



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 em Crianças do 1ºAno do 1ºCiclo: Lancheiras Saudáveis

Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, junho 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 em Crianças do 1ºAno do 1ºCiclo: Lancheiras Saudáveis

Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, junho 2023

**“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.**

(Antoine de Saint-Exupéry)

Agradecimentos

Quero demonstrar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste projeto, e sem os quais a sua realização seria sem dúvida mais difícil.

À minha família, por todo o apoio, motivação e compreensão, que me prestaram ao longo desta caminhada.

À professora Doutora Ermelinda Caldeira, pela sua orientação e dedicação. À Enfermeira Ana Grossinho, orientadora pedagógica deste projeto, pelo seu apoio, transmissão dos seus conhecimentos e todo o tempo que me dispensou.

À professora Edite do 1º ano da Escola Básica H.D pela sua disponibilidade e colaboração neste projeto. Aos restantes funcionários da escola meu agradecimento. Por último, o meu grande obrigado às crianças por me receberem com tanto afeto e por tudo o que me ensinaram ao longo deste percurso.

A todos um bem-haja,

Muito obrigada.

RESUMO

Os hábitos alimentares são adquiridos especialmente na infância e tendem a determinar os comportamentos alimentares na idade adulta. A família tem uma função fundamental na educação dos hábitos alimentares, mas a escola é o local privilegiado da comunidade onde as crianças aprendem a transpor as aprendizagens sobre a alimentação em comportamentos saudáveis. A enfermagem comunitária, focada na comunidade, desempenha um papel fundamental ao capacitar as crianças e as famílias na adoção de hábitos alimentares saudáveis, promovendo a saúde de maneira eficaz.

O objetivo deste Relatório de Estágio é apresentar o percurso realizado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e Estágio Final, bem como o projeto desenvolvido. Para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, aplicado às crianças do 1º Ano do 1º Ciclo, seguimos a Metodologia do Planeamento em Saúde.

O projeto teve como objetivo promover comportamentos alimentares saudáveis nas crianças do 1º ano do 1º ciclo de uma escola em Setúbal, nomeadamente na planificação de lanches Saudáveis dado que em termos de padrão alimentar existe um consumo insuficiente de cereais e derivados, laticínios, e existe um consumo excessivo de bebidas açucarada e produtos açucarados. Essa constatação reforça a necessidade de promover uma alimentação mais equilibrada e saudável, com a inclusão de opções mais nutritivas nos lanches escolares.

Palavras-chave: Hábitos alimentares saudáveis, criança, promoção da saúde, Saúde Pública

ABSTRACT

Eating habits are acquired especially in childhood and tend to determine eating behaviors in adulthood. The family has a fundamental role in the education of eating habits, but the school is the privileged place in the community where children learn to transpose what they have learned about eating into healthy behaviors. Community nursing, focused on the community, plays a key role in empowering children and families to adopt healthy eating habits, effectively promoting health.

The purpose of this Internship Report is to present the path taken during the Community Nursing and Public Health Internship and Final Internship, as well as the project developed. For the development of the community intervention project, applied to children in the 1st Year of the 1st Cycle, we followed the Health Planning Methodology.

The aim of the project was to promote healthy eating habits in children in the 1st year of the 1st cycle of a school in Setubal, namely in the planning of healthy snacks, given that in terms of dietary patterns there is insufficient consumption of cereals and derivatives, dairy products, and there is a Excessive consumption of sugary drinks and sugary products. This finding reinforces the need to promote a more balanced and healthy diet, with the inclusion of more nutritious options in school lunches.

Keywords: Healthy eating habits, child, health promotion, Public Health

LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- APA** – *American Psychological Association*
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- ARS-LVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- BI-CSP** – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- CILE** – Consentimento Informado Livre e Esclarecido
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- EE** – Encarregado de Educação
- EB** – Escola Básica
- ECSP** – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- EEECSP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- ET** – Educação Terapêutica
- H.D** – Humberto Delgado
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- L.F** – Lima de Freitas
- L.T** – Luísa Todi
- MPS** – Modelo de Promoção de Saúde
- OCDE** – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- PNPAS** – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- PLS** – Plano Local de Saúde
- PrS** – Promoção de Saúde
- RNU** - Registo Nacional Utentes
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SE** – Saúde Escolar
- UC** – Unidade Curricular
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- WBS** – *Work-Breakdown Structure*
- WHO** – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA DOS 6 AOS 12 ANOS	15
2. A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL	18
3. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS: HÁBITOS ALIMENTARES	23
3.1. PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS: LANCHES SAUDÁVEIS	26
4. PROMOÇÃO DA SAÚDE	34
4.1. MODELO DE NOLA PENDER NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	37
4.2. A FAMÍLIA E A ESCOLA.....	40
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	45
1.CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE	45
1.1. A UNIDADE DE FUNCIONAL	45
1.2 A COMUNIDADE	47
1.2.2 Caraterização da cidade de Setúbal	47
1.2.3 Caracterização da escola básica H.D	48
2. METODOLOGIA	49
2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	49
2.2. POPULAÇÃO ALVO.....	51
2.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	52
2.4. QUESTÕES ÉTICAS.....	54
2.5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	55
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	56
3.1 Diagnóstico de Situação escola HD.....	61
3.1 Problemas identificados	64
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	66
5.OBJETIVOS	67
6. ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	69
6.1 ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS.....	69
6.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	69
6.2.1 Envolvimento dos parceiros	70
6.2.2 Elaboração de Sessões de educação para a Saúde	70
6.3 ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO.....	73
6.4 RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS	73

6.5 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	74
6.6 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	75
6.7 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO.....	75
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	76
8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	80
III. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	81
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS	92
ANEXOS	101
ANEXO 1 – Questionário utilizado no Projeto ESPIGA	102
ANEXO 2 – Grelha de Observação Lancheiras.....	107
APÊNDICES.....	109
APÊNDICE 1 – Autorizações para a utilização do questionário utilizado no projeto Espiga	110
APÊNDICE 2 – Autorizações para a utilização do questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ).....	113
APÊNDICE 3 – Autorização do coordenador da USP arrábida e programa nacional de saúde escolar	115
APÊNDICE 4 – Autorização do diretor executivo do agrupamento de centros de saúde (ACeS) arrábida	117
APÊNDICE 5 – Pedido de autorização à direção do agrupamento de escola Lima Freitas	119
APÊNDICE 6 – Pedido de autorização à direção do agrupamento de escola Luísa Todi.....	121
APÊNDICE 7 – Autorização direção do agrupamento de escolas Luísa Todi.....	123
APÊNDICE 8 – Autorização direção do agrupamento de Lima de Freitas.....	125
APÊNDICE 9 – Pedido de autorização aos pais/encarregados de educação para a sua participação no projeto de intervenção comunitária.....	127
APÊNDICE 10 – Cronograma do projeto.....	130
APÊNDICE 11 – Grelha de observação de Lanches	132
APÊNDICE 12 – Autorização da comissão de ética ARSLVT	134
APÊNDICE 13 – Sessões de Educação para a Saúde.....	136
APÊNDICE 14 – Portefólio Sessões de Educação para a Saúde.....	142
APÊNDICE 15 – Diploma de participação	148
APÊNDICE 16 – Convite de Participação Pais/Encarregados de Educação	150
APÊNDICE 17 – Fotografias da Sessão de Educação Saúde publicadas nas Redes Sociais do Agrupamento de Escolas Luísa Todi	152
APÊNDICE 18 – Resumo do Artigo Científico	155

ÍNDICIE DE FIGURAS

Figura 1. Situação alimentar e nutricional em Portugal	25
Figura 2. Roda dos Alimentos.....	27
Figura 3. Diagrama do MPS de Pender (revisto).....	38
Figura 4. Pirâmide Etária dos utentes inscritos ACES Arrábida dezembro 2022.....	46
Figura 5. Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.....	50

ÍNDICIE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência de excesso de peso em crianças (8,7 e 10 anos) em 2019.....	21
Gráfico 2. Frequência Alimentar das crianças de dois Agrupamentos de escolas de Setúbal avaliado através do questionário ESPIGA	57
Gráfico 3. Grupo Alimentar carnes, pescado e ovos	58
Gráfico 4. Grupo Alimentar gorduras e açúcares não naturaisFonte: A própria.....	59
Gráfico 5. Resultados de cada subescala do CEBQ da escala do evitamento da comida e escala da atração pela comida Média e desvio padrão de dois agrupamentos de escola e dos resultados do estudo de Viana e Sinde (2008) para crianças de 6/7 anos	61
Gráfico 6. Frequência Alimentar das crianças do 1ºAno da turma H.D através do questionário ESPIGA	62
Gráfico 7. Percentagem dos alimentos consumidos nos lanches observados no diagnóstico de situação da escola HD	63

ÍNDICIE DE TABELAS

Tabela 1. Classificação da obesidade no adulto de acordo com o IMC e risco de comorbilidades.....	18
Tabela 2. Necessidades energéticas diárias recomendadas por faixa etária	29
Tabela 3. Composição nutricional do lanche da manhã (5-10% VET) por faixa etária	29
Tabela 4. Composição nutricional do lanche da tarde (10-15% VET) por faixa etária	30
Tabela 5. Alimentos divididos em três grupos: alimentos a privilegiar, alimentos a evitar	31
Tabela 6. Valores de referência para a ingestão de água proveniente de bebidas (litro/dia)	32
Tabela 7. Estratégias para melhorar os hábitos alimentares da criança	41
Tabela 8. Distribuição dos alunos do 1ºAno da época letiva 2022/2023	52
Tabela 9. Resultados de cada subescala do CEBQ, média e desvio padrão de dois agrupamentos de escolas e dos resultados do estudo de Viana e Sinde (2008) para crianças de 6/7 anos.....	60
Tabela 10. Objetivo para o problema identificado: Comportamento alimentar comprometido	67

Tabela 11. Previsão orçamental do projeto	74
Tabela 12. Avaliação do Objetivo.....	76
Tabela 13. Indicadores de atividade ou execução	78
Tabela 14. Avaliação dos indicadores de Impacto/resultado.....	79

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a obesidade como a epidemia do século XXI. A prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil continua a aumentar de forma significativa no mundo, na Europa e em Portugal, tornando-se a causa de grande apreensão em termos de saúde pública. A este problema está associada uma maior probabilidade de morte prematura e incapacidade na vida adulta. Se não forem tomadas medidas preventivas, parte destas crianças serão adultos com obesidade e irão desenvolver problemas de saúde com repercussões ao nível da redução na esperança e qualidade de vida. Importa por isso, dar especial atenção às crianças e jovens no sentido de adotarem comportamentos de vida saudáveis (World Health Organization [WHO], 2021).

Portugal ocupa a segunda posição entre os países europeus com a maior prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças. Aproximadamente 32% dessa faixa etária, que compreende crianças de 7 a 9 anos, está afetada por esse problema. Os hábitos alimentares têm um papel fundamental na etiologia deste problema. Isto significa que desde muito cedo é necessário capacitar o indivíduo para aprender hábitos de vida saudáveis ao longo da vida, para que possua ferramentas que lhe permitam fazer escolhas saudáveis (Mendes, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a saúde na infância é preditiva da saúde ao longo da vida, fornando nos primeiros anos, os alicerces sobre os quais se constrói o potencial da saúde individual. A prevenção, sobretudo para os mais jovens, é consensual como a melhor opção para reverter o aumento da prevalência da obesidade infantil a nível mundial (Scaglioni et al., 2018).

Na infância a alimentação tem um papel influente no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças, sendo neste período que se adaptam comportamentos, educam-se os seus gostos e preferências alimentares. Deste modo, a escola assume um papel fundamental na promoção da saúde e na aquisição de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que é na escola que a criança permanece grande parte do seu dia, realizando, por isso, muitas das suas refeições diárias. A idade escolar torna-se crucial para a criação de hábitos, de preferência saudáveis, sendo estes estruturados nesta fase de acordo com os conhecimentos adquiridos e os comportamentos e crenças concebidas que irão persistir na vida adulta (Santos et al., 2018).

Na saúde escolar, o enfermeiro é um elemento basilar na promoção da saúde, sendo a assiduidade nas escolas um fator contributivo para educar sobre e promover estilos de vida saudáveis. Ao identificar o comprometimento de necessidades reais da comunidade escolar poderá planificar, preparar, adequar e concretizar os cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde,2015).

O presente relatório de estágio elaborado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública teve objetivo principal descrever o projeto de intervenção realizado durante os Estágios de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública I, que ocorreu de 16 de maio a 28 de junho, e o Estágio Final em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública I, realizado de 17 de setembro de 2022 a 24 de janeiro de 2023. Os estágios foram realizados numa Unidade de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Além disso, o relatório inclui uma reflexão sobre todas as atividades realizadas, com base nas competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

O projeto de intervenção comunitária apresentado, tem como objetivo geral contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do 1º ano do 1ºciclo do ensino básico e foi operacionalizado segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde, permitindo através desta avaliar o estado de saúde deste grupo de crianças. Segundo, Imperatori & Giraldes (1993) o planeamento em saúde traduz-se em eficientes intervenções em saúde dando origem a uma melhoria do nível de saúde das populações.

A enfermagem comunitária visa a identificação e resposta a necessidades de saúde de uma dada comunidade. Já a enfermagem de saúde pública não se restringe apenas a comunidades específicas, mas abrange populações mais amplas, visando estruturar e capacitar uma dimensão mais abrangente de cuidados de saúde, seja em âmbito local, regional, nacional, europeu, entre outros. (Rector & Stanley, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), possui competências ímpares que lhe permite:

“(…) estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19354)

O relatório de estágio sustenta uma análise comunitária específica, nomeadamente do município de Setúbal, numa USP inserida na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo tendo como tema: “Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças do 1ºAno,1ºciclo - Lancheiras Saudáveis” propondo enquadrar as suas especificidades e caracterizar o que a define quanto à adoção de hábitos saudáveis nos agrupamentos de escolas do 1º ano do 1ºciclo, a fim de identificar de forma sustentada as suas necessidades e o que poderão ser linhas de atuação que promovam o bem-estar desta comunidade por meio de melhores práticas de enfermagem.

O Relatório de Estágio está dividido em quatro partes essenciais: Introdução, Enquadramento Teórico, Enquadramento Prático e Conclusão. Além disso, são incluídos Apêndices e Anexos.

Na Introdução, são apresentados o objetivo do trabalho, a escolha do tema e a estrutura geral do relatório.

No Enquadramento Teórico, são abordados os fundamentos teóricos pertinentes ao tema do projeto, fornecendo uma base conceptual para a compreensão do trabalho realizado.

No Enquadramento Prático, são descritos os detalhes práticos do estágio, incluindo a metodologia utilizada, as atividades realizadas no âmbito do projeto desenvolvido, as experiências vivenciadas e as reflexões feitas durante o período de estágio. Dessa forma descreve-se o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades e os objetivos estabelecidos. Além disso, é realizada uma análise reflexiva sobre todas as intervenções desenvolvidas e a avaliação do projeto.

Serão descritas outras atividades nas quais tive a oportunidade de participar durante os estágios. Por fim, será realizada uma análise reflexiva sobre o processo de desenvolvimento das competências relacionadas ao nível de mestrado e à especialização em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

A Conclusão, encerra o relatório, fazendo uma análise reflexiva sobre o cumprimento dos objetivos estabelecidos e as lições aprendidas ao longo do estágio.

Por fim, são incluídos os Apêndices e Anexos, que contêm informações adicionais relevantes, como documentos complementares, formulários, tabelas ou qualquer material de apoio utilizado durante o estágio.

