugestivos de receitas que podem complementar e enriquecer de forma saudável a Ceia de Natal.

Votos Saudáveis de um Feliz Natal

Ricardo Alves Jorge (Enfermeiro)



Vídeos disponíveis na página oficial da

Associação Portuguesa dos Nutricionistas (<http://www.apn.org.pt/videos.php>)



-Jantar de Natal tradicional e original - <https://www.youtube.com/watch?v=PPAQCen-Gsk>

-Receitas de Natal – Bolachas de lentilhas, amêndoas e chocolate - https://www.youtube.com/watch?v=ZI_pQRggjTk

-Receitas de Natal – Muffins de feijão preto, chocolate e avelãs - <https://www.youtube.com/watch?v=B610DSjBXWM>

APÊNDICE 24

Atividade 9 – Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”

Atividade 9 - Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem identificar os alimentos que possuem sal, açúcar e gordura na sua constituição e identificam alguns riscos para a saúde da sua ingestão.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre os alimentos que possuem sal, açúcar e gordura na sua constituição, assim como os riscos para a saúde da sua ingestão.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	07 de dezembro de 2018 1.ª Sessão - 14h 2.ª Sessão - 15h Duração de 45 minutos	Salão do JI	- Método interrogativo - Método Demonstrativo - Método ativo Jogo Pedagógico através de trabalho em pequeno grupo e em grande grupo - Método Expositivo Visionamento de filme Recurso a imagens e modelos	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com alimentos processados, fritos e panados que possuem sal/gordura na sua constituição - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição - Que 30% das crianças consigam identificar 1 risco para a saúde de produtos açucarados e produtos ricos em sal e gordura	- Registo de ocorrências - Resultados e evidências da sessão	- Nº de crianças presentes/Nº total crianças X 100 - Nº crianças com que conseguiram realizar a tarefa /Nº de crianças presentes X 100;

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais – Cartolinas, cola, tesoura, cartolinas com imagens do corpo humano, tabuleiros, apito, pinos e sinaléticas, modelos de artérias, computador, coluna de som, filme, recipiente com açúcar, recipiente com sal, recipiente com óleo, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Atividade 9 - Sessão de educação para a saúde “Onde está o sal, açúcar e gordura?”

Fases de implementação:

1.ª Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo fala sobre a existência de vários alimentos, referindo que existem alimentos que são benéficos para a saúde e existem outros que são prejudiciais. Mostra os recipientes que contêm açúcar, sal e gordura na sua constituição e explica que o consumo destes produtos é prejudicial para saúde podendo daí advir o desenvolvimento de doenças.

2.ª Fase: Questiona as crianças sobre eventuais alimentos onde poderão estar presentes o açúcar, sal e gordura.

3.ª Fase: Explica as regras do jogo, e divide as crianças em 2 grandes grupo. Os elementos de um grupo são distribuídos pelo salão e ficam colocados em posições fixas, sendo-lhes entregues imagens de alimentos que contêm açúcar, sal e gordura. Os elementos do restante grupo quando o apito toca, têm que correr para junto dos outros elementos, sendo que têm que escolher os que estão livres para recolherem uma imagem de um alimento e de seguida têm que colocar o alimento na respetiva cartolina que se encontra ao fundo da sala. Existem 3 cartolinas para colocar os respetivos alimentos que possuem açúcar, sal e gordura.

4.ª Fase: Em pequeno grupo de 5 elementos, as crianças são questionadas se as imagens foram colocadas nos respetivos locais.

5.ª Fase: Em grande grupo, com recurso a cartolinas, modelos e visionamento de 2 pequenos filmes é demonstrado às crianças algumas desvantagens para a saúde relacionadas com a ingestão de alimentos com sal, açúcar e gordura, tais como a hipertensão arterial, doenças cardíacas, dislipidémia, acidente vasculares cerebrais, obesidade e cárie dentária.

6.ª Fase: Diálogo em grande grupo sobre a necessidade de conhecer os alimentos benéficos e prejudiciais para a saúde, identificando os benefícios e riscos associados. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.



APÊNDICE 25

Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”

Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”

Objetivo Geral: No final da sessão as crianças das salas dos 5 anos conseguem identificar e comparar os alimentos que possuem açúcar na sua constituição e os momentos em que podem eventualmente ser ingeridos.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida às crianças das salas dos 5 anos, sobre os alimentos que possuem açúcar na sua constituição.	Enfermeiro mestrando Educadora de infância	18 de janeiro de 2019 - 17h 1.ª Sessão - 10h 2.ª Sessão - 14h Duração de 45 minutos	Sala do JI	- Método interrogativo; - Método Demonstrativo; - Método ativo; Dinâmica Pedagógica individual, em pequeno grupo e em grande grupo.	- Que 80% das crianças participem na sessão de educação para a saúde - Que 30% das crianças consigam identificar 2 alimentos que não devem consumir, relacionados com o consumo de bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição - Que 30% das crianças consigam identificar 1 risco para a saúde de produtos que possuem açúcar na sua constituição - Que 30% crianças consigam identificar 2 possíveis momentos para consumir bolachas, bolos, refrigerantes, produtos açucarados que possuem açúcar na sua constituição	- Registo de ocorrências - Resultados e evidências da sessão	- Nº de crianças presentes/Nº total crianças X 100 - Nº crianças com que conseguiram realizar a tarefa /Nº de crianças presentes X 100;