A redação do relatório está de acordo com as normas e indicações definidas pela instituição de acolhimento da 6ª edição de Mestrado do Instituto Politécnico de Setúbal (Escola Superior de Saúde) - que visa a aplicação do Regulamento de Funcionamento do Mestrado

em Enfermagem (em Associação) e com a Norma da American Psychological Association (APA) – 7ª edição, tendo sido redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como forma de aquisição dos conhecimentos necessários à contextualização da situação, nomeadamente a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prevenção da obesidade nas crianças do 1ºano do 1ºciclo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica fomentando todo o aporte teórico no projeto de intervenção que se encontra apresentada nesta primeira parte do relatório.

Todo o conhecimento adquirido ao longo da análise e pesquisa bibliográfica constitui a base que fundamentou e orientou todo o projeto de intervenção comunitária que se encontra exposto na segunda parte deste relatório enquadrando o EECCSP nesta temática ao nível do ambiente escolar.

1. DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA DOS 6 AOS 12 ANOS

Papalia e Feldman (2013), no seu livro “Desenvolvimento Humano” fizeram uma descrição dos principais desenvolvimentos típicos do ser humano - desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento psicossocial, divididos por faixa etária onde referem que as crianças entre os 6 e os 12 anos enquadram-se na terceira infância. Ao nível do desenvolvimento físico, observa-se uma maior lentidão no que respeita ao crescimento; aumenta a força física, bem como as habilidades atléticas; de uma forma geral, a saúde é melhor do que em qualquer outro ciclo da vida, porém são frequentes as doenças respiratórias. A nível cognitivo, o pensamento lógico e concreto aparece e diminui o egocentrismo; aumentam as habilidades a nível de memória e de linguagem; o desenvolvimento da cognição faz com que a criança beneficie da instrução formal na escola; algumas crianças podem manifestar necessidades educacionais específicas, bem como talentos especiais. A nível psicossocial, o autoconceito torna-se mais complexo, o que tem impacto na autoestima da criança o que reflete um afastamento progressivo a nível do controlo dos pais para a criança; os colegas adquirem uma importância significativa (Papalia & Feldman, 2013).

As crianças entre os 6 e os 12 anos, ou seja, da terceira infância, apresentam, assim, uma lentidão a nível de desenvolvimento, se compararmos aos estágios de desenvolvimento anteriores. Porém, muito embora as mudanças possam não ser tão marcantes no dia-a-dia, contribuem para diferenças acentuadas entre crianças de 6 anos, que ainda são pequenas, e crianças de 12 anos que, em muitos casos, começam-se a assemelhar a adultos. As crianças entre os 6 e os 12 anos crescem, em média, 5 a 7,5 centímetros (cm) por ano; as meninas retêm muito mais tecido adiposo em comparação com os meninos, sendo que esta é uma característica que se manterá na idade adulta. Nesta fase, as necessidades nutricionais das crianças devem ser ajustadas, a alimentação deve ser variada e conter uma grande quantidade de grãos, frutas, vegetais e níveis de carboidratos complexos, tais como os encontrados na batata, massas, pães e cereais (Papalia & Feldman, 2013).

Nesta fase, as necessidades de sono diminuem e podem surgir problemas a este nível, como por exemplo, insónia, resistência em ir para a cama, etc., o que faz com que as crianças fiquem muitas vezes sonolentas durante o dia (Papalia & Feldman, 2013).

A nível do desenvolvimento cerebral, a partir dos 6 anos ocorrem mudanças significativas, sendo que por volta dos 7 anos e meio nas meninas o volume da substância cinzenta no núcleo caudado atinge o pico, enquanto nos meninos ocorre por volta dos 10 anos. Não obstante, o desenvolvimento cerebral é complexo e está dependente da interação de vários fatores, não apenas genéticos e epigenéticos, como também ambientais (Papalia & Feldman, 2013).

No que respeita à saúde, a taxa de mortalidade na fase entre os 6 e os 12 anos é a mais baixa relativamente a outras faixas etárias. Porém, verificam-se muitas crianças acima do peso, em virtude de maus hábitos de alimentação, o que resulta no desenvolvimento de doenças crónicas que podem persistir até à idade adulta. Nesta fase também, ocorre uma preocupação com a imagem corporal, o que se torna relevante sobretudo para as meninas, e que pode evoluir para o aparecimento de perturbações alimentares no período da adolescência. O excesso de peso nestas idades pode culminar em diabetes tipo 2, uma doença caracterizada por resistência à insulina, normalmente diagnosticada em adultos acima do peso e mais velhos. Porém, com o aumento da obesidade infantil, cada vez mais crianças estão a ser diagnosticadas com esta doença (Papalia & Feldman, 2013). Apesar da diabetes tipo 2 doença estar associada uma grande carga genética, o seu crescimento em pediatria está diretamente relacionado com o problema da obesidade infantil.

Nesse âmbito, Portugal apresenta um dos piores números no que se refere à obesidade infantil, o que futuramente representará um problema de saúde pública de grande dimensão, com um forte impacto em vários domínios. A adoção de estilos de vida saudáveis é

fundamental no tratamento da diabetes tipo 2 em idade pediátrica. Como as alternativas para o tratamento desta doença em crianças ainda são limitadas, a prevenção assume uma importância especial (Simões et al., 2015).

2. A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2023), a obesidade consiste numa doença de caráter crónico que se caracteriza pelo excesso de gordura acumulada no organismo. Esta doença é originada por um desequilíbrio entre as calorias que a pessoa ingere, através da alimentação, e a quantidade de calorias gastas com exercício físico e atividades de vida diárias. Por conseguinte, quando ocorre a persistência de um balanço energético positivo por um longo período, a pessoa aumenta de peso e a obesidade é desenvolvida (DGS, 2023).

A obesidade pode ser mensurada através de diversos métodos, nomeadamente através de medidas antropométricas que permitem medir o tamanho corporal e a espessura do tecido adiposo (e.g., peso, altura, perímetro abdominal, perímetro da anca ou pregas cutâneas). Algumas destas medidas antropométricas são frequentemente combinadas, de forma a produzir índices que possam prever melhor a gordura corporal geral, sendo o mais comumente usado na avaliação clínica, o Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice é calculado através da divisão do peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (Kg/m^2) - um cálculo que permite, de um modo rápido e simples, classificar o indivíduo adulto em várias categorias, conforme apresentado na tabela abaixo (Tabela 1). De referir que cada classificação tem um risco associado de comorbilidades (DGS, 2005).

Tabela 1. Classificação da obesidade no adulto de acordo com o IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m^2)	Risco de comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (porém há risco aumentado de outras condições clínicas)
Variação normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25 – 29.9	Moderado
Obesidade tipo 1	30 – 34.9	Aumentado
Obesidade tipo 2	35 – 39.9	Grave
Obesidade tipo 3	≥ 40	Muito grave

Fonte: DGS 2005

Em idade pediátrica, que compreende entre os 0 e os 10 anos, a interpretação do IMC requer um ajustamento para a idade e o género, tendo como base as curvas-padrão de crescimento preconizadas pela OMS, que definem que os valores-limite do IMC para o excesso de peso e obesidade são, respetivamente, os percentis 85 e 97 (Viveiro et al., 2016; Onis et al., 2007 citados por Leal e Ribeiro, 2021).

Entre as causas da obesidade encontram-se os fatores genéticos e os fatores ambientais, tais como os estilos de vida adotados e o ambiente cultural onde a pessoa está inserida. De um modo geral, assume-se que a obesidade resultam de um aumento da ingestão calórica e da ingestão de gorduras (Sahoo et al., 2015). Além disso, existem duas fases muito importantes da vida da pessoa que podem determinar o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade – a infância e a adolescência. Por conseguinte, é pertinente ter uma atenção especial nesses períodos (Maślak et al., 2020).

Sahoo et al. (2015) refere que as crianças com sobrepeso e obesas têm uma maior propensão a permanecer obesos na idade adulta, além de ficarem mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças não transmissíveis como diabetes, problemas cardiovasculares e outras doenças numa idade mais jovem que o normal. A forma como a obesidade se desenvolve ainda não é totalmente compreendida, considerando-se que é um problema com múltiplas causas.

Fatores ambientais, o estilo de vida e o ambiente cultural desempenham fatores de relevo no aumento da prevalência da obesidade a nível mundial. De uma forma geral, e como já mencionado, parte-se do princípio de que o sobrepeso e a obesidade são resultados de um aumento da ingestão calórica e de gordura. Por outra parte, existem evidências de que a ingestão em excesso de açúcar, o aumento do tamanho das porções de comida e a falta de atividade física regular têm desempenhado papéis preponderantes nas taxas crescentes de obesidade em todo o mundo (Sahoo et al., 2015).

Williams e Greene (2018) identificaram no seu estudo os seguintes fatores de risco primordiais para a obesidade infantil: 1) alimentação; 2) atividade física; 3) saúde mental e humor; 4) perturbação do sono; 5) utilização de meios de comunicação sociais. Dentro dos fatores relacionados à alimentação, os autores destacaram a importância aos alimentos consumidos na escola e em casa. A atividade física, por sua vez, é importante para minimizar os riscos de doenças crónicas e prematuras, auxiliando também no controlo de peso, na melhoria da força e da resistência, no desenvolvimento de ossos e músculos saudáveis, bem como na redução do stress e na melhoria da autoestima em crianças em idade escolar. Contudo, conforme referido pelos autores supracitados, os níveis de atividade física na infância têm vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, o que tem sido associado a um maior foco no desempenho académico por parte das escolas e ao aumento considerável da utilização de dispositivos eletrónicos (ex.: telemóveis, tablets, computadores, etc.). No que concerne aos fatores associados à saúde mental e ao humor, é de ressaltar que o estado de saúde mental das crianças apareceu altamente associado a comportamentos saudáveis. Assim, problemas psicológicos e de humor foram relacionados a problemas de peso e obesidade em crianças e adolescentes, nomeadamente a depressão e a ansiedade. As

perturbações do sono foram consideradas, igualmente, um fator de risco para a obesidade em crianças e adolescentes. Por fim, o uso de meios de comunicação sociais (media) tem sido fortemente associado à obesidade em crianças desde a década de 80. Dentro destes fatores de risco incluem-se o tempo cada vez maior que as crianças passam a ver televisão, a jogar no computador e no telemóvel, os quais fazem com que haja um menor gasto de energia e uma maior ingestão de comida (Williams & Greene, 2018).

Segundo Fornari et al. (2021), a promoção do leite materno, a redução do teor de proteína dos leites formulados e a alimentação dos primeiros 12 a 24 meses, envolvendo a família e a escola em intervenções que visem a promoção da atividade física e alimentação saudável, constituem estratégias promissoras para a redução do risco da obesidade. A prevenção e a redução dos níveis da obesidade infantil requerem uma abordagem multidimensional e as intervenções devem ocorrer desde a pré-escola, envolvendo também a família, as unidades de saúde e a comunidade.

De acordo com Ribeiro (2008), a obesidade infantil pode ser prevenida através de medidas adequadas de prescrição de dieta na infância desde o nascimento, atividades físicas adequadas e o desenvolvimento de programas educacionais que possam ser aplicados ou que estejam a ser implementados nos cuidados de saúde primários e nas escolas.

A destacar que crianças que apresentam, na infância, excesso de peso ou obesidade têm maior tendência para, ao longo da vida, manter ou agravar a sua condição. Além disto, experienciam uma menor qualidade de vida, gastam mais em cuidados de saúde e têm menor esperança média de vida, estando estes efeitos associados às condições de saúde musculoesqueléticas, hipertensão, diabetes, entre outras, que derivam comumente da vivência com excesso de peso. Não obstante, existem também impactos psicológicos associados, nomeadamente ao nível da autoestima e imagem corporal consideráveis (Tran et al., 2019).

Conforme mencionado num estudo realizado por Shaba et al. (2022), a obesidade infantil tem consequências cruciais para a saúde, tanto durante a infância como à medida que as pessoas envelhecem, estando altamente associada a muitos problemas agudos. Assim, em crianças, a obesidade é responsável pelo surgimento de problemas de saúde, tais como asma, inflamação crónica, problemas ortopédicos, problemas hepáticos, diabetes mellitus ou dislipidemia. Além disso os adultos que tiveram obesidade nos seus primeiros anos de vida, há uma maior propensão para fatores de risco cardiovascular e mortalidade prematura. A obesidade também traz consigo diversos problemas do foro psicológico, tais como baixa autoestima, falta de autoconfiança, entre outros, o que coloca as pessoas que sofrem desta doença num risco muito elevado de terem problemas psicossociais que, por sua vez, podem

levar à depressão, bem como a um interregno nas conquistas educacionais e nas relações sociais (Shaba et al., 2022).

Sólidos estudos científicos mostraram, também, que as crianças com sobrepeso ou obesas apresentam um menor desempenho académico. A obesidade infantil está negativamente associada ao desempenho escolar no primeiro ciclo e pode ter consequências a longo prazo para a prosperidade financeira e bem-estar na idade adulta. No estudo de Au (2013), os resultados mostraram que as crianças obesas tinham classificações escolares mais baixas em matemática e literacia, em comparação com crianças com peso normal, bem como níveis mais baixos de habilidades cognitivas. Além disso, as crianças obesas experimentaram mais problemas e bullying do que aquelas com peso normal.

De acordo com os dados apurados pela OMS, em 2022, mais de um bilhão de pessoas no mundo são obesas, correspondendo a 650 milhões de adultos, 340 milhões de adolescentes e 39 milhões de crianças. De referir que estes dados tendem a aumentar, estimando-se que até 2025, sensivelmente 167 milhões de pessoas (adultos e crianças) se tornaram menos saudáveis devido ao sobrepeso ou obesidade (OMS, 2022a).

Ainda segundo os dados da mesma fonte, em 2019, a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) foi superior em crianças com 8 anos de idade (15,7%), conforme é possível observar no Gráfico 1(Gráfico 1).

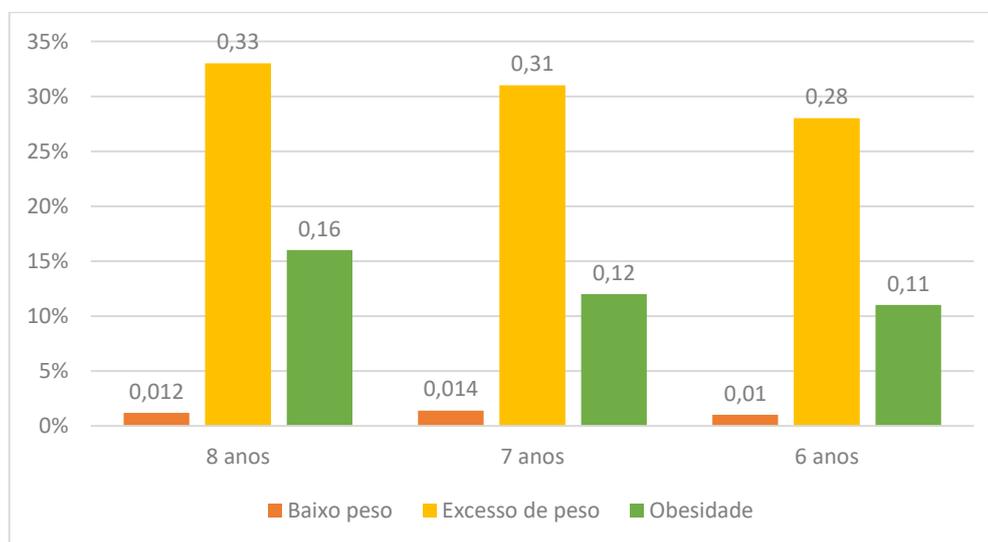


Gráfico 1. Prevalência de excesso de peso em crianças (8,7 e 10 anos) em 2019
 Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019)

A obesidade infantil e adolescente tem diversas consequências, incluindo efeitos adversos a nível educacional, económico e de saúde. Assim, é necessário analisar continuamente as mudanças nas causas subjacentes da obesidade infantil, sobretudo em países onde

existem instabilidades económicas e políticas que influenciam os padrões de consumo (Fagunwa, 2021).

3. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS: HÁBITOS ALIMENTARES

Um estilo de vida saudável é definido pela OMS (1999) como um estilo de vida que diminui significativamente o risco de desenvolver doenças ou morrer prematuramente. De mencionar que nem todas as doenças e mortes podem ser prevenidas, porém uma grande parte destas, sobretudo as doenças cardiovasculares e cancerígenas podem ser prevenidas mediante a adoção de um estilo de vida saudável (OMS, 1999). Os estilos de vida saudável incluem a implementação de práticas ao longo da vida, tais como: atividade física regular; alimentação adequada; gestão do peso; evitar o uso de substâncias psicoativas (ex.: álcool, tabaco, drogas, etc.); e reduzir o stress/cuidar da saúde mental (Rippe, 2018).

A prática regular de atividade física é um componente crucial para a saúde geral, reduzindo o risco de diversas doenças, tais como diabetes tipo 2, obesidade e certos tipos de cancro, além de ter um efeito bastante benéfico na saúde mental, nomeadamente na diminuição da ansiedade e da depressão.

A alimentação adequada e equilibrada, conforme já referido, tem um papel de enorme relevo na prevenção de múltiplas doenças, devendo ser adaptada à faixa etária e à condição de saúde geral da pessoa. A gestão do peso deve ser feita regularmente e visa a obtenção do IMC adequado, sendo realizada mediante uma alimentação correta e a prática consistente de atividade física. Na adoção de estilos de vida saudáveis, é importante, igualmente, evitar substâncias como drogas, álcool e tabaco, uma vez que o seu uso a curto e a longo prazo está associado a uma infinidade de problemas. Por fim, a redução do stress e a prevenção de problemas do foro mental, fazem também parte de práticas de um estilo de vida saudável (Rippe, 2018).

Em junho de 2022, a DGS publicou o “Manual de Recomendações para um Estilo de Vida Saudável e Seguro”, no qual apresenta orientações no que tange à alimentação saudável, à atividade física, à utilização de ecrãs, à saúde mental, à saúde oral e a questões associadas à promoção de relacionamentos saudáveis e valores a partilhar. O Manual incentiva a adoção de estilos de vida saudáveis que devem ser promovidos no decorrer do ciclo de vida e adaptado a cada faixa etária. Nele encontram-se sugestões acerca dos lanches para as crianças, da quantidade de tempo que estas devem estar expostas a ecrãs e meios de

comunicação sociais, entre outras, tendo como finalidade contribuir para um futuro com crianças mais saudáveis (DGS, 2022).

Conforme referido por Alves e Cunha (2020), ter hábitos de alimentação saudáveis pressupõe a criação de uma rotina de alimentação saudável que provocam efeitos positivos na pessoa, tanto a nível físico como mental, constituindo um enorme aliado no desenvolvimento humano, sobretudo na infância. Como tal, “não se trata apenas de comer, e sim, alimentar o corpo e também a mente” (Alves & Cunha, 2020, p. 60). Uma alimentação saudável contribui para o aumento da imunidade, a diminuição de infeções, ajuda a combater a depressão e a ansiedade, atrasa o envelhecimento e melhora a circulação, entre muitos outros efeitos positivos para a saúde, já bem documentados (Jesus, 2016).

A prática de um estilo de vida saudável, com hábitos alimentares adequados, que incluem uma alimentação regular com refeições equilibradas, bem como a prática de exercício físico, têm efeitos positivos na forma física e na saúde; uma má alimentação, sobretudo nos primeiros anos de vida, por sua vez, é um fator de risco para várias doenças, incluindo doenças cardiovasculares, sobrepeso e obesidade, entre outras. Nesse sentido, os hábitos alimentares dos pais e responsáveis detêm um papel determinante na alimentação das crianças e adolescentes. Ademais, maus hábitos alimentares fixos perpetuados na infância e na adolescência, frequentemente reforçados e intensificados por uma situação económica familiar precária, pelo stress, publicidade alimentar, entre outros fatores, condicionam negativamente a formação de modelos de alimentação não saudáveis que, por sua vez, vão ter um impacto significativo na qualidade de vida (Jasinska et al., 2021).

É durante a infância que se constroem hábitos alimentares e estilos de vida, sendo extremamente importante e necessária a intervenção de um adulto ou de uma pessoa especialista neste âmbito de modo a encaminhar/orientar a criança ao desenvolvimento saudável, não apenas em termos de alimentação como também de atividade física. É durante esta fase que as crianças e adolescentes constroem os seus hábitos de acordo com as experiências que fazem parte do seu dia-a-dia, pais, professores, colegas, etc. (Soares & Oliveira, 2019).

Perante o exposto, é evidente que a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância é crucial, não apenas no que concerne à melhoria da qualidade alimentar como também à prevenção do desenvolvimento de problemas de saúde na idade adulta. O estabelecimento destes hábitos e padrões saudáveis pode, assim, ser promovido através da educação nutricional, teórica ou prática (Sousa, 2021).

O desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis na infância permite, por uma parte, um crescimento e desenvolvimento adequado e, por outra parte, possibilita uma

aprendizagem com base na experiência, observação e educação, constituindo-se este período de vida uma janela de oportunidade importante. Por conseguinte, e tendo em consideração as comorbilidades relacionadas às doenças crónicas não transmissíveis já bem documentadas na idade pediátrica associadas à alimentação e ao estilo de vida não saudáveis, é importante desenvolverem-se intervenções na área da promoção da saúde (Aparício, 2016).

Em Portugal, bem como em toda a União Europeia, têm sido implementadas várias medidas e políticas no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis, destacando-se o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), um programa de saúde prioritário desde 2012 que tem como finalidade garantir e promover o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos para melhorar o estado nutricional e a saúde da sua população (DGS, 2023). Ainda segundo os dados da mesma fonte, 14% das mortes em Portugal ocorreram devido a hábitos alimentares inadequados. A figura 1 apresenta o panorama alimentar e nutricional do país.

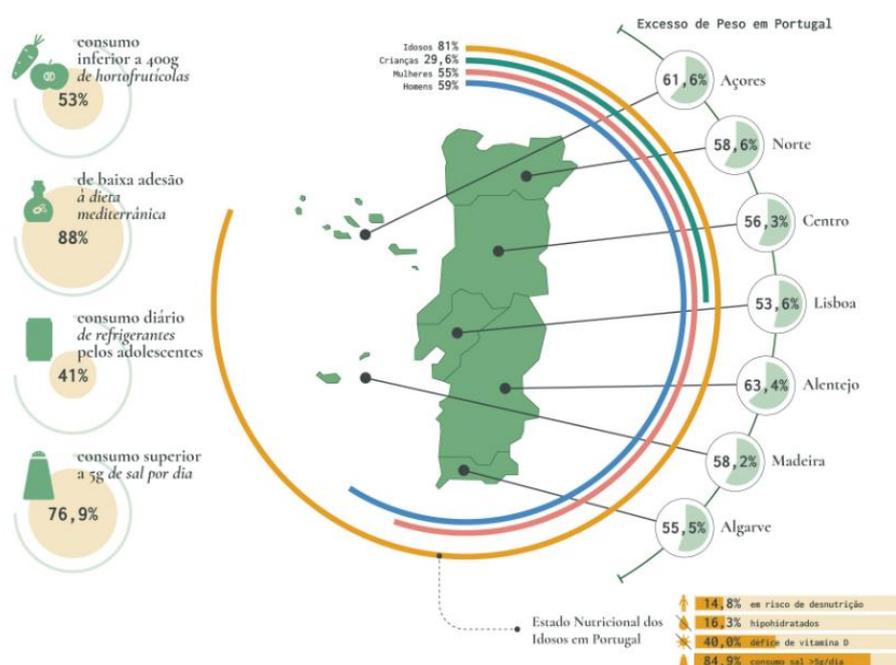


Figura 1. Situação alimentar e nutricional em Portugal

Fonte: DGS (2023)

Como se pode verificar na figura1, o consumo de hortofrutícolas no país é de 53%; 88% das pessoas não adere à dieta mediterrânica; 41% dos adolescentes consomem refrigerantes; e 76,9% das pessoas consome mais de 5g de sal por dia. As regiões onde existe uma maior prevalência de excesso de peso são os Açores (61,6%), a zona Norte (58,6%) e a zona Centro (56,3%) (DGS, 2023).

Estes dados são preocupantes, sobretudo pela baixa adesão à dieta mediterrânica e tendo em conta a localização do país, bastante próximo ao Mediterrâneo, pelo que seria de esperar que a população adotasse mais a alimentação que caracteriza esta região. A dieta mediterrânica tem sido associada a uma série de benefícios para a saúde, que incluem a diminuição do risco de mortalidade e menor incidência de doenças cardiovasculares (Trichopoulou et al., 2014).

3.1. PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS: LANCHES SAUDÁVEIS

Segundo Neufeld et al., (2021) uma alimentação saudável é aquela que promove saúde e previne o aparecimento de algumas doenças, proporcionando equilíbrio de nutrientes e substâncias promotoras de bem-estar, mediante a ingestão de alimentos nutritivos e o evitamento de substâncias prejudiciais à saúde. Para ser caracterizado como nutritivo, o alimento deve fornecer ao organismo humano nutrientes benéficos, nos quais se incluem as proteínas, vitaminas, minerais, aminoácidos essenciais, ácidos gordos essenciais e fibras alimentares; e eliminar os elementos potencialmente nocivos, tais como quantidades de sódio elevadas, gorduras saturadas e açúcares. Apesar de terem sido verificados progressos a nível do perfil nutricional dos alimentos, ainda persistem muitas lacunas e controvérsias no que tange à caracterização de dietas saudáveis e alimentos nutritivos (Neufeld et al., 2021).

Segundo a OMS (2020), uma dieta saudável (para adultos) inclui o consumo de:

- Frutas, legumes, leguminosas, tais como lentilhas, feijões, nozes e grãos integrais, como por exemplo, milho não processado, aveia, trigo, arroz integral, entre outros;
- Aproximadamente cinco porções de frutas e vegetais diariamente, com exceção de batata, batata-doce, mandioca e outras raízes amiláceas;
- Até 50 gramas, ou seja, aproximadamente até 12 colheres de chá de açúcares livres por dia (todos os açúcares adicionados aos alimentos ou bebidas, bem como aqueles presentes, por exemplo, no mel e nos sumos de frutas) para uma pessoa com peso corporal saudável que consome sensivelmente 2000 calorias diárias. De referir que a ingestão ideal deve ser inferior a 5% da ingestão total de energia para maiores benefícios à saúde.
- Menos de 30% da energia das gorduras, sendo que as gorduras insaturadas que são aquelas encontradas em peixes, abacate, nozes, óleos de girassol, soja, oliva, etc., são preferíveis às gorduras saturadas, normalmente encontradas em carnes gordurosas, manteigas, queijos, cremes, entre outros, e às gorduras de todos os tipos, incluindo aquelas produzidas

industrialmente e normalmente encontradas em alimentos assados e fritos, salgadinhos e alimentos pré-embalados, tais como pizzas congeladas, tortas, biscoitos, pastas, etc.

- Até 5 gramas de sal (de preferência o iodado), o que equivale a uma colher de chá por dia.

As sugestões da OMS (2020) sobre uma alimentação saudável para bebês e crianças são idênticas às dos adultos. Nesse seguimento, a DGS (2020.a) apresentou uma Roda dos Alimentos (Figura 2), um guia que ajuda na escolha e na combinação de alimentos que devem fazer parte da alimentação diária da pessoa. Estes alimentos estão divididos em 7 grupos, sendo que devem estar presentes na alimentação em maior em menor quantidade.

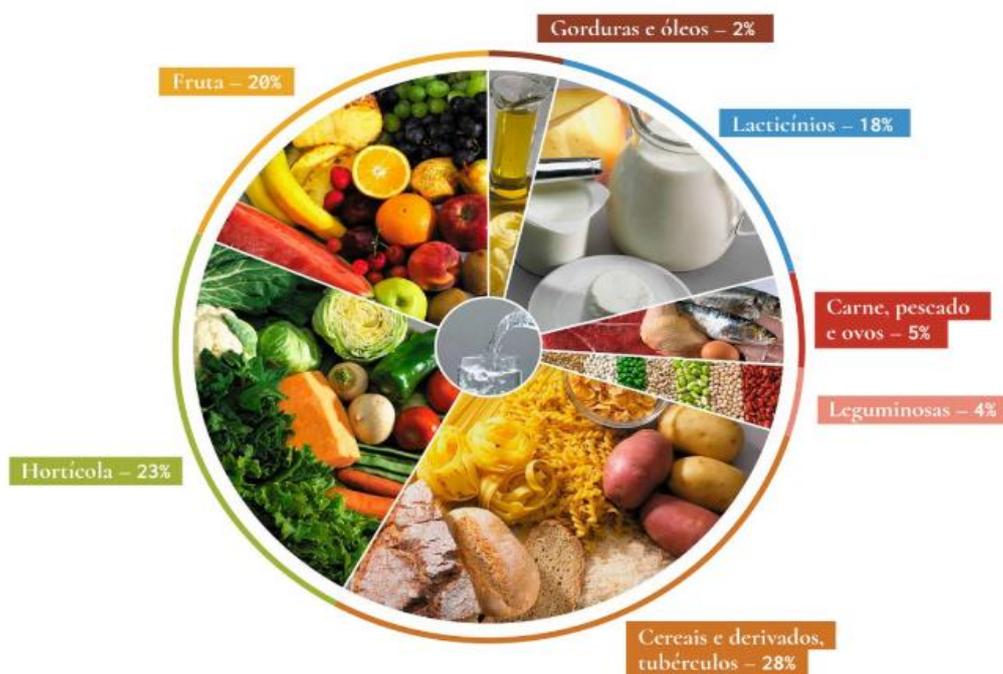


Figura 2. Roda dos Alimentos

Fonte: DGS (2020.a) adaptado de A nova Roda dos Alimentos, um guia para uma escolha alimentar diária (2003). Instituto do Consumidor*. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Assim, conforme é possível verificar na figura 2, o recomendado é consumir diariamente: 3 a 5 porções de fruta (ex.: maçã, banana, laranja, etc.); 3 a 5 porções de hortícolas (ex.: cenoura, cebola, nabo, etc.); 4 a 11 porções de cereais e derivados e tubérculos (ex.: pão integral, batata, arroz, etc.); 1,5 a 4,5 porções de carne, pescado e ovos; 1 a 2 porções de leguminosas (ex.: grão de bico, feijão, lentilhas, etc.); 2 a 3 porções de laticínios (ex.: iogurte, queijo, etc.); e 1 a 3 porções de gordura e óleos (ex.: azeite, manteiga, margarina, etc.) (DGS2020a).