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Educadora de infância

Recursos Materiais – Recipientes de alimentos vazios, imagens de alimentos, cartolinas, tesoura, tela, pioneses, sacos de plástico, balança, açúcar, colher, braçadeiras plásticas, taça de plástico, ferramentas de apoio ao tema, folha de registo para avaliação

Atividade 10 - Sessão de educação para a saúde “Açúcar escondido”

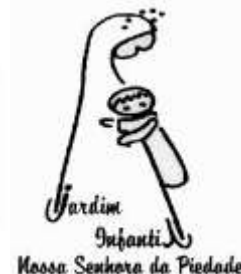
Fases de implementação:

- 1.^a Fase: Previamente, o enfermeiro reúne recipientes de alimentos que possuem açúcar na sua constituição e verifica a quantidade de açúcar existente. Os recipientes são colocados numa tela.
- 2.^a Fase: Enfermeiro em contexto de grande grupo fala sobre a existência de vários alimentos prejudiciais para a saúde que integram açúcar na sua constituição. Questiona as crianças sobre eventuais alimentos onde poderão estar presentes o açúcar.
- 3.^a Fase: Em contexto de pequeno grupo de 3 elementos, as crianças escolhem 2 alimentos e verificam a quantidade de açúcar presente nos alimentos, recorrendo à utilização de açúcar, balança, colher, saco plástico e uma taça. Posteriormente as crianças fixam os sacos com açúcar junto dos respetivos recipientes, construindo uma tela alusiva ao tema. O enfermeiro questiona e informa sobre os riscos para a saúde associados à ingestão de alimentos que contêm açúcar, assim como os possíveis momentos para a sua ingestão de forma pontual.
- 4.^a Fase: Os elementos dos pequenos grupos apresentam para o grande grupo, os alimentos que escolheram.
- 5.^a Fase: A tela é fixada na sala. Entrega de autocolantes alusivos ao projeto como técnica de reforço positivo pela participação.



APÊNDICE 26

Atividade 11 – Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”



Caros **Pais e Encarregados de educação**
das crianças das **salas dos 5 anos**,
inserido no projeto “**Alimentação equilibrada é a escolha adequada**” – promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar. No dia **18 de janeiro de 2019** pelas **17h30m**, irá realizar-se nas **instalações do Instituto de Emprego e Formação Profissional, Centro de Formação, Rua do Centro de Formação Profissional** (ao lado do Pingo Doce, Horta das Figueiras; em frente à Citroen), a sessão “**Ser um Chef para o meu filho(a)**”.

A sessão terá a duração aproximadamente de 90 minutos e contará com a colaboração de:

- Joana Agostinho - Nutricionista
- Victor Costa – Chef
- Ricardo Jorge - Enfermeiro

Contamos com a Vossa presença
Obrigado

“Ser um Chef para o meu filho(a)”

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”



Sessão para os pais

- 18 de Janeiro 2019

- Das 17h30 às 19h

- Local: Centro de Formação -
Instalações do Centro de
Emprego e Formação Profissional



Caros **Pais e Encarregados de educação** das crianças das **salas dos 5 anos**

Inserido no projeto **“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”** – promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar.

No dia **18 de janeiro de 2019** pelas **17h30m**, irá realizar-se a sessão **“Ser um Chef para o meu filho(a)”**.

Decorrerá nas **instalações do Instituto de Emprego e Formação Profissional, Centro de Formação, Rua do Centro de Formação Profissional** (ao lado do Pingo Doce, Horta das Figueiras; em frente à Citroen).

A sessão terá a duração aproximadamente de 90 minutos e contará com a colaboração de:

- Joana Agostinho - Nutricionista
- Victor Costa – Chef
- Ricardo Jorge – Enfermeiro

Contamos com a Vossa presença

Obrigado

Instalações do Instituto de Emprego e Formação Profissional, Centro de Formação.

Rua do Centro de Formação Profissional (ao lado do Pingo Doce, Horta das Figueiras; em frente à Citroen).



Atividade 11 - Sessão de educação para a saúde “Ser um Chef para o meu filho(a)”

Objetivo Geral: No final da sessão os pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos ficam sensibilizados acerca da escolha dos alimentos e da forma de confecção dos alimentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença das crianças em idade pré-escolar

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos, sobre os alimentos que devem contemplar e eliminar na alimentação das crianças em idade pré-escolar, assim como diferentes formas saudáveis de preparação e confecção de alimentos.	Enfermeiro mestrando Nutricionista Chef de cozinha Alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação	18 de janeiro de 2018 – 17h30m Duração de 90 minutos	Sala do Centro de Formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional	- Método expositivo; - Método Demonstrativo; Exposição temática pelo enfermeiro, nutricionista, chef e de cozinha e alunos do curso de cozinha/pastelaria, fomentando o diálogo	- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem na sessão;	- Registo de ocorrências - Resultados da ficha de avaliação da sessão	- N.º de pais/encarregados de educação presentes /N.º total de pais/encarregados de educação X 100 - N.º de pais/encarregados de educação presentes que demonstram muita pertinência nos temas da sessão / n.º de pais/encarregados de educação presentes x 100

Recursos Humanos - Enfermeiro mestrando, Chef de cozinha, Alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação, Nutricionista

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo, alimentos, material de confecção de alimentos, material de apresentação de alimentos, receitas, folha de registo para avaliação

Fases:

1.ª Fase: Apresentação da Nutricionista, Chef de cozinha, alunos do curso de cozinha/pastelaria do Centro de Formação e Enfermeiro. Agradecimento junto dos participantes pela presença.