Os hábitos alimentares têm evoluído ao longo do tempo e sofrendo influência de vários fatores de ordem social e económica que interagem de modo complexo para moldar os padrões alimentares individuais. Dentro desses fatores incluem-se os rendimentos, os preços dos alimentos, que vão determinar a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos saudáveis; os gostos e preferências pessoais, bem como crenças, tradições culturais e aspetos geográficos e ambientais, inclusive as mudanças climáticas. (OMS, 2020)

A escola tem um papel importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que é um dos locais onde a criança passa mais tempo. É um local onde se pode desenvolver a promoção da saúde, através da educação para uma alimentação equilibrada (Jesus, 2016). Como tal, é importante reconhecer a escola como um local privilegiado para o desenvolvimento de atividades e práticas de educação alimentar saudáveis (Santos et al., 2021). Conforme referido por Araújo (2012), apesar do papel da família na promoção de hábitos alimentares saudáveis ser inquestionável, a escola pode e deve contribuir de modo significativo neste âmbito, o que pode ser feito mediante a transmissão de conhecimentos científicos e a identificação de erros resultantes de hábitos novos ou antigos na vida familiar e social.

Neste contexto, a enfermagem comunitária detém igualmente um papel importante, uma vez que têm as competências necessárias para capacitar as crianças e suas famílias através da promoção da saúde, aumento a resiliência e os fatores de proteção (Araújo, 2012).

Não raras vezes, é possível observar que muitas crianças integradas no ambiente escolar apresentam um peso elevado e falta de nutrientes para a sua faixa etária. Nesse sentido, é importante que a escola funcione como um local onde haja a promoção da saúde de forma recorrente, uma vez que esta instituição detém um papel preponderante na construção de valores, hábitos e estilos de vida, nos quais se incluem os hábitos alimentares saudáveis (Soares & Oliveira, 2019).

Um conjunto de estudos científicos evidenciaram que os lanches escolares têm um papel muito importante na alimentação das crianças. No entanto, os hábitos alimentares desta população tem apresentado uma tendência para o consumo de lanches rápidos, responsáveis, em parte, pelo aumento dos níveis de sobrepeso e obesidade. Os lanches escolares visam contribuir para hábitos alimentares saudáveis, porém, frequentemente algumas famílias optam por alimentos de valor nutricional contestável (De Negri et al., 2005).

O Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021) constitui um instrumento de promoção da alimentação saudável em ambiente escolar. Este aborda detalhadamente informação útil sobre a composição nutricional dos lanches por idade, identificando os grupos de alimentos a incluir, assim como as porções e a sua pertinência. Faz ainda referência ao papel

fulcral da água e apresenta sugestões sobre como educar as crianças para uma alimentação saudável, como fazer as compras e preparação dos alimentos e como transportar e consumir os lanches. Instrumentos como este constituem uma ferramenta importantíssima de promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças como forma de prevenção de doenças como a obesidade.

De acordo com as orientações fornecidas por este Guia, as escolhas dos lanches da manhã e da tarde devem ter por base não apenas os gostos e preferências das crianças e jovens, como também as necessidades nutricionais das mesmas. Assim, recomenda-se que o lanche da manhã seja similar ao pequeno-almoço, a merenda da manhã deve consistir numa refeição mais ligeira em relação à merenda da tarde.

Na tabela 2, apresentam-se as necessidades energéticas diárias recomendadas pelo Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021) de acordo com a faixa etária das crianças/jovens. De referir que as necessidades nutricionais variam bastante entre crianças em idade pré-escolar e adolescentes do ensino secundário, pelo que devem ser ajustadas em função disso.

Tabela 2. Necessidades energéticas diárias recomendadas por faixa etária

Faixa etária	Necessidades energéticas/dia
3-6 anos	1400 kcal
7-10 anos	1630 kcal
11-15 anos	2019 kcal
16-18 anos	2380 kcal

Fonte: Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

Nas tabelas seguintes (tabela 3 e tabela 4) apresentam-se as composições nutricionais dos lanches da manhã e dos lanches da tarde, também de acordo com Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

Tabela 3. Composição nutricional do lanche da manhã (5-10% VET) por faixa etária

Faixa etária	Kcal (calorias)	Proteínas	Lípidos	HC
3-6 anos	140 kcal	7 g	4,7 g	17,5 g
7-10 anos	164 kcal	8,2 g	5,5 g	20,5 g
11-15 anos	207 kcal	10,4 g	7 g	26 g
16-18 anos	238 kcal	12 g	8 g	29,8 g

Fonte: Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

* VET, Valor Energético Total; HC, Hidratos de Carbono

Tabela 4. Composição nutricional do lanche da tarde (10-15% VET) por faixa etária

Faixa etária	Kcal (calorias)	Proteínas	Lípidos	HC
3-6 anos	210 kcal	10,5 g	7 g	26,3 g
7-10 anos	246 kcal	12 g	8 g	31 g
11-15 anos	311 kcal	16 g	10,4 g	38,8 g
16-18 anos	357 kcal	18 g	12 g	44,6 g

Fonte: Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

* VET, Valor Energético Total; HC, Hidratos de Carbono

Ainda segundo a recomendação do Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021), os lanches devem incluir cereais e derivados, laticínios, fruta, frutos gordos e hortícolas. Dentro dos cereais e derivados, a preferência é para aqueles que são pouco refinados, isto é, os “integrais”, como por exemplo o pão de mistura ou pão escuro e os flocos de aveia. Estes alimentos contêm vitaminas do complexo B, minerais e fibras.

Dentro dos laticínios, incluem-se o queijo, os iogurtes, o leite, devendo ser escolhidos aqueles que têm menos teor de gordura. Apesar de serem fontes de cálcio e de outros minerais, o seu consumo deve ser feito com moderação, de modo a não originar uma ingestão excessiva de proteína.

A fruta, é uma fonte importante de vitaminas, minerais e fibras, sobretudo a fruta da época. Além disso, é importante variar nas peças de fruta ao longo do seu consumo durante a semana. Os hortícolas podem ser consumidos crus ou cozinhados e, tal como a fruta, é importante variar ao longo da semana. Os frutos gordos (amêndoas, nozes, avelãs, amendoins, etc.) devem também ser consumidos de forma natural, sem sal ou açúcar adicionados. Não obstante, é necessário consumir estes alimentos de forma moderada, devido ao seu elevado valor energético (Gregório et al., 2021).

O Guia de Lanches Saudáveis apresenta, ainda, uma divisão dos alimentos em três grupos: 1) alimentos a privilegiar; 2) alimentos a consumir esporadicamente; 3) e alimentos a evitar, nos lanches das crianças/adolescentes. Dentro destes grupos, é importante que na maioria dos lanches se opte pelo grupo “alimentos a privilegiar”, uma vez que dele fazem parte os alimentos mais saudáveis, com nutrientes fundamentais e com baixo teor de sal e/ou açúcar e/ou gordura.

Por sua vez, dentro dos alimentos a consumir esporadicamente encontram-se aqueles que possuem nutrientes importantes, contudo contêm também altos teores de sal e/ou açúcar e/ou gordura. Por fim, dentro do grupo dos alimentos que devem ser evitados, incluem-se aqueles que possuem elevados teores de sal e/ou açúcar e/ ou gordura e que, de um modo

geral, não fornecem nutrientes essenciais. Logo devem ser evitados nos lanches das crianças (Gregório et al., 2021).

Na tabela 5 apresentam-se alguns exemplos dos três grupos alimentares mencionados no Guia de Lanches Saudáveis.

Tabela 5. Alimentos divididos em três grupos: alimentos a privilegiar, alimentos a evitar

Alimentos a privilegiar	A consumir esporadicamente	A evitar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pão de mistura; ▪ Iogurte natural; ▪ Fruta fresca; ▪ Leite simples; ▪ Hortícolas; ▪ Água; ▪ Frutos gordos ao natural; ▪ Manteigas de frutos gordos sem açúcar (ex.: manteiga de amendoim); ▪ Leites vegetais sem açúcar; ▪ Tostas integrais; ▪ Cereais não açucarados (ex.: flocos de aveia); ▪ Bolachas de arroz/milho sem cobertura; ▪ Ovo (ex.: cozido, escalfado). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolachas cream-craker; ▪ Manteiga; ▪ Bolo caseiro (fatia); ▪ Pão de forma integral; ▪ Marmelada/compotas sem açúcar; ▪ Leites aromatizados/iogurtes de aroma com alguma adição de açúcar; ▪ Bebidas vegetais aromatizadas; ▪ Sumo de fruta (100% ou fruta líquida). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charcutaria (ex.: chouriço, paio, etc.); ▪ Refrigerantes/néctares; ▪ Bolos de pastelaria e comerciais; ▪ Bolachas recheadas; ▪ Pães de leite; ▪ Iogurtes com pepitas; ▪ Barras de cereais comerciais; ▪ Sobremesas lácteas; ▪ Chocolate de barrar.

Fonte: Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

O consumo de água revela-se importante na promoção de uma alimentação saudável. Os valores de referência para o consumo de água também diferem de acordo com a faixa etária, bem como o género. Na tabela 6 apresentam-se esses valores de referência (litro/dia) para indivíduos saudáveis de acordo com o Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

Tabela 6. Valores de referência para a ingestão de água proveniente de bebidas (litro/dia)

Faixa etária	Gênero feminino	Gênero masculino
2-3 anos	1,0	1,0
4-8 anos	1,2	1,2
9-13 anos	1,4	1,6
Adolescentes e adultos	1,5	1,9

Fonte: Guia para Lanches Saudáveis (Gregório et al., 2021).

As intervenções educacionais no âmbito de hábitos alimentares saudáveis têm-se mostrado eficazes. Segundo o estudo de Ferreira et al. (2021) que teve como objetivo implementar um projeto (“Lanches Saudáveis”) com vista a reduzir o consumo de alimentos de alto índice energético, de teor de sal, de alimentos processados e pré-embalados, promover o consumo de frutas e legumes, leite e derivados e de alimentos à base de cereais de baixo índice glicémico entre crianças do 4º ano de escolaridade do 1º ciclo do ensino básico. De uma forma geral, este projeto consistiu na entrega de informação escrita, folheto informativo dirigidos aos pais/encarregados de educação dos alunos. Posteriormente, foi realizada uma sessão de educação para a saúde, em cada uma das turmas, e nos diversos estabelecimentos escolares que participaram no estudo. Nessa sessão, dirigida a crianças e docentes, foram abordados os temas da alimentação saudável e lanches saudáveis, com a finalidade de identificar que elementos devem conter um lanche para ser considerado não saudável, saudável e muito saudável. Depois, foram realizadas 15 avaliações associadas a ações educativas acerca de lanches saudáveis. Da análise dos resultados foi possível constatar que o programa de educação alimentar melhorou a qualidade alimentar dos lanches escolares. Além disso, foi verificado um maior envolvimento dos pais/encarregados na preparação dos lanches escolares das crianças. Tais resultados refletem a importância de os profissionais de saúde explorarem os padrões de lanches das crianças em idade escolar e trabalhar de forma colaborativa com as famílias e escolas no âmbito da promoção de lanches escolares mais saudáveis (Ferreira et al., 2021).

Além do estudo acima citado, apresenta-se também no estudo de Rodrigues (2019) que teve como finalidade implementar um projeto de intervenção comunitária em 15 crianças do 1º ano “O QUE É?” (“A Minha Lancheira”), com vista a promover lanches escolares saudáveis através da sensibilização dos pais/encarregados de educação e dos alunos para esta temática. Os alimentos promovidos foram o pão, leite, iogurte e fruta; e os alimentos despromovidos foram os doces, os salgados e os refrigerantes. Os resultados obtidos permitiram concluir que houve uma aquisição de conhecimentos relacionados à alimentação saudável.

Também no estudo de Torres (2018) foi implementado um projeto de intervenção em turmas do 3º ano do 1º ciclo, tendo como finalidade contribuir para a capacitação das crianças

na adoção de hábitos alimentares saudáveis na preparação das lancheiras escolares. Como tal, foram realizadas sessões de educação dirigidas a essas crianças e seus encarregados de educação. O resultado da avaliação do projeto constatou-se um aumento maior que 5% no consumo de pão, laticínios, bolachas maria, torradas de água e sal e fruta, e uma redução superior a 5% de sumos, refrigerantes, salgados, doces, pães de forma e pães-de-leite. Tais resultados vêm reforçar a importância deste tipo de projetos para a modificação de comportamentos das crianças na preparação das suas lancheiras escolares (Torres, 2018).

4. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A definição mais amplamente aceita para promoção da saúde foi estabelecida em 1986, na Carta de Ottawa. Nesse importante documento, a promoção da saúde é descrita como “o processo de capacitar pessoas para aumentarem o controle e melhorarem a sua saúde.” (OMS, 1986). Esta definição enfatiza o empoderamento individual e coletivo, reconhecendo a importância da participação ativa das pessoas na procura de uma vida saudável.

Ainda de acordo com este documento: “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, e não como um objetivo de vida. A saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor de saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar.” (OMS, 1986). A Promoção da Saúde tem como objetivo aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades de controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Se as mesmas estiverem aptas para identificar as suas necessidades e conseguirem satisfazê-las, então atingirão um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (OMS, 1986).

Vários autores/instituições definem a promoção da saúde como um processo que visa capacitar as pessoas para aumentarem o controle acerca de determinantes que condicionam a sua saúde, de maneira a melhorá-la. Abaixo são apresentadas algumas dessas definições.

A OMS define promoção da saúde como: “o processo de capacitar pessoas a aumentar o controle e melhorar a sua vida. Este conceito vai além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais”. A nível de saúde pública, a Promoção da Saúde apoia governos, comunidades e pessoas a fazer face aos desafios no âmbito da saúde, mediante o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, criando ambientes de apoio, bem como o fortalecimento da ação comunitária e das competências pessoais (OMS, s.d.).

De acordo com Sibeudu (2022), a promoção da saúde constitui uma das principais intervenções usadas na prestação de cuidados em saúde em geral e nos cuidados de saúde primários; permite que indivíduos, famílias, populações e comunidades adotem ou se adaptem

a estilos de vida que visam a promoção e a otimização da saúde. Assim, segundo este autor, a promoção da saúde permite que todas as pessoas, no seu contexto, identifiquem fatores que influenciam a sua saúde de modo positivo ou negativo, bem como aumentem o controlo sobre estes de forma a capacitá-las a viver uma vida que promova substancialmente a sua saúde.

Segundo Pati e Chauhan (2013), a promoção da saúde é uma área crítica da saúde pública que permite aos indivíduos aumentar o controlo e melhorar a sua saúde. Os autores acrescentam, ainda, que a promoção de saúde, em virtude da sua natureza interdisciplinar e das suas abordagens centradas na pessoa e baseadas na população, diverge dos modelos tradicionais de saúde mais focados na doença.

Esta temática está igualmente presente em documentos nacionais, tais como a Lei de Bases da Saúde, o qual refere que a promoção da saúde, bem como a prevenção da doença devem ser consideradas na definição e execução de outras políticas pública (Lei no. 95/2019, de 4 de setembro).

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p. 14) referido nos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem, define enquanto categoria nos enunciados descritivos a promoção da saúde, mencionando que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.” A Ordem dos Enfermeiros (2001) faz menção a elementos relevantes a nível da promoção de saúde, nomeadamente: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos individuais; o desenvolvimento e o aproveitamento de oportunidades com vista a promover estilos de vida saudáveis assinalados; a promoção dos pontos fortes de saúde da pessoa mediante a incrementação do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação potencializadora de aprendizagem cognitiva e de novas competências ou capacidades pela pessoa (OE, 2001).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, em 1986, como uma resposta às expectativas cada vez maiores de um novo movimento de saúde pública em todo o mundo. As estratégias básicas para a promoção da saúde apontadas na Carta de Ottawa foram as seguintes: impulsionar os fatores promotores da saúde; permitir que todos os indivíduos alcancem a equidade na saúde através da capacitação; efetuar uma mediação através da colaboração entre todos os setores (OMS, s.d.).

Pender et al. (2014) definem promoção de saúde como a arte e a ciência, os recursos e mecanismos que ajudam as pessoas a modificar os seus estilos de vida, sendo por estes considerada como a combinação entre o suporte ambiental e educacional para ações e condições que promovam a saúde.

O conceito de Promoção da Saúde inclui a ideia de que a saúde se desenvolve ao longo do ciclo da vida, constituindo-se como um processo (e não um estado) originado pela interação dos organismos com o seu ambiente físico e social. A Promoção da Saúde é um processo que tem como finalidade a apresentação de informações e conhecimentos das capacidades pessoais (genéticas, físicas e psicológicas) que otimizem a gestão dos determinantes da saúde, promovendo deste modo a melhoria da saúde e da percepção da qualidade de vida. Trata-se, assim, de um processo social e político abrangente, integrando não apenas ações direcionadas ao fortalecimento das competências pessoais e sociais dos sujeitos, como também ações voltadas à modificação das condições sociais, ambientais e económicas e ainda ações direcionadas a reduzir o seu impacto na saúde pública e individual (Leal & Ribeiro, 2021).

A Promoção da Saúde pode ser entendida como um paradigma, no sentido em que concetualiza a saúde mediante uma perspetiva assertiva e desenvolvida; como um modo de vida e não como uma meta a ser alcançada. A nível político, implica a estreita colaboração entre o Estado e a sociedade no que tange à construção de ações que possibilitem os indivíduos e grupos identificar aspirações, satisfazer necessidades e alterar de modo favorável o ambiente onde estão inseridos. De ressaltar que para uma operacionalização eficaz das práticas da promoção da saúde, é indispensável o envolvimento de profissionais competentes e devidamente qualificados, com espírito crítico e com capacidade de adaptação aos mais variados contextos (Sampaio et al., 2021).

De acordo com Leal e Ribeiro (2021), as medidas preconizadas pela Promoção da Saúde, para além de participadas e concretizáveis, precisam de tornar a adoção de estilos de vida saudáveis uma opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal.

A Promoção da Saúde é tida como uma importante estratégia ao nível da divulgação de hábitos saudáveis, no sentido em que promove uma melhoria da qualidade de vida das pessoas, evitando que estas se exponham a fatores condicionantes e a determinadas doenças (Araújo et al., 2018).

No âmbito da Promoção da Saúde, é de destacar o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, sendo uma das suas competências contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (Torres, 2018).

4.1. MODELO DE NOLA PENDER NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Pender (MPS), desenvolvido na década de 1980 pela enfermeira Nola J. Pender, o conceito de promoção da saúde é definido como a realização de atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. Nola Pender interessou-se pela criação de um modelo de enfermagem que traga respostas à forma como as pessoas tomam as decisões acerca do cuidado da sua própria saúde. Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Victor et al., 2005).

Segundo Pender o conceito de promoção da saúde é compreendido como as atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2014).

Do ponto de vista de Pender, a enfermagem deveria levar as pessoas a cuidarem delas mesmas. Assim, assumiu uma postura focada na promoção de saúde e na prevenção de doenças, partindo do pressuposto de que é melhor vivenciar a experiência do bem-estar em simultâneo com o ato de prevenir doenças, do que deixar que uma doença que pode ser prevenida se desenvolva para depois lhe dar tratamento (Da Silva et al. 2021).

Nola Pender interessou-se pela criação de um modelo de enfermagem que traga respostas à forma como as pessoas tomam as decisões acerca do cuidado da sua própria saúde. Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Victor et al., 2005).

Segundo Pender, o conceito de promoção da saúde é compreendido como as atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2014).

O objetivo deste modelo é ajudar os enfermeiros a conhecer e a compreender os determinantes principais dos comportamentos de saúde, como base para o aconselhamento comportamental e tendo em vista a promoção do bem-estar e de estilos de vida saudáveis (Gonzalo, 2023).

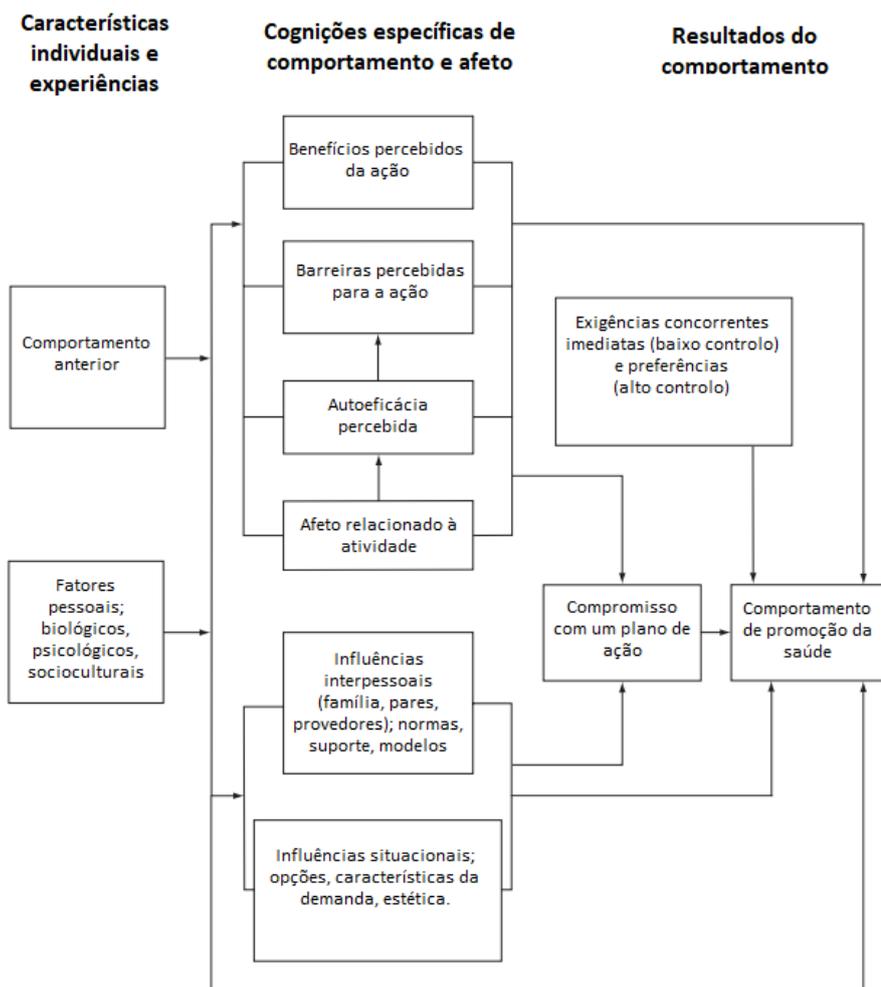


Figura 3. Diagrama do MPS de Pender (revisto)
Adaptado de: Pender et al. (2014).

Conforme é possível verificar acima, o MPS de Pender é composto por três grandes elementos, subdivididos em variáveis, que se apresentam do seguinte modo:

1. Características individuais e experiências – compreende o comportamento anterior que diz respeito àquele que deve ser alterado; e os fatores pessoais, nomeadamente os fatores biológicos (ex.: idade, IMC); psicológicos (ex.: autoestima, autoconfiança, auto motivação) e socioculturais (ex: nível socioeconómico).

2. Cognições específicas de comportamento e afeto – este elemento diz respeito às variáveis que têm uma maior significância motivacional, constituindo o núcleo primordial dado que podem ser modificadas através de intervenções. Inclui os benefícios percebidos da ação (representações mentais das consequências positivas e reforçadoras dos efeitos do comportamento); as barreiras percebidas para a ação (representações acerca da indisponibilidade, inconveniência, esforços, dificuldades ou tempo despendido na ação); a autoeficácia percebida (envolve a percepção sobre as capacidades pessoais de organizar e

realizar ações); o afeto relacionado à atividade ou ação (ação emocional direta ou resposta nivelada ao pensamento, que pode ser positivo/negativo ou agradável/desagradável); as influências interpessoais (cognições ou pensamentos envolvendo o comportamento, as crenças e as atitudes sobre outros, as quais podem não correspondem à realidade); e, por fim, as influências situacionais (percepções pessoais e cognições sobre se uma situação ou contexto podem facilitar ou bloquear o comportamento).

3. Resultados do comportamento – abrange as exigências imediatas e as preferências (comportamentos alternativos que entram no subconsciente imediatamente antes da concorrência intencional do comportamento promotor da saúde planeado); o compromisso com o plano de ação (ações que permitem à pessoa manter-se no comportamento de promoção da saúde pretendido); e o comportamento de promoção de saúde (resultado da implementação do MPS). (Pender et al., 2014).

De acordo com Rosa (2012), o modelo de Pender aproxima-se do Modelo das Crenças de Saúde, muito embora seja diferente deste pois não inclui o medo e a ameaça como fonte de motivacional do comportamento de saúde. Portanto, trata-se de um modelo positivo que preconiza que a saúde pode ser alcançada por todas as pessoas, sendo que a forma como cada pessoa constrói a sua própria definição de saúde tem mais peso que o conceito geral de saúde (Rosa, 2012). Além disso, o MPS pode ser aplicado em diversas populações e em diferentes contextos, o que se torna importante na aplicação das intervenções de enfermagem (Da Silva et al., 2021).

O modelo proposto por Pender tem vindo a ser frequentemente utilizado no intuito de garantir que o Enfermeiro ao realizar as suas intervenções, o faça com base no rigor e na evidência científica. Contrariamente aos modelos orientadores para o ato de evitar, este modelo “possui uma abordagem de competência orientada para o foco.” (Tomey & Alligood, 2004 citados por Ramos, 2021, p. 19).

Um dos princípios de base do modelo de Pender é a Teoria da Aprendizagem Social (TAS) proposta por Albert Bandura (1971). De acordo com Bandura, a aprendizagem de um comportamento pode dar-se mediante a simples observação de um modelo, independentemente das consequências da sua operacionalização. A modelagem constitui, assim, a condição essencial para a aprendizagem de um comportamento. A prática e o reforço tornam-se, deste modo, uma grande ajuda para o aperfeiçoamento desse comportamento. Mediante a observação dos outros e da auto-observação, a pessoa desenvolve percepções de autoeficácia que vão condicionar e predizer as suas ações futuras (Bandura, 1971).

A eficácia do uso do MPS de Pender na melhoria de hábitos alimentares e na prevenção da obesidade tem sido avaliada em vários estudos. No estudo de Khodaveisi et al.

(2017), os resultados mostraram que o uso deste modelo em programas de intervenção ajudou a melhorar os comportamentos nutricionais de mulheres com obesidade. Desta forma recomendaram aos profissionais de saúde a utilização de programas baseados no MPS de Pender para melhorar os comportamentos nutricionais e outros de promoção de saúde. Para uma maior eficácia devem ser realizados programas que englobem os efeitos dos meios de comunicação em massa (mass media), sobretudo a televisão, bem como fatores socioculturais, tendo em conta que os hábitos e comportamentos nutricionais diferem de uma comunidade para a outra e, por conseguinte, as intervenções devem ser adaptadas de acordo com o contexto cultural (Khodaveisi et al., 2017)

4.2. A FAMÍLIA E A ESCOLA

De acordo com OMS (2016), a família é a primeira instituição com a qual a criança tem contacto, sendo através dela que esta recebe a educação e transmissão de valores morais e sociais. A escola, por sua parte, também é uma das instituições com uma grande influência na vida da criança. O ambiente escolar e pré-escolar proporciona uma oportunidade no que concerne a melhorar os resultados de saúde, incluindo o desenvolvimento de comportamentos de saúde, no acesso a serviços de saúde adequados, garantindo que o pessoal docente e não docente seja apoiado e capacitado para oferecer programas e ambientes promotores da saúde, a alcançar os pais no desenvolvimento de comunidades locais saudáveis e resilientes, etc. (OMS, 2016).

Uma escola promotora de saúde é descrita como uma escola que se fortalece continuamente a nível de promover um ambiente saudável para viver, trabalhar e aprender; a escola promotora está focada em criar saúde e prevenir grandes causas de morte, doença e incapacidade, auxiliando os membros da comunidade escolar a cuidar de si, a tomar decisões e a obter um maior controlo no que se refere às situações ou eventos que podem afetar a sua saúde (NSW, 2000).

Segundo o “Referencial de Educação para a Saúde” efetuado por Carvalho et al. (2017) e publicado pelo Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação, em 2017: “A Escola, enquanto organização empenhada em desenvolver a aquisição de competências pessoais, cognitivas e socio emocionais é o espaço por excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens aprendem a gerir eficazmente a sua saúde e a agir sobre fatores que a influenciam.” (p. 6).

Nesse seguimento, o trabalho de promoção de saúde, nomeadamente de hábitos de alimentação saudáveis, deve ser realizado com a escola, comunidade e em conjunto com a família, especialmente os pais ou cuidadores da criança, tal como afirma (Torres,2018). A intervenção da Enfermagem Comunitária neste contexto é de extrema importância, na medida em que seu foco de intervenção passa a ser toda a comunidade escolar. Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária surge como um facilitador de todo o processo de promoção e educação para a saúde na escola.

Conforme já mencionado, os hábitos alimentares das crianças são influenciados pela família, é lá que eles começam e são moldados, constituindo-se como um reflexo de determinado modo e estilo de vida aprendido em casa, entre a família. Os hábitos alimentares de crianças pequenas são altamente influenciados pela preparação da alimentação por parte da família e pelos comportamentos alimentares. As crenças dos pais acerca de uma boa nutrição para crianças podem não ir de encontro às recomendações de saúde e, conseqüentemente, contribuir para uma dieta pouco saudável (Pender et al., 2014). Por outra parte, a escolas também tem impacto nesses estilos de vida.

Por esse motivo, é importante que os pais ou cuidadores da criança estejam atentos às suas práticas alimentares e que deem bons exemplos. A esse respeito, Scaglioni et al. (2018) apresentaram uma série de estratégias e práticas para melhorar os hábitos alimentares das crianças, direcionadas sobretudo aos pais/cuidadores das mesmas (Tabela 7).

Tabela 7. Estratégias para melhorar os hábitos alimentares da criança

Estratégias	Práticas
Controlar secretamente a alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Comprar apenas alimentos saudáveis para ter em casa. - Evitar ir com a criança a lojas não saudáveis e a restaurantes de fast food.
Evitar recompensar a criança com alimentos	- A criança deve aprender a escolher alimentos saudáveis de forma espontânea, sem necessidade de reforços ou recompensas.
Promover a autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a criança a aprender a reconhecer o sentido de plenitude; - Servir quantidades de comida moderadas; - Ajudar a criança na organização do ambiente de alimentação.

Estilo parental	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a criança a experimentar novos alimentos; - Não demonstrar aversão a alimentos à frente da criança; - Exercer algum controlo parental no que tange à ingestão de lanches, especialmente importante num ambiente obesogénico. - Praticar hábitos alimentares saudáveis que irão servir de exemplo à criança.
Refeições em família	<ul style="list-style-type: none"> - Expor-se a uma variedade de alimentos; - Permitir que a criança participe das escolhas alimentares; - Realizar frequentemente as refeições em família, incluindo o pequeno-almoço; - Socializar durante as refeições; - Desligar aparelhos eletrónicos durante as refeições, incluindo a televisão.
Ambiente familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar à criança desde o seu início de vida experiências com alimentos saudáveis, de gosto e aparência diferentes; - Exercer o poder parental na compra e preparação de alimentos; - Disponibilizar à criança alimentos saudáveis; - Reduzir o tempo passado em família a ver televisão; - Promover hábitos de sono adequados (boa higiene do sono).

Fonte: Scaglioni et al. (2018).