2.ª Fase: Abordagem pela Nutricionista: Alimentação e complicações de saúde; gordura na alimentação; sal na alimentação; açúcar adicionado na alimentação; exemplos de “dia alimentar”; alimentação em idade pré-escolar; importância dos alimentos hortícolas e frutos; fitonutrientes; vitaminas e minerais; benefícios de saúde; fatores que condicionam a alimentação das crianças; erros comuns e recusa alimentar.

3.ª Fase: Abordagem pelo Chef de cozinha e alunos do curso de cozinha/pastelaria: Exemplos de diferentes formas saudáveis de preparação e confecção de alimentos.

4.ª Fase: Prova de alimentos e diálogo acerca de diferentes formas saudáveis de preparação e confecção de alimentos. Distribuição em papel das diferentes receitas.

Final: Agradecimento pela participação e pedido de colaboração na abordagem da temática junto das crianças em casa. Convite à participação em futuras intervenções dirigidas para os pais/encarregados de educação. Preenchimento do instrumento de avaliação da sessão.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Autor: Ricardo Jorge nº 37222

Professora Doutora Ermelinda Caldeira (PhD) Enfermeira Especialista Maria Rosa Silveiro

Problemas identificados

Comportamento alimentar infantil comprometido

- Padrão alimentar diminuído no consumo diário e variedade reduzida de legumes, hortícolas e frutas;
- Padrão alimentar diminuído no consumo diário de legumes sem serem passados e legumes cozidos;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de carne processada (salsicha e hambúrgueres) c/ elevado teor de sal e gordura, e fiambre, chouriço, salpicão, presunto;
- Padrão alimentar excessivo no consumo de alimentos fritos/panados através da ingestão de carne e peixe em formato de rissóis, pastéis, croquetes e panados;
- Padrão alimentar elevado no consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015

Enfermagem Comunitária: Um projecto partilhado com o governo Escocês e o serviço nacional de saúde da Escócia - CIPE

Designação	Destinatário
Sessão de educação para a saúde – “Obesidade infantil, a realidade – a alimentação equilibrada na prevenção”	Pais / Encarregados de educação
Sessão de educação para a saúde - “Legumes e Frutas que conheço”	Crianças
Sessão de educação para a saúde – “O sabor dos alimentos”	Crianças
Sessão de educação para a saúde – “Escolher a alimentação saudável”	Pais / Encarregados de educação
Sessão de educação para a saúde - “Espetada de Frutas e sumo natural”	Crianças
Sessão de educação para a saúde - “Semáforo dos alimentos – Parte 1”	Crianças
Sessão de educação para a saúde - “Semáforo dos alimentos – Parte 2”	Crianças

Designação	Destinatário
Sessão de educação para a saúde - “Votos Saudáveis de Feliz Natal”	Pais / Encarregados de educação
Sessão de educação para a saúde – “Onde está o sal , açúcar e gordura”	Crianças
Sessão de educação para a saúde – “Açúcar escondido”	Crianças
Sessão de educação para a saúde – “Ser um Chef para o meu filho(a)”	Pais / Encarregados de educação
Exposição “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”	Crianças, Pais / Encarregados de educação
Sessão de educação para a saúde - “Lanches saudáveis”	Pais / Encarregados de educação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

“Ser um Chef para o meu filho(a)”

ACES ALENTEJO CENTRAL

Unidade Comunitária Transfronteiriça Évora

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

“Ser um Chef para o meu filho(a)”

- Chef Victor Ramalho

- Dr.ª Joana Agostinho

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Unidade Comunitária Transfronteiriça Évora



- Sugestões

Sugestões

This block is a graphic design for a suggestions section. It features a red-bordered box with the word *Sugestões* written in a cursive font next to a pen nib icon. In the top right corner, there is a small image of a glowing lightbulb with rays emanating from it, symbolizing an idea or suggestion.

ALIMENTAÇÃO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

- IMPLICAÇÕES NA SAÚDE -

EDUCAR PARA A SAÚDE



Joana Agostinho - Nutricionista 3204N
Janeiro de 2019

FACTOS E NÚMEROS

A saúde dos portugueses em 2015

Factores de risco que retiram mais anos de vida com saúde aos portugueses

Hábitos alimentares inadequados	19,2%
Hipertensão arterial	16,5
Índice de massa corporal elevado	13,3
Fumo de tabaco	11,2
Consumo de álcool	9,7
Glicose plasmática em jejum aumentada	7,5
Inactividade e baixo nível de actividade física	7,3
Colesterol total elevado	3,7
Riscos ocupacionais	3,2
Poliuição do ar por partículas	2,5

Maus hábitos alimentares que mais contribuem para os anos de vida que se perdem

Dieta:

Pobre em fruta	150
Rica em sódio	120
Pobre em vegetais	100
Pobre em frutos secos	80
Rica em carnes transformadas	60
Pobre em cereais integrais	40
Pobre em ácidos gordos omega 3	30
Pobre em fibras	20
Pobre em ácidos gordos polinsaturados	10
Rica em carnes vermelhas	5

Em milhares PUBLICO

Fonte: DGS "A Saúde dos Portugueses. Perspectiva 2015"

FACTOS E NÚMEROS

HÁBITOS ALIMENTARES INADQUADOS DOS PORTUGUESES

- 53% consumo inferior a 400g de hortofrutícolas
- 41% consumo diário de refrigerantes
- 88% de baixa adesão à dieta mediterrânica
- 76,9% consumo superior a 5g de sal por dia

15,8% dos portugueses não percebe de alto qualidar e vivem com hábitos alimentares inadequados

EXCESSO DE PESO (PRÉ-OBESIDADE + OBESIDADE) EM PORTUGAL

Nacional: 57% de excesso de peso

Adultos (M)	59%
Adultos (F)	55%
Crianças	25%
Idosos	81%

Obesidade por nível educacional:

Nenhum/Fraco	38,2%
Bom/Quase bom	11,7%

Excesso de peso por região:

Centro	57%
Norte	55%
Sul	53%
Alentejo	52%
Algarve	51%
Lisboa	50%
Açores	49%
Madeira	48%

ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS EM PORTUGAL

14,8%	sem excesso de peso
16,3%	obesidade
40,0%	excesso de peso
84,9%	obesidade ou excesso de peso

DGS

ALIMENTAÇÃO E COMPLICAÇÕES DE SAÚDE



A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para o desenvolvimento de várias patologias, levando à diminuição da qualidade e esperança média de vida.

GORDURA NA ALIMENTAÇÃO



Gorduras

- Colesterol
- Saturadas
 - Monosaturadas
 - Insaturadas
- Polinsaturadas
 - Omega-3
 - Omega-6
 - trans



GORDURA NA ALIMENTAÇÃO



Ingredientes utilizados



Quantidade adicionada



Tipo de confeção



Culinária saudável

SAL NA ALIMENTAÇÃO

Recomendação OMS
5g/dia

Consumo médio da população portuguesa
10,7g sal/dia

Limite máximo de ingestão de sal:

- ≤4,8g de sal/dia (4 a 8 anos)*
- ≤5,6g de sal/dia (9 a 13 anos)*

*Food Nutrition on board

FAIXA ETÁRIA	SEXO (M)	VAL. MÓDIO	% RECOMENDAÇÃO
0-3 M	MASCULINO (1138)	0,8 a 2,4	16%
	FEMINEO (1138)	0,7 a 2,3	14%
3-5 M	MASCULINO (852)	0,7 a 2,1	14%
	FEMINEO (1138)	0,9 a 2,5	18%
6-9 M	MASCULINO (1286)	1,0 a 2,9	20%
	FEMINEO (1344)	1,0 a 3,7	20%

SAL NA ALIMENTAÇÃO

Gráfico 4. Contributo dos subgrupos de alimentos para a ingestão diária de sódio (%).

Subgrupo de Alimentos	Contributo (%)
Sal de cozinha	29,2%
Pão e tortas	18,5%
Sopa	6,2%
Charcutaria e outras carnes processadas	6,0%
Peixe fresco, seco e enlatado	4,6%
Queijo e queijo fresco	4,1%
Leite simples	3,6%
Carnes vermelhas	2,4%
Bolachas	2,3%
Salgados recheados e salgadinhos	2,2%
Bolachas e biscoitos comerciais	1,9%
Iogurte e outros leites fermentados	1,6%
Batatas e outros tubérculos	1,5%

HÁBITOS ALIMENTARES
Evitar o consumo de sal

< 5g/dia

MÉDIO DE PAÍSES: -23%
DIREÇÃO CARDIOVASCULAR: -17%

Fonte: WHOAF 2013-2016, 2017

AÇÚCAR ADICIONADO NA ALIMENTAÇÃO

O excesso do consumo de açúcares simples está associada ao excesso de peso/obesidade, sendo por isso um fator de risco para as doenças crónicas, nomeadamente de DCV e DM tipo 2;

O consumo diário de açúcares simples:

Adulto = 2000 kcal

Criança = 1500 kcal

< 10% do Valor Energético Total

< 5% do Valor Energético Total

Benefícios adicionais

Excesso de açúcar = Armazenamento sob a forma de gordura

AÇÚCAR ADICIONADO NA ALIMENTAÇÃO

O excesso do consumo de açúcares simples está associada ao excesso de peso/obesidade, sendo por isso um fator de risco para as doenças crónicas, nomeadamente de DCV e DM tipo 2;

O consumo diário de açúcares simples:

Adulto = 2000 kcal

Criança = 1500 kcal

< 5% do Valor Energético Total

Benefícios adicionais

Excesso de açúcar = Armazenamento sob a forma de gordura

DIA ALIMENTAR

Pequeno-almoço Meio da Manhã Almoço

30g de cereais de leite MG = 15g

1 dia = Açúcar de + 4 dias

Lanche: Iogurte Infantil bicompartimentado = 19,6g

Jantar: Molho da bolonhesa = 10g, 1 fatia de bolo de chocolate = 20g

93,5 g de açúcar adicionado

DIA ALIMENTAR

Pequeno-almoço Meio da Manhã Almoço

1 copo de leite (200ml) = 5g

1 dia = 20g açúcar máximo recomendado

Lanche: Gelatina de iogurte = 5,8g

Jantar: 20g de açúcar adicionado

ALIMENTAÇÃO EM IDADE ESCOLAR

Roda dos alimentos – Instrumento de Educação Alimentar –

FORÇA
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO
CRESCIMENTO
SAÚDE
ENERGIA

IMPORTÂNCIA DOS ALIMENTOS – HORTÍCOLAS E FRUTOS

- Elevada densidade nutricional (promovem a saciedade);
- Baixo valor calórico;
- Fornecem minerais, vitaminas, água e fibra;
- Ação antioxidante – Protetora;

Recomendação: Mínimo 400g hortofrutícolas por dia (OMS)

+ cor + variedade + nutrientes e pigmentos + benefícios e saúde

FITONUTRIENTES

Antioxidantes – protegem o nosso corpo

VERMELHO	Ácido Eláico, Licopeno, flavonóides (p.e. camptferol e antocianinas)
AMARELO/LARANJA	Carotenóides (beta-caroteno, luteína e zeaxantina), hesperidina
VERDE	Clorofila, Luteína, Zeaxantina, Isocianato
ROXO/AZUL	Antocianinas, Flavonóides, Resveratrol
BRANCO	Antoxaninas, Alicina e Quercetina

VITAMINAS E MINERAIS – O QUE PODEMOS ENSINAR ÀS CRIANÇAS?