Além do trabalho por parte dos pais/família, é importante haver uma articulação colaborativa com a escola nesse âmbito (Souza et al., 2017). O envolvimento familiar pode, efetivamente, desempenhar um papel fundamental na adoção de estilos de vida saudáveis que não podem ser ignorados no ambiente escolar quando se trata de crianças e adolescentes. Assim, os programas de intervenção escolares bem-sucedidos devem incluir uma abordagem multidisciplinar, integrando não apenas a educação nutricional e a educação geral para um estilo de vida mais saudável, como também a atividade física; além de requererem o envolvimento da família. O apoio da família em todo o processo de intervenção

vai aumentar a probabilidade dos comportamentos e competências adquiridas persistam ao longo do tempo, e isso é muito importante (Santos et al., 2023).

Segundo Scaglioni (2018) descrito em Childhood Obesity Surveillance Initiative, (COSI Portugal 2019) refere que na infância, a alimentação tem um papel influente no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças e é neste período que se adaptam comportamentos, educam-se os seus gostos e preferências alimentares. Desta forma, a escola assume um papel fundamental na promoção da saúde e na aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

Ao trabalhar com a família e com a escola, a Saúde Escolar interage na promoção de comportamentos alimentares saudáveis e intervém nas alterações do padrão de doenças tais como a obesidade, excesso de peso, magreza, dotando os intervenientes, neste caso a família e criança de respostas adequadas. (DGS, 2015).

É no seguimento de dados alarmantes como estes que surgem iniciativas como o Programa Nacional de Saúde Escolar (Amann, Paixão, Monteiro, & Leal, 2015), que define como visão uma escola em que todas as crianças e jovens têm direito à saúde, educação e a um contexto educativo que promova o seu bem-estar. Nesta ótica, os eixos estratégicos definidos são: capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias.

No que concerne à promoção da alimentação saudável a família e a escola aparecem, indubitavelmente, como grandes aliados, com um considerável papel nesse contexto. O trabalho em conjunto entre a família e a escola faz com que se desenvolva uma cultura de hábitos alimentares saudáveis, culminando em resultados significativos de aprendizagem, bem como uma boa memória, concentração e motivação (Alves & Cunha, 2020). De modo a estabelecer essa parceria, a escola deve proporcionar aberturas mediante a promoção de vários eventos com vista a aproximar a família, bem como a comunidade. É importante que todos estejam envolvidos no processo. Por sua vez, as famílias precisam se integrar e dar atenção à rotina escolar das suas crianças. Por conseguinte, as famílias a escola devem trabalhar em conjunto no auxílio e no incentivo das crianças no que concerne à alimentação saudável, tendo como fim a melhoria do seu desenvolvimento, o seu equilíbrio, bem-estar e qualidade de vida (Rigo, 2015).

Depois de 1986, com a criação da Carta de Ottawa, houve uma mudança de paradigma da saúde escolar. Além da prevenção, começou a incidir-se na promoção da saúde, permitindo que as crianças e jovens melhorassem a sua saúde física, mental e social (DGS, 2015).

Relativamente à Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, a mesma consiste num “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para

controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”; para tal é necessário que os mesmos possam estar aptos a identificar as suas necessidades e a adaptarem-se às mesmas (IAS, 2022, p. 1).

A promoção e educação para a saúde no ambiente escolar é um processo consecutivo e estruturado, que tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências das crianças e jovens, fazendo com que estes se confrontem consigo próprios e que construam um projeto de vida, sendo também capazes de efetuar escolhas pessoais, responsáveis e conscientes (Carvalho et al,2017)

Em 2015 foi criado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que tem como visão principal fazer com que todas as crianças e jovens tenham direito à saúde e à educação, devendo ter a oportunidade de frequentar uma escola que potencialize a saúde e o bem-estar. A finalidade deste programa é contribuir para a melhoria da saúde, da educação, da igualdade, bem como levar a uma maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens (DGS/PNSE, 2015).

Este programa tem como objetivos específicos: potencializar e fomentar estilos de vida saudáveis aumentando o nível de literacia para a saúde junto da comunidade educativa bem como favorecer a melhoria da qualidade do ambiente escolar, traduzindo numa diminuição de riscos para a saúde. Promover a saúde, prevenir doenças na comunidade educativa, diminuir o impacto dos problemas de saúde no rendimento escolar dos alunos, criar parcerias no âmbito da qualificação profissional, da investigação e da inovação em promoção e educação para a saúde no contexto escolar (DGS/PNSE, 2015). O PNSE gira em torno de 6 eixos estratégicos e áreas interventivas sendo que neste enquadramento ao longo do nosso relatório iremos trabalhar no eixo número 2, ambiente escolar e Saúde. (DGS/PNSE, 2015).

II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Na segunda parte deste relatório, apresenta-se a caracterização detalhada da unidade funcional e da comunidade onde os estágios foram realizados. Além disso, são descritas minuciosamente todas as etapas de desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, seguindo a metodologia do planeamento em saúde.

1. CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE

1.1. A UNIDADE DE FUNCIONAL

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) pertencente ao Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) Arrábida inserida na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). As USP são unidades que compete “gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos” (Decreto-Lei n.º 137-2013).

O ACES Arrábida, insere-se na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e foi criado a 29 de novembro de 2012. Atualmente a sua área de influência corresponde aos concelhos de Palmela, Setúbal e Sesimbra, tendo como missão “garantir e melhorar a capacidade da sua rede de serviços, dando continuidade a um ciclo de melhoria da qualidade e da efetividade dos cuidados prestados da primeira linha de resposta aos cidadãos, procurando assegurar a sua viabilidade económico-financeira” (SNS, 2020).

Entendendo-se os serviços de saúde como um conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida, integrado na área geodemografia de Setúbal integra todas as unidades de cuidados de saúde primários dos concelhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, pertencentes ao distrito de Setúbal. Deste ACES fazem parte 15 unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), 7 unidades de saúde familiar (USF), 3 unidades de cuidados na comunidade (UCC), 1 unidade de recursos assistenciais partilhados, 3 unidade de saúde pública (USP), 3 unidades de

Recursos Assistenciais Partilhados (URPA e 1 Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (SNS, 2020).

A área geográfica do ACES Arrábida abrange os municípios de Palmela, Sesimbra e Setúbal. No total, estes concelhos compreendem uma área de 890,92 Km² e 231 842 habitantes. A pirâmide desta área geodemografia é caracterizada por uma baixa natalidade e uma população mais envelhecida (ACES Arrábida, 2019).

De acordo com o Registo Nacional de Utentes (RNU) referente ao mês de dezembro de 2022, estavam inscritos 241,430 utentes no ACES Arrábida, dos quais 114.394 são homens e 127.036 são mulheres. A faixa etária entre os 45 e os 49 é a mais prevalente entre os utentes inscritos, ao contrário da faixa etária superior a 100 anos e inferior a 1 ano que é a mais baixa (BI-CSP, 2017).

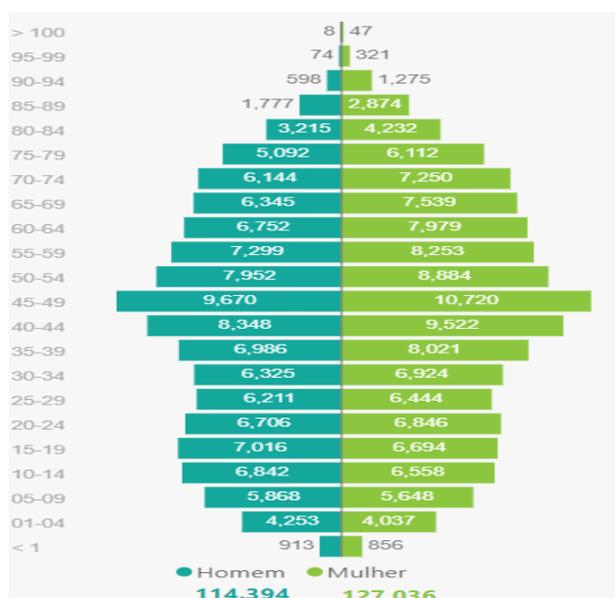


Figura 4. Pirâmide Etária dos utentes inscritos ACES Arrábida dezembro 2022
Fonte: BI-CSP, 2017

A USP onde se realizou o presente estágio está localizada no distrito de Setúbal, pertencendo à área geodemografia do ACES Arrábida. Esta USP iniciou a sua atividade a 30 de novembro de 2012 e tem 239 381 pessoas inscritas nas USF e UCSP que estão na área de abrangência da USP, sendo que destas, 1706 são crianças com idade inferior a 1 ano, 10 613 são crianças com idade compreendida entre os 10 e 13 anos e 8 260 são crianças com idade compreendida entre os 14 e 17 anos (Ballesteros, et al., 2021).

Esta USP tem como objetivos principais:” elaborar informação e planos em domínios da saúde pública; proceder à vigilância epidemiológica; gerir programas de intervenção no âmbito

da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.” Para tal, esta unidade funcional conta com uma equipa multidisciplinar que integra 3 médicos de saúde pública, 2 enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, 1 enfermeiro de cuidados gerais, 4 técnicos de saúde ambiental e 3 administrativos.

A Unidade dispõe de 3 gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, dois gabinetes dirigidos para os técnicos de saúde ambiental e um gabinete no qual os administrativos exercem as suas funções e realizam o atendimento ao público. (Ballesteros, et al., 2021, p. 8). A USP funciona das 9h às 18h de segunda a sexta-feira.

O Plano Local de Saúde do ACES Arrábida, em colaboração com outros profissionais, nomeadamente do Conselho Clínico de Saúde do ACES Arrábida e de parceiros deste Plano Local de Saúde, tem a responsabilidade de coordenar a implementação do Plano Local de Saúde, através da articulação com os parceiros, bem como assegurar que os projetos desenvolvidos na comunidade estão adaptados aos referenciais do Plano Local de Saúde, do Plano Nacional de Saúde e das normas e orientações definidas pela Direção Geral de Saúde, de acordo com os determinantes de saúde e também elaborar a estrutura de monitorização do Plano Local de Saúde (ACES Arrábida, 2019).

1.2 A COMUNIDADE

Uma comunidade geográfica é definida pelos seus limites geográficos, podendo ser uma aldeia, uma cidade, um bairro, etc. (Rector & Stanley, 2020). O projeto realizado no âmbito deste estágio decorreu numa comunidade escolar pertencente à área de intervenção da Unidade de Saúde Pública.

1.2.1 Caracterização da cidade de Setúbal

Quanto à contextualização geodemografia, Setúbal é uma cidade portuguesa e apresenta uma área total de 230,3 Km² com uma densidade populacional de 526,2 habitantes/Km². Setúbal é sede de um concelho, subdividido em 8 freguesias, Nossa senhora de Anunciada, Santa Maria da Graça, São Julião, São Lourenço, São Sebastião, São Simão, Sado, e Gambia-Pontes-Alto da Guerra. A cidade está situada a 32 km a sudeste de Lisboa, na margem norte da foz do rio Sado. O município é limitado a Norte e Leste pelo município de Palmela, a Oeste por Sesimbra e, a Sul, o estuário do Sado liga-o aos municípios de Alcácer

do Sal e Grândola. A península de Troia situa-se em frente da cidade, no litoral do Oceano Atlântico (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

A análise dos dados relativos aos censos de 2011, Setúbal tinha 121.185 habitantes, numa área de 230,3 km². Os dados relativos aos últimos censos de 2021 evidenciam, face a 2011, que a sua população residente no município apresentou um ligeiro aumento, sendo agora de 123.159 indivíduos, embora acompanhada por um decréscimo da população jovem dos 0-14 e 25-64 anos e um aumento nos 15-24 e ≥ 65 anos. Esta tendência é congruente com o paradigma de envelhecimento populacional global e nacional que vivemos atualmente (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Em 2021, a percentagem de população em idade ativa (15-64 anos) era de 62,7%; a de idosos (65 e mais anos) era de 23,1%; e a de jovens (menos de 15 anos) era de 14,2%. No que concerne à escolaridade, em 2021, Setúbal tinha 2878 pessoas analfabetas; 17,4% de pessoas com o 4º ano; 8,0% com o 6º ano; 20,2% com o 9º ano; 27,2% com o 12º ano; 1,3% com o ensino médio; e 20,9% com o ensino superior. A maioria (75,5%) das pessoas que trabalham por conta de outrem estão empregadas no setor dos Serviços (INE/PORDATA, 2022).

No que diz respeito ao número de estabelecimentos educativos, em 2021, Setúbal tinha 57 estabelecimentos de educação pré-escolar; 40 estabelecimentos do ensino básico – 1º ciclo; 10 estabelecimentos do ensino secundário – 2º ciclo; 11 estabelecimentos do ensino básico- 3º ciclo; e 10 estabelecimentos do ensino secundário (INE/PORDATA, 2022).

No que diz respeito à saúde, em 2021, Setúbal possuía 2 hospitais oficiais e 2 hospitais privados; e um total de 30 farmácias. (INE/PORDATA, 2022).

1.2.2 Caracterização da escola básica H.D

A escola básica onde foi implementado o projeto de intervenção comunitária fica situada em Setúbal, na periferia oriental da cidade. Pertence a um agrupamento de escolas da cidade que integra atualmente 8 escolas desde o pré-escolar até ao 9ºAno. A EB HD é um monobloco com 42 anos, com duas salas de aula e uma sala de professores. Possui em exíguo espaço de recreio e não tem uma zona coberta. Esta escola assiste uma população heterogenia onde se encontra uma parte da população carenciada e desfavorecida a nível económico. A EB HD tem matriculados para o ano letivo de 2022/2023 nas 3 turmas de 1º ciclo 60 alunos. Nesta zona da cidade coabitam populações de diversos locais tais com oriundas de Países Africanos de Expressão Portuguesa, emigrantes brasileiros e de Países de Leste. (Agrupamento Vertical de Escola Luísa Todi, 2013-2021)

2. METODOLOGIA

2.1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente projeto de intervenção tem como base a Metodologia do Planeamento em Saúde, sendo o domínio desta metodologia uma das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O planeamento em saúde caracteriza-se por ser um processo dinâmico e contínuo que permite racionar os recursos existentes de modo a alcançar os objetivos fixados, de forma a reduzir os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde tem como objetivo a procura de mudanças a nível do comportamento das populações, das quais são exemplo os hábitos de saúde ou a utilização dos serviços que “fazem considerá-lo um processo de mudança social induzido” (p. 7).

Esta metodologia é composta por etapas: Diagnóstico da Situação; Definição de prioridades; Fixação de objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração de programas e projetos; Preparação da Execução e Avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A primeira etapa do Planeamento em Saúde, o diagnóstico de situação, caracteriza-se por determinar as necessidades de saúde da população, havendo uma compatibilização com os recursos e serviços disponíveis, ou seja, existe uma articulação entre as necessidades de saúde da população com os serviços existentes. Por isso, é imprescindível caracterizar não só a população como também os serviços disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

A segunda etapa corresponde à definição de prioridades, caracterizando-se pela determinação das necessidades de intervenção prioritárias através de uma hierarquização, não descorando os restantes problemas identificados no diagnóstico.