- VITAMINA C
- VITAMINA B
- ÁCIDO FÓLICO
- POTÁSSIO
- FÓSFORO
- VITAMINAS B1, B2, B3, B6, B12
- MAGNÉSIO
- VITAMINA A
- VITAMINA E
- VITAMINA K
- VITAMINA B
- POTÁSSIO

Preferir fruta e vegetais na época

- + BARATOS
- + NUTRITIVOS
- + SABOR

BENEFÍCIOS DE SAÚDE

BENEFÍCIOS DO CONSUMO DE FRUTA

- 1- Redução do risco cardiovascular
- 2- Diminuição dos níveis de colesterol
- 3- Regulação da pressão arterial
- 4- Prevenção de acidente vascular cerebral
- 5- Diminuição da ocorrência de cancro do estômago
- 6- Prevenção do cancro do cólon e reto
- 7- Prevenção do cancro do pulmão
- 8- Prevenção do cancro da bexiga
- 9- Prevenção do cancro da boca, faringe, laringe e esófago
- 10- Prevenção de doenças do trato urinário
- 11- Regulação do microbiota intestinal
- 12- Prevenção da diabetes tipo 2
- 13- Proteção contra doença de Alzheimer e outras demências
- 14- Aumento da sensação de saciedade
- 15- Prevenção da obesidade
- 16- Promoção da hidratação
- 17- Reforço do sistema imunitário
- 18- Ação anti-envelhecimento da pele
- 19- Prevenção de doenças oftalmológicas
- 20- Melhora da memória

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 17 milhões de mortes em todo o mundo podem ser atribuíveis ao baixo consumo de fruta e produtos hortícolas.

Calves Sabes | POMAR DA SAÚDE
Associação Portuguesa de Nutrição | www.apn.org.pt | geral@apn.org.pt

ALIMENTAÇÃO COMPLETA, VARIADA E EQUILIBRADA

- Ingerir alimentos de todos os grupos da **Roda dos Alimentos** tendo em conta as porções recomendadas e as necessidades nutricionais individuais;
- Tomar sempre o **pequeno-almoço**;
- Fazer **5 a 6 refeições** diárias;
- Iniciar o almoço e o jantar com **sopa**;
- Comer **fruta e hortícolas** frescos da época todos os dias;
- Pratique uma **culinária saudável** rica em sabores e aromas e pobre em gorduras;
- Substitua o sal para temperar e confeccionar os alimentos por **ervas aromáticas e especiarias**;
- Evite alimentos ricos em açúcar;
- Pratique exercício físico regularmente;
- Beba água (1,5L/dia);

FATORES QUE CONDICIONAM A ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

- Gostos e preferências dos pais e familiares;
- Influência na escola dos pais e educadores;
- Estilo de vida atarefado dos pais;
- Ambiente à refeição;
- Meios de comunicação social;
- Eventos sociais (festas de aniversário, épocas festivas);
- Insegurança alimentar do lar;



Recusa Alimentar
- Aversão a determinados alimentos -



ERROS COMUNS

"Se comeres a sopa, podes comer um gelado"

"Come a sopa!"

"Come a fruta!"

"Mãe, não gosto destas coisas verdes!"

"Pai, porque é que tenho que comer a fruta se tu não comes?"



CONTRARIAR ESSA TENDÊNCIA

"Não podemos comer só o que nos apetece. TODOS comemos sopa!"



"Eu sei que tu és capaz de fazer esse esforço e comeres aquilo que te faz bem mesmo que gastes menos!"



"Quando acabares de comer vamos brincar!"

"Eu sabia que ias conseguir comer tudo sem fazer birra. Tenho muito orgulho em ti!"

RECUSA ALIMENTAR

O que devemos fazer?

- Preparar o mesmo alimento noutra ocasião e de forma diferente e mais atrativa;
- Não devemos insistir de imediato mas...a criança não deverá ter outra alternativa de consumo;
- Serão necessárias 10 a 15 tentativas para que a criança se adapte ao sabor;
- Se o seu filho não gostar mesmo do alimento, é importante trocá-lo por outro do mesmo grupo;



A SAÚDE DAS CRIANÇAS COMEÇA ...

na mesa...

- Saiba escolher os alimentos;
- Inclua a criança no processo de produção, compra, preparação e confeção de fruta e vegetais;
- Seja um exemplo;
- Fique atento;



+ Curiosidade
+ Conhecimento
+ Aceitação

Faça refeições apelativas, saborosas e rica em nutrientes

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!







MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Estágio Final - 2º ano / 1º semestre

Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada

“Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

Aluno: Ricardo Jorge

Local de estágio: UCC Évora / Saúde Escolar

Avaliação da Qualidade da Sessão

Dimensões a avaliar		1	2	3	4	5	
Pertinência da apresentação	Pouco Pertinente						Muito Pertinente
Conteúdos apresentados	Muito inadequados						Muito adequados
Estruturação da sessão	Muito incorreta						Muito correta
Meios, métodos e recursos utilizados	Muito inadequados						Muito adequados
Esclarecimento da temática	Pouco esclarecedora						Muito esclarecedora
Alteração de estratégias / comportamentos futuros	Pouco Provável						Muito provável
Aquisição de novos conhecimentos	Reduzida aquisição						Elevada aquisição

Comentários / Sugestões:

Exma Sr.^a Diretora do Instituto de
Emprego e Formação Profissional de
Évora de da Delegação Regional do
Alentejo
Dr.^a Paula Caeiro

Assunto: Agradecimento da colaboração no projeto de Promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar: uma intervenção contextualizada - “*Alimentação equilibrada é a escolha adequada*”

Eu, Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge, enfermeiro e atualmente aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desenvolvido pelas instituições, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, encontro-me a desenvolver um estágio, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora no âmbito da Saúde Escolar, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério e da Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

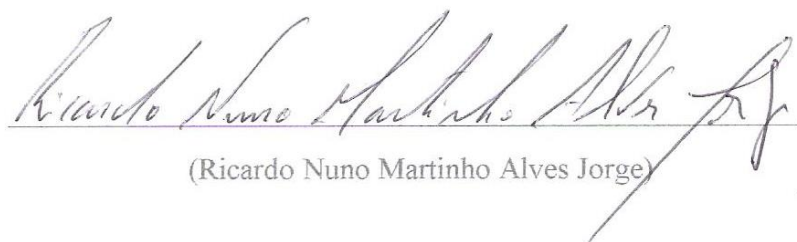
No âmbito do pedido de colaboração efetuado anteriormente, inserido no projeto de intervenção na comunidade no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade, que incide na promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar das salas dos 5 e 6 anos. Venho por este meio agradecer a V. Exa. colaboração no desenvolvimento de uma intervenção realizada no passado dia 18 de janeiro de 2019, direcionada aos pais / encarregados de educação e profissionais de educação, que se tornou possível através da intervenção e colaboração do Exmo. Sr. Chef Vitor Costa, assim como dos alunos do curso técnico cozinha/pastelaria, que se tornaram

fundamentais na implementação e enriquecimento da sessão planeada. Para além dos recursos humanos, agradeço ainda a disponibilização dos recursos físicos e materiais do Centro de Formação colocados ao dispor.

Agradeço mais uma vez a colaboração e interesse demonstrado na implementação do projeto acima referido.

Com os melhores Cumprimentos

Atenciosamente



(Ricardo Nuno Martinho Alves Jorge)

Évora, 24 de janeiro de 2019

Ricardo Alves Jorge

APÊNDICE 27

Atividade 12 – Exposição “Alimentação equilibrada é a escolha adequada”

“Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada”

É um projeto de intervenção na comunidade no âmbito da Saúde Escolar, direcionado para a promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar. Destinado às crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP) de Évora, envolvendo 46 crianças e os respetivos encarregados de educação. O projeto está a ser implementado desde setembro de 2018 e está integrado no mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo desenvolvido pelo Enfermeiro mestrando Ricardo Alves Jorge, que se encontra a realizar o estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Évora, com a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Rosa Silvério e a orientação da Professora Doutora Ermelinda Caldeira da Universidade de Évora.

Estabeleceu-se como objetivo geral, promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças com 5 e 6 anos de idade que frequentam o JINSP, sendo que para alcançar este objetivo estabeleceu-se como ambição, aumentar o consumo diário de legumes, hortícolas e frutas, diminuir o consumo diário de alimentos processados e alimentos confeccionados de forma menos saudável (fritos / panados) e diminuir o consumo diário de bolachas, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados.

Visando atingir os objetivos do projeto, foram desenvolvidas ações de educação para a saúde dirigidas aos encarregados de educação e crianças. Com as crianças utilizaram-se dinâmicas de interação através do jogo, comunicação oral, desenho, colagens, realização de tarefas, preparação e ingestão de alimentos. As intervenções tornaram-se possíveis pelo estabelecimento de uma articulação entre a UCC e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, estabelecimento de parcerias com o JINSP e com o Centro de Formação Profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Évora e a colaboração do Hospital do Espírito Santo de Évora. O projeto teve uma intervenção multidisciplinar, tendo contado com a participação de Enfermeiros, Nutricionista (Dr.^a Joana Agostinho), Terapeuta da Fala (Dr.^a Carmen Alfaiate), Médica Interna de Pediatria (Dr.^a Teresa Almeida), Chef de cozinha (Chef Victor Costa), alunos do Centro de Formação, Educadoras de Infância (Maria e Vina), Auxiliares de Educação (Madalena e Xana) e a Coordenadora Técnica e Pedagógica (Anjo Grilo).



APÊNDICE 28

Atividade 13 – Entrega de autocolantes, fixador magnético e um diploma

Alimentação equilibrada é a escolha adequada!




Eu hoje aprendi...

Alimentação equilibrada é a escolha adequada!



Eu hoje aprendi...

Alimentação equilibrada é a escolha adequada!

A cartoon illustration of a young girl with bright pink hair styled in a ponytail, large black eyes, and rosy cheeks. She is smiling and holding a light pink banner with both hands. The banner is positioned across the middle of the image, partially overlapping a large yellow star that serves as a background for the girl's head.