A terceira etapa corresponde à fixação de objetivos a atingir, ou seja, pretende-se um resultado desejável e tecnicamente exequível. Deverá ter como pilares os planos nacionais de saúde e os objetivos podem ser mais ou menos específicos (Abelho, 2014). A seleção de estratégias corresponde à quarta etapa do Planeamento em Saúde e tem como objetivo perceber qual a estratégia mais adequada de forma a atenuar os problemas de saúde prioritários. É fundamental perceber se existe falta de recursos humanos, financeiros,

materiais ou temporais e conseqüentemente rever os objetivos fixados (Abelho, 2014). A quinta etapa é a elaboração de programas e projetos. Um projeto corresponde ao conjunto de atividades que decorrem num tempo definido, visando obter um determinado resultado a fim de contribuir para a execução de um programa (Tavares, 1990)

A sexta etapa corresponde à preparação da execução, na qual se identifica as inter-relações entre as diferentes atividades, verifica-se se existe acumulação de tarefas em determinados períodos, prevê-se a utilização dos diferentes recursos e facilita-se a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por fim, na fase de avaliação identificam-se os principais indicadores do controlo da execução, tanto a nível financeiro como material e escolhem-se os circuitos e impressos adequados. Finda a avaliação, retoma-se à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, otimizando a informação disponível e assim por diante, tendo em conta que o planeamento é um processo dinâmico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1993)

Estas fases, como ilustrado na figura 5, servem de orientação para o desenvolvimento deste projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

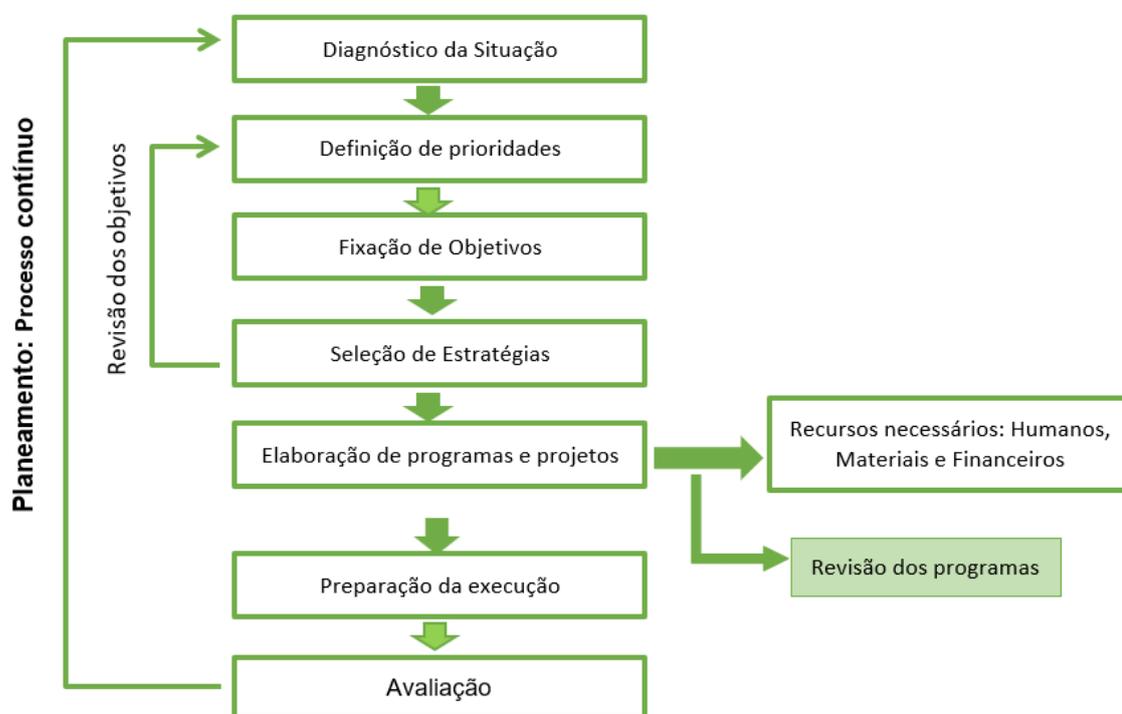


Figura 5. Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde
 Fonte: Adaptado Imperatori & Giraldes, (1993)

O diagnóstico de situação foi a ponto de partida para o desenvolvimento do projeto tendo sido iniciado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I que decorreu entre 16 maio a 24 junho de 2022 e foi realizada numa Unidade de Saúde na Pública (USP) e operacionalizado em dois Agrupamento de escolas de 1º ciclo alocadas ao parque escolas que se situam na freguesia de S. Sebastião, após a obtenção do consentimento informado.

Durante uma reunião com a enfermeira orientadora, que é especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, foi discutido o objetivo de identificar uma área de intervenção. Dado o interesse da Unidade de Saúde Pública em desenvolver intervenções na área da saúde escolar, nomeadamente na Promoção de Hábitos alimentares saudáveis, decidiu-se que o foco seria nas crianças do 1º ciclo. A relevância desse tema foi destacada durante a reunião.

Foram realizadas reuniões com os diretores dos 2 agrupamentos onde se procedeu ao diagnóstico de situação, com o objetivo de dar a conhecer o projeto bem como estabelecer parcerias de atuação. Os parceiros mostraram-se recetivos e interessados em colaborar sendo realçado o interesse na intervenção.

Foi feita uma solicitação por escrito para obter a autorização dos diretores do agrupamento, e o parecer foi favorável, respeitando os princípios éticos.

2.2. POPULAÇÃO ALVO

A população “é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas, por um conjunto de critérios”, (...) “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente”. (Fortin, 1999, 202).

A população-alvo sobre a qual incidiu o diagnóstico de situação foi composta por todas as crianças matriculadas no 1º ano do 1º ciclo, no ano letivo 2022/2023, nos dois Agrupamentos de Escola do parque escolar da USP. O número total de crianças nessa faixa foi de 363, representando a população para a realização do diagnóstico de situação.

Embora o diagnóstico tenha sido abrangente, o projeto de intervenção foi direcionado para uma única escola. A escolha dessa escola como alvo da intervenção foi motivada pelo facto de ela fazer parte do agrupamento de escolas alocadas pela USP. Além disso, a equipe de saúde escolar expressou a necessidade de intervir especificamente nessa escola, na turma do 1º ano, com o objetivo de dar continuidade ao projeto. Esta necessidade foi posteriormente

reforçada na reunião com a professora responsável pela turma do 1ºAno da escola básica H.D e com a enfermeira responsável. (Tabela 8)

Tabela 8. Distribuição dos alunos do 1ºAno da época letiva 2022/2023

Turma	Nº de alunos 1º Ano da época letiva 2022/2023
HD1	20 alunos

Fonte: A própria

2.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o questionário e a observação.

O questionário, considerado o método mais adequado para atingir o objetivo do estudo, na medida que permite realizar uma colheita de informações junto dos inquiridos, no que diz respeito a fatos, às ideias, aos comportamentos, bem como às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (Fortin M., 1999).

Segundo Fortin (1999), este método permite traduzir os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Possibilita a organização, a normalização e o controle de dados, de tal forma que as informações necessárias á investigação sejam colhidas de forma rigorosa. O Questionário é considerado um método pouco dispendioso permitindo a aplicação em simultâneo a uma população, respeitando a sua privacidade através do anonimato das respostas. (Fortin M., 1999).

Para realizar o diagnóstico de situação, utilizámos o questionário aplicado pelo Núcleo Regional do Alentejo no projeto ESPIGA (Anexo 1), que já foi previamente utilizado nessa faixa etária. Além disso, utilizámos uma grelha de observação dos lanches (Apêndice 11) ao longo de 5 dias.

É importante mencionar que o instrumento utilizado foi devidamente adaptado e validado para a população portuguesa.

Para a sua utilização foi realizado um pedido prévio de autorização à Dra. Maria do Rosário Pires, coordenadora do Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade, e ao Dr. Vítor Viana, uma vez que, no questionário ESPIGA, o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (Child Eating Behaviour Questionnaire – CEBQ) (Apêndice 2).

O questionário online esteve disponível por um período de dois meses, novembro e dezembro de 2022. O questionário foi disponibilizado a toda a população que teve a possibilidade e liberdade de responder ou não.

O Questionário permite avaliar a frequência alimentar (questões 17 a 45) e o comportamento alimentar (questões 46 a 80). Aplicado aos encarregados de educação sobre hábitos alimentares das crianças. Os pais preencheram o questionário, porém, não foram utilizadas todas as questões. Apenas foram consideradas as questões presentes no questionário em anexo (Anexo 1).

O questionário encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira acerca dos dados da criança relativamente à frequência alimentar e a segunda parte diz respeito aos comportamentos alimentares da criança. Composto por 107 questões fechadas e uma questão aberta para comentários. Neste projeto somente foram avaliados os hábitos alimentares e a frequência alimentar das crianças.

O comportamento alimentar das crianças foi avaliado através do CEBQ, tendo por base a versão portuguesa do “Child Eating Behaviour Questionnaire – CEBQ” de (Wardle, Guthrie, Anderson, & Rapoport, 2001), traduzido e adaptado para a realidade portuguesa por Viana e seus colaboradores. Este questionário foi desenhado no sentido de se investigar especificamente o comportamento alimentar em crianças e jovens, através das respostas facultadas por adultos por eles responsáveis. É constituído por 35 itens, distribuídos/classificados em 8 subescalas, nomeadamente: Resposta à Saciedade (SR), Ingestão Lenta (SE), Seletividade (FF), Sub ingestão Emocional (EUE), que traduzem comportamentos de evitamento da comida e, Resposta à Comida (FR), Prazer em Comer (EF), Desejo de Beber (DD), sobre Ingestão Emocional (EOE), que traduzem um padrão de atração pela comida. Cada resposta é assinalada numa escala de Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre”. (Viana, Sinde, & Saxton, 2008). Foram utilizados os dados do estudo de validação do CEBQ numa amostra portuguesa desenvolvido por Viana e Sinde que decorreu entre 2003 e 2005, para estabelecer os valores de comparação com os resultados obtidos nas turmas de 1º Ano dos dois Agrupamentos (Tabela 9) (Viana & Sinde, 2008).

Na turma onde foi desenvolvido o projeto, além da aplicação do questionário, optou-se pela observação como método de colheita de dados. Para tal utilizou-se a grelha de observação das Lancheiras (Anexo 3). A observação decorreu durante 5 dias.

2.4. QUESTÕES ÉTICAS

Nos protocolos de investigação que envolvem seres humanos todos os direitos das pessoas devem ser totalmente protegidos tal como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade (Fortin M. 1999).

Para a realização do presente projeto procedeu-se ao cumprimento de todos os princípios nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em investigação, através não só da garantia do anonimato, privacidade e confidencialidade dos dados colhidos, também mediante a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos pais dos alunos/EE que constituem a amostra do estudo. Por consequente, procedeu-se aos requisitos legais e éticos para implementar um projeto de intervenção na USP.

Primeiramente foi solicitada a aprovação ao Coordenador da USP do ACES (Apêndice 3) para a realização do projeto bem como ao coordenador da Saúde Escolar do ACES (Apêndice 4)

Obeve-se também o parecer favorável da Direção dos Agrupamentos Escolares e respetivo Conselho Pedagógico, após o envio de diversos documentos que fundamentaram o presente estudo (Apêndice 5 e 6). Seguidamente foi realizada uma reunião com a diretora pedagógica dos dois agrupamentos, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar a autorização para o desenvolvimento do mesmo. A direção de ambos os agrupamentos mostraram interesse no projeto, sendo realçada a pertinência da temática

Foi também elaborado o Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice 7), destinado aos pais, e submetido para aprovação prévia à Direção Escolar. Os encarregados de educação foram esclarecidos sobre os objetivos do projeto bem como de todos os procedimentos inerentes, assegurando-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foram descritos os riscos e os constrangimentos previsíveis, os benefícios para os sujeitos, assim como informados de que a participação é voluntária, fornecendo o seu consentimento livre e informado, antes de se dar início a implementação do projeto. O preenchimento do consentimento livre esclarecido e informado foi entregue aos encarregados de educação onde consta a informação acerca do conteúdo, finalidade e objetivos. Foi pedido o consentimento informado, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados, só sendo enviado por email o questionário após receção de consentimento informado devidamente assinado em papel. O documento foi entregue pelo professor do 1º ciclo às crianças do 1º ano, que o devolveram assinado. A participação era livre e poderiam interromper a qualquer momento, sem prejuízo para o participante. No decorrer do projeto não estavam previstos danos físicos, emocionais ou psicológicos e/ ou riscos decorrentes para com as crianças

Foi solicitada autorização para a realização de inquéritos em meio escolar à Direção Geral da Educação, através de um formulário online, que foi remetido para os agrupamentos de escola.

Os dados obtidos através do questionário online de forma digital ficaram só acessíveis no computador pessoal da mestrande, acedida através de uma senha pessoal. No final da intervenção do projeto os dados serão destruídos e os dados digitais eliminados definitivamente, no máximo de dois anos após a intervenção.

Os requisitos éticos foram seguidos de acordo com a Declaração de Helsínquia e submetidos à avaliação de uma Comissão de Ética da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo) para a Saúde. O projeto recebeu parecer favorável da referida Comissão de Ética para a Saúde. (Apêndice 8).

2.5. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

As respostas obtidas ao questionário foram introduzidas no formulário online Microsoft Forms. O tratamento e a análise do questionário foram realizados posteriormente à recolha de dados obtida pelos questionários, procedeu-se à sua organização e análise estatística, sendo utilizado para o efeito como recurso ao Programa de Software – Microsoft Excel 2019, tendo sido seguido o mesmo processo para a grelha de observação das lancheiras escolares.

Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva. As variáveis, relativamente a frequência alimentar e a observação de lancheiras foram agrupadas tendo por base os grupos definidos na roda dos alimentos e realizada as médias simples. As variáveis relativas ao comportamento alimentar foram descritas através das frequências absolutas e frequências relativas em (%) e foram apresentados os resultados correspondentes a cada variável.

A análise dos dados recolhidos permitiu uma melhor caracterização da população, que é fundamental para se estabelecerem estratégias de intervenção o que, de acordo com o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, centra-se na primeira componente do modelo ou seja nas características e experiências individuais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação representa a primeira etapa do planeamento em saúde, permitindo determinar o estado de saúde da população em estudo, os seus problemas principais de saúde e os fatores determinantes (Tavares, 1990). Este diagnóstico de situação foi iniciado no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e teve como objetivo elaborar o diagnóstico de saúde da comunidade escolar, deste modo o objetivo seria o de conhecer os hábitos e o comportamento alimentar das crianças do 1º ano do 1º ciclo do ano letivo 2022/2023 dos dois Agrupamentos de Escolas de Setúbal, alocadas à USP.

A análise dos dados recolhidos através do Questionário Espiga deu-nos a conhecer o diagnóstico de situação o que se tornou fundamental para se estabelecerem estratégias de intervenção.

Durante o mês de novembro, os consentimentos informados foram entregues aos pais/encarregados de educação pelas professoras das crianças nas diversas escolas. Esse documento explicou o projeto, os objetivos e o que se pretende alcançar, solicitando-se o consentimento informado para a observação dos lanches, participação no projeto e preenchimento do questionário online.

Dos 363 consentimentos informados entregues, foram recebidos 144 que foram recolhidos pela mestranda nas diferentes escolas. Em seguida, os pais/encarregados de educação que autorizaram a participação no projeto receberam por e-mail um link para o questionário de avaliação da frequência e comportamento alimentar. O questionário continha perguntas relacionadas à percepção dos pais sobre a frequência alimentar e o controle alimentar tanto em casa quanto fora dela. No total, foram obtidos 114 questionários devidamente preenchidos, o que corresponde a 31,4% da população-alvo do projeto.

Dos 114 questionários recebidos por meio eletrónico, todos foram analisados utilizando o programa Excel. Foram realizadas análises da frequência alimentar e comportamento alimentar.

Relativamente à frequência alimentar foram avaliados os padrões de alimentação em termos de frequência de consumo de diferentes alimentos e grupos alimentares.