Eu hoje aprendi...



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO



Declara-se que _____,
participou nas atividades inseridas no Projeto "Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada",
no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar,
desenvolvido no período entre Setembro de 2018 e Janeiro de 2019,
numa colaboração entre a Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora
e o Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade.

A Diretora Técnica/Pedagógica

A Educadora de Infância

O Enfermeiro da Saúde Escolar



Évora, 18 de Janeiro de 2019



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO



Declara-se que _____,
participou nas atividades inseridas no Projeto "Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada",
no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar,
desenvolvido no período entre Setembro de 2018 e Janeiro de 2019,
numa colaboração entre a Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora
e o Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade.

A Diretora Técnica/Pedagógica

A Educadora de Infância

O Enfermeiro da Saúde Escolar



Évora, 18 de Janeiro de 2019

APÊNDICE 29

Atividade 14 – Sessão de educação para a saúde “Lanches Saudáveis”

Atividade 14 - Sessão de educação para a saúde “Lanches saudáveis”

Objetivo Geral: No final da sessão os pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos ficam sensibilizados acerca dos alimentos que devem contemplar os lanches escolares das crianças

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas / Objetivos Específicos	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/encarregados de educação das crianças das salas dos 5 anos, sobre a constituição dos lanches escolares das crianças.	Enfermeiro mestrando Educadoras de infância	Data a marcar em Maio de 2019 Duração de 45 minutos	Sala do JI	- Método expositivo; - Método Demonstrativo; Exposição temática pelo enfermeiro fomentando o diálogo	- Que 20% dos pais/encarregados de educação participem na sessão;	- Registo de ocorrências - Resultados da ficha de avaliação da sessão	- Nº de pais/encarregados de educação presentes /Nº total de pais/encarregados de educação X 100

Recursos Humanos - Enfermeiro, Educadoras

Recursos Materiais - Computador portátil, projetor de vídeo

Fases:

1.ª Fase: Apresentação do Enfermeiro. Agradecimento junto dos participantes pela presença.

2.ª Fase: Importância da constituição dos lanches escolares Abordagem acerca dos principais erros na constituição dos lanches escolares.

3.ª Fase: Exemplos de diferentes opções de lanches escolares saudáveis.

Final: Agradecimento pela participação e pedido de colaboração na abordagem da temática junto das crianças em casa. Preenchimento do instrumento de avaliação da sessão.

APÊNDICE 30

Orçamento

Tabela - ORÇAMENTO – Elaboração própria			
Recursos	Especificação	Proveniência	Valor
Equipamento informático	Computador	Propriedade do enfermeiro	800 €
	Projetor de vídeo	Propriedade da UCC	150 €
	Tela de projeção	Propriedade da UCC, JI	80 €
	Coluna de som	Propriedade do enfermeiro	25 €
	Impressora	Propriedade do enfermeiro	150 €
	Telemóvel	Propriedade do enfermeiro	160 €
Material utilizado nas sessões/dinâmicas	Poster Roda dos alimentos	Propriedade da UCC	20 €
	Imagens/Modelos de alimentos	Propriedade da UCC / Enfermeiro	30 €
	Tabuleiros	Propriedade da UCC	12 €
	Apito	Adquirido	2 €
	Pinos/sinaléticas	Propriedade do JI	20 €
	Taças, Pratos, Copos, Jarros, Facas, Garfos, Colher	Propriedade do JI	20 €
	Espremedor de Fruta	Propriedade do enfermeiro	35 €
	Recipientes vazios	Adquirido	6 €
	Balança	Propriedade do enfermeiro	18 €
Material consumível	Braçadeiras	Adquirido	3, 15 €
	Envelopes	Adquirido	4 €
	Impressão de autocolantes	Adquirido	25 €
	Impressão de fixadores	Adquirido	22,20 €
	Impressão de diplomas	Adquirido	22,20 €
	Impressão de convites	Adquirido	17,60 €
	Folhas A4	Adquirido	20 €
	Fita cola	Adquirido	1,48 €
	Pioneses	Adquirido	2, 30 €
	Cola	Adquirido	10,20 €
	Telas	Adquirido	36,90 €
	Cartolinas	Adquirido	9, 65 €
	Marcadores	Adquirido	2 €
	Palitos de espetada	Adquirido	1,78 €
	Toner de impressora	Adquirido	20 €
	Sacos de plástico	Adquirido	1,40 €
	Alimentos	Gratuito	20 €
	Alimentos	Adquirido	100 €
Combustível	Viatura própria (0,36€/Km)	Adquirido	400 €
Recursos humanos	Enfermagem	Gratuito	3000 €
	Nutricionista	Gratuito	150 €
	Terapeuta da Fala	Gratuito	100 €
	Medica Interna de Pediatria	Gratuito	100 €
	Chef de Cozinha	Gratuito	200 €
Outros	Internet, rede telemóvel e eletricidade	Adquirido	100 €
	Espaço de confeção e preparação de alimentos/Formação	Gratuito	100 €
Total Orçamentado			5.997,86 €
Total Despendido			807,86 €

APÊNDICE 31

Cronograma

APÊNDICE 32

Divulgação do projeto na página eletrônica do jardim de infância

Disponível em:

<https://www.jinspiedade.pt/informacoes/noticias/96-noticias-2019/792-alimentacao-equilibrada-e-a-escolha-adequada>

Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada

Atualizado em 21-01-2019

"Alimentação Equilibrada é a Escolha Adequada" é um projeto de intervenção na comunidade no âmbito da Saúde Escolar, direcionado para a promoção de hábitos alimentares saudáveis no pré-escolar, que tem estado a ser levado a efeito no Jardim Infantil Nossa Senhora da Piedade (JINSP) de Évora, com 46 crianças de 5 e 6 anos de idade, os respetivos pais/encarregados de educação e as profissionais de educação. O projeto está integrado no mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo desenvolvido pelo Enfermeiro mestrando Ricardo Alves Jorge, que se encontra a realizar o estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Évora, com a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Rosa Silvério e a orientação da Professora Doutora Emelinda Caldera da Universidade de Évora.

Estabeleceu-se como objetivo a promoção de hábitos alimentares saudáveis nesta população. Nas salas dos 5 e 6 anos foram realizadas dinâmicas de interação através do jogo, comunicação oral, desenho, colagens, execução de tarefas, preparação e ingestão de alimentos. As intervenções, que também incluíram os profissionais e os pais/encarregados de educação, tomaram-se possíveis através da articulação entre a UCC e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, pelo estabelecimento de parcerias com o JINSP e com o Centro de Formação Profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional de Évora e a colaboração do Hospital do Espírito Santo de Évora. O projeto teve uma intervenção multidisciplinar, contando com a participação de Enfermeiros, Nutricionista, Terapeuta da Fala, Médica Interna de Pediatria, Chef de cozinha, alunos do Centro de Formação, Educadoras de infância, Assistentes Operacionais e Coordenadora Técnico Pedagógica.



APÊNDICE 33

Artigo científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Unidade Curricular Estágio Final

2º ano / 1º semestre

ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES NO PRÉ-ESCOLAR

Autor:

Ricardo Alves Jorge nº 37222

Évora

Janeiro, 2019

**ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES
NO PRÉ-ESCOLAR**

**NUTRITIONAL STATUS AND FOOD HABITS
NO PRE-SCHOOL**

Ricardo Alves Jorge, Licenciado em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeiro na Unidade de Saúde Familiar Eborae – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central; aluno de mestrado em enfermagem em associação – Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; ricardoalvesjorgemail.com

Resumo

Introdução: A manutenção de um estado nutricional adequado e um desenvolvimento desejável na idade pré-escolar estão associados à influência de diversos comportamentos e estilos de vida, que na sua medida podem ser ensinados e modificados. **Objetivo:** Analisar o estado nutricional das crianças na idade pré-escolar de um jardim de infância de Évora, e caracterizar a frequência e os seus hábitos alimentares. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Amostra por conveniência constituída por 33 crianças do ensino pré-escolar e os representantes legais/familiares. Inquérito por questionário anónimo aplicado de forma indireta à um familiar das crianças. Caracterizar o estado nutricional de acordo com o percentil do índice de massa corporal das crianças, segundo o critério da Organização Mundial de Saúde, através das medições antropométricas realizadas na última consulta de saúde infantil. Tratamento estatístico através do Software Statistical Package for Social Sciences versão 2.4. **Resultados:** 69,7% das crianças apresentavam um estado nutricional normo-ponderal e 18,2% apresentavam risco de excesso de peso. Carne, produtos similares e ovos são utilizados mais vezes do que o aconselhado. Carne e peixe são muitas vezes ingeridos através de panados e fritos. Legumes e hortícolas ingeridos com menor frequência e em menor quantidade que a porção indicada. Ingestão excessiva de doces e produtos açucarados. **Conclusão:** Importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em risco de excesso de peso, com o objetivo de alcançarem um estado nutricional adequado no futuro. Evidencia-se a pertinência da educação para a saúde no âmbito da saúde escolar com o intuito da promoção de comportamentos e hábitos de alimentação saudável junto das crianças, atuando junto destas diretamente e desenvolvendo intervenções direcionadas para os pais e familiares, e inseridas no contexto do local de ensino junto das educadoras e auxiliares de educação.

Descritores: Obesidade, alimentação saudável; crianças pré-escolares; promoção da saúde; saúde escolar.

Abstract

Introduction: The maintenance of adequate nutritional status and desirable development in pre-school age are associated with the influence of various behaviors and lifestyles that can be taught and modified in their measure.

Objective: To analyze the nutritional status of preschool children in a kindergarten in Évora, and to characterize the frequency and their eating habits.

Methodology: Cross - sectional, descriptive, quantitative approach. Sample for convenience consisting of 33 pre-school children and legal / family representatives. Inquiry by anonymous questionnaire applied indirectly to a family member of the children. To characterize the nutritional status according to the percentile of the body mass index of the children, according to World Health Organization criteria, through the anthropometric measurements carried out in the last child health consultation. Statistical treatment through the Software Statistical Package for Social Sciences version 2.4.

Results: 69.7% of the children had a normal-weight nutritional status and 18.2% presented a risk of being overweight. Meat, similar products and eggs are used more often than advised. Meat and fish are often ingested through breads and fried. Vegetables and vegetables ingested less frequently and less than the indicated portion. Excessive intake of sweets and sugary products. **Conclusion:** Importance of promoting healthy eating habits in children at risk of overweight, aiming to reach an adequate nutritional status in the future. It is evidenced the relevance of health education in school health with the aim of promoting behaviors and habits of healthy eating with children, acting directly with them and developing interventions directed at parents and family, and inserted in the context of the place of education with educators and education assistants.

Descriptors: Obesity; healthy eating; preschool children; health promotion; school health