Quanto ao comportamento alimentar foram pesquisados hábitos e atitudes relacionados à alimentação, como preferências alimentares, consumo de alimentos processados, hábitos de lanche, entre outros.

Para a observação das lancheiras das crianças, foi realizada uma análise das lancheiras das mesmas, observando-se os alimentos levados para a escola, a sua qualidade nutricional e adequação às recomendações alimentares.

Estas análises forneceram informações relevantes sobre a frequência alimentar, comportamento alimentar e o conteúdo das lancheiras das crianças avaliadas.

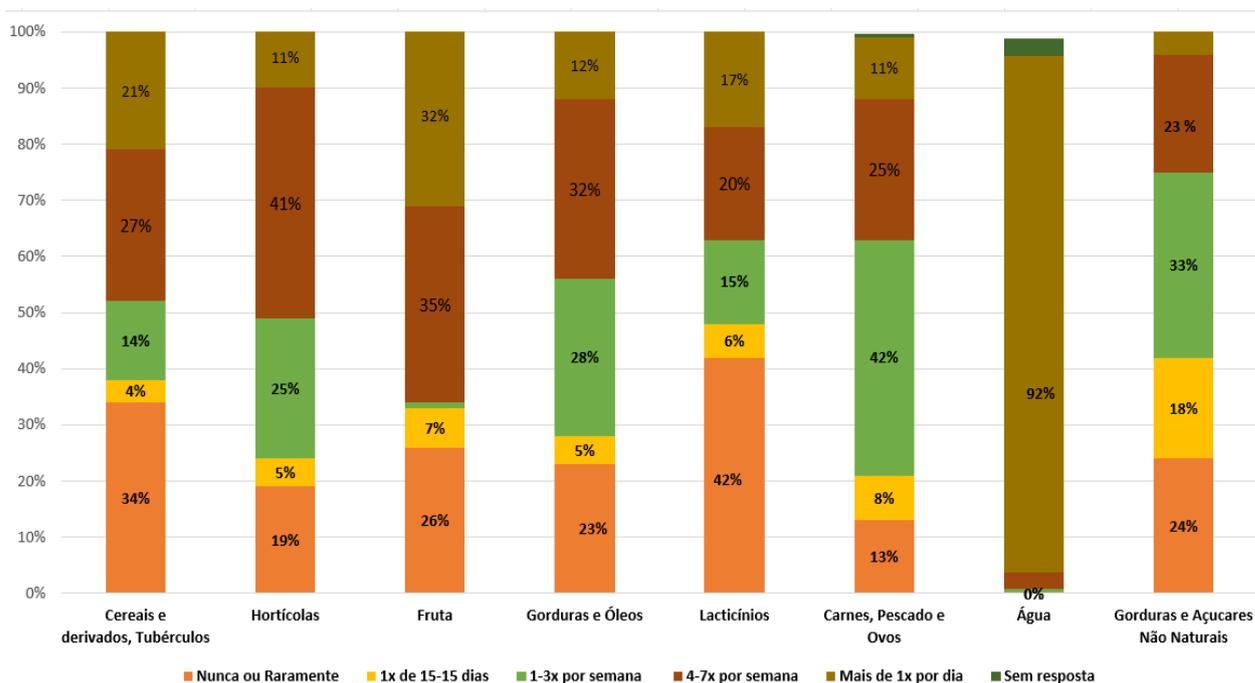


Gráfico 2. Frequência Alimentar das crianças de dois Agrupamentos de escolas de Setúbal avaliado através do questionário ESPIGA

Fonte: A própria

Frequência Alimentar

Podemos observar que os dados obtidos em todas as questões do grupo frequência alimentar, destacaram-se alguns resultados em que apresentam diferenças em relação ao consumo preconizado pela roda dos alimentos, tendo sido agrupados de acordo com as suas características nutricionais, presente no gráfico 2. De modo a facilitar a análise de dados relativos à frequência alimentar, foram agrupados, tendo como base os vários grupos definidos na roda dos alimentos: cereais e derivados, tubérculos; hortaliças; fruta; lactícínios; carnes, pescado e ovos; leguminosas; gorduras e óleos, e água (Direção Geral da Saúde, 2020a).

Quando analisamos os dados em relação ao consumo de cereais e derivados e tubérculos, aproximadamente 32% das crianças não ingerem a quantidade suficiente. Segundo as recomendações da Direção Geral da Saúde (2020a), consultadas na plataforma contra a obesidade, as crianças desta faixa etária deveriam ingerir 4 a 11 porções por dia.

Em relação ao consumo de hortícolas, é recomendado pelos mesmos autores a ingestão de 3 a 5 porções por dia. No entanto, foi observado que 19% das crianças avaliadas nunca ou raramente consomem hortaliças diariamente, indicando um consumo insuficiente desse grupo alimentar.

No que diz respeito ao consumo de fruta, das informações recolhidas 26% das crianças nunca ou raramente consomem por dia, quando comparado com as recomendações patentes na plataforma contra a obesidade que refere que as crianças devem ingerir 3 a 5 porções por dia. (Direção Geral da Saúde 2020a)

No que se refere ao consumo de lacticínios verificamos um consumo insuficiente. Apenas cerca de 30% das crianças consome diariamente, pelo menos, 1 vez lacticínios, sendo que as recomendações da plataforma apontam uma ingestão adequada de 2 a 3 porções por dia. (Direção Geral da Saúde 2020a)

Em relação ao consumo de carnes, peixe e ovos, foi constatado que 39% das crianças têm um consumo diário de carne, enquanto apenas 1,75% consomem peixe de forma regular, o que indica um consumo insuficiente de peixe. Comparando essas proporções com as recomendações da plataforma, percebe-se que o consumo de peixe está abaixo do recomendado. (Direção Geral da Saúde 2020a)

Além disso, foi observado que apenas 67% das crianças consomem ovos, o que equivale a uma média de 3 vezes por semana por criança. Esse consumo de ovos também está abaixo das proporções indicadas pela DGS. (Direção Geral da Saúde 2020a)

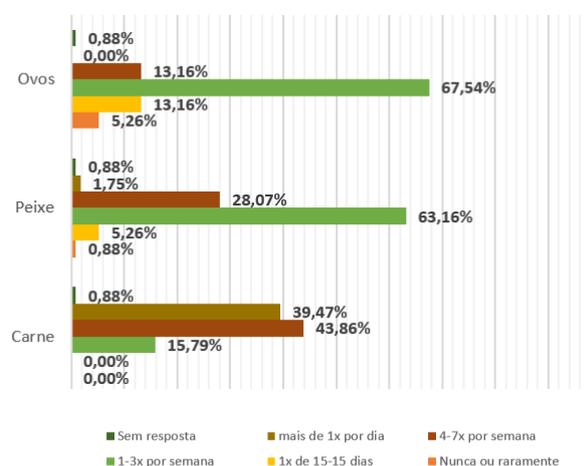


Gráfico 3. Grupo Alimentar carnes, peixe e ovos
Fonte: A própria

Relativamente ao consumo de água, 92% das crianças consome água mais do que uma vez por dia, encontrando-se num elevado padrão de qualidade. As crianças têm em geral uma atividade física intensa, tolerando menos o calor e têm menor capacidade para excretar pelo suor e vêm aumentar a temperatura do corpo mais rapidamente. Nestas condições, uma correta hidratação assume maior importância para um bom funcionamento do organismo (Direção Geral da Saúde 2014).

É fundamental ensinar às crianças a importância sobre e como ter uma alimentação saudável, completa e equilibrada, ingerindo uma quantidade de água diária que varia entre 0,6 e 1,8 litros segundo a Direção-Geral da Saúde (2014). A hidratação adequada em meio escolar contribui para os hábitos de vida saudáveis e para o bom funcionamento das funções físico-cognitivas, prevenindo assim o excesso de peso.

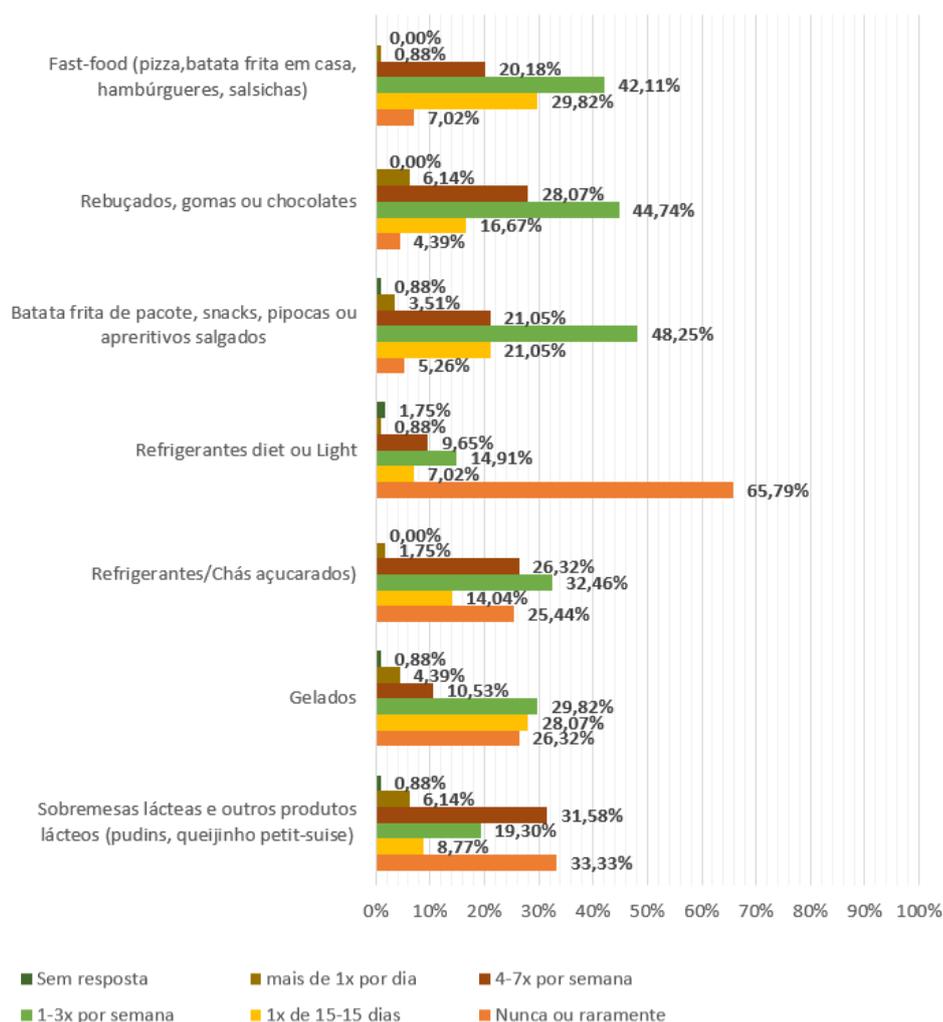


Gráfico 4. Grupo Alimentar gorduras e açúcares não naturais
 Fonte: A própria

No que se refere a açúcares e produtos açucarados é de destacar o consumo excessivo por parte destas crianças, pois 31% consome estes alimentos, pelo menos, 4 a 7 vezes por semana.

Ainda no gráfico 4, verifica-se um consumo excessivo de fast-food ($\approx 20\%$), e refrigerantes e chás açucarados ($\approx 26\%$) 4 a 7 vezes por semana. As batatas fritas, snacks e pipocas têm uma grande representação semanal, sendo consumido por 48% das crianças 1 a 3 vezes por semana e 21% 4 a 7 vezes por semana.

Não existem recomendações relativamente à quantidade e frequência com que as crianças devem consumir bolos, sobremesas e produtos de pastelaria, ricos em açúcares e gorduras saturadas, considera-se que o seu consumo seja feito, apenas, ocasionalmente. Dos inquéritos recebidos foi percebido que apenas 23% não consomem este tipo de alimento, os restantes consomem-no e há mesmo 3% que os ingerem diariamente mais que uma vez por dia.

Comportamento Alimentar

Foram utilizados como referência de comparação os dados do estudo de avaliação do CEBQ numa amostra portuguesa operacionalizado por Viana e Sinde que decorreu entre 2003 e 2005, estabelecendo os valores de comparação com os resultados obtidos nas turmas de 1º Ano do 1º Ciclo das crianças de dois agrupamentos de escolas de Setúbal. (Tabela 9). (Viana, Sinde e Saxton 2008)

Tabela 9. Resultados de cada subescala do CEBQ, média e desvio padrão de dois agrupamentos de escolas e dos resultados do estudo de Viana e Sinde (2008) para crianças de 6/7 anos

Escala	Subescala	Amostra de 2 Agrupamentos Setúbal		Estudo de Viana e Sinde (2008)	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Evitamento de Comida	SR Resposta à Saciedade	2,8	1,0	3,1	0,9
	SE Ingestão Lenta	2,7	1,2	3,2	1,1
	FF Seletividade	2,9	1,1	3,1	0,9
	EUE <u>Sub-Ingestão Emocional</u>	2,7	1,0	3,1	0,9
Atração pela comida	FR Respostas à Comida	2,7	1,0	2,2	1,0
	EF Prazer em Comer	3,0	1,0	2,9	1,0
	EOE <u>Sobre-Ingestão Emocional</u>	2,8	1,0	2,1	0,9
	DD Desejo de Beber	2,6	1,0	2,6	0,9

Fonte: A própria

Ao observarmos no gráfico 5 os resultados da escala do evitamento da comida verificamos que todas as outras subescalas referentes ao evitamento da comida têm valores inferiores aos encontrados no estudo de Viana, Sinde e Saxton (2008) para a mesma faixa etária, ou seja, a nossa população tem menos evitamento pela comida.

Quando analisamos a escala da atração pela comida (gráfico 5) constatamos que a nossa população apresenta valores ligeiramente superiores que as crianças do estudo de Viana, Sinde e Saxton (2008) nas subescalas do prazer em comer, da resposta à comida e da sobre ingestão emocional e valores semelhantes na subescala do desejo de beber.

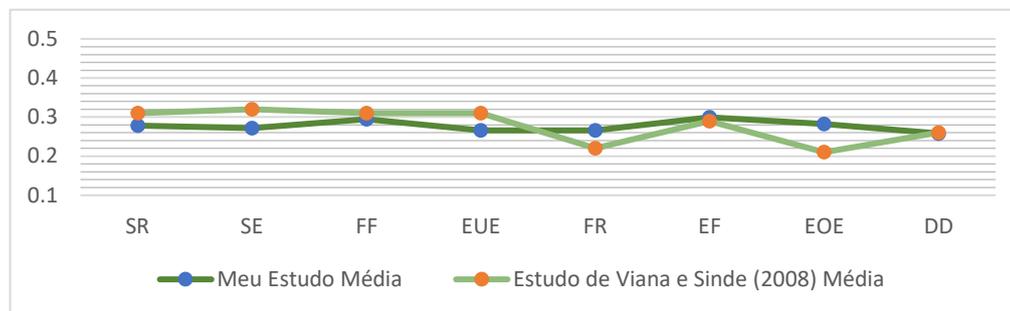


Gráfico 5. Resultados de cada subescala do CEBQ da escala do evitamento da comida e escala da atração pela comida Média e desvio padrão de dois agrupamentos de escola e dos resultados do estudo de Viana e Sinde (2008) para crianças de 6/7 anos

Fonte: A própria

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ESCOLA H.D

Com o objetivo de planejar uma intervenção específica tendo por base o diagnóstico / identificação do problema, no âmbito da minimização e/ou resolução dos problemas identificados e com o intuito da promoção de hábitos alimentares saudáveis através da capacitação ao nível dos conhecimentos, procedemos à análise da frequência alimentar das crianças da turma HD e da observação das lancheiras.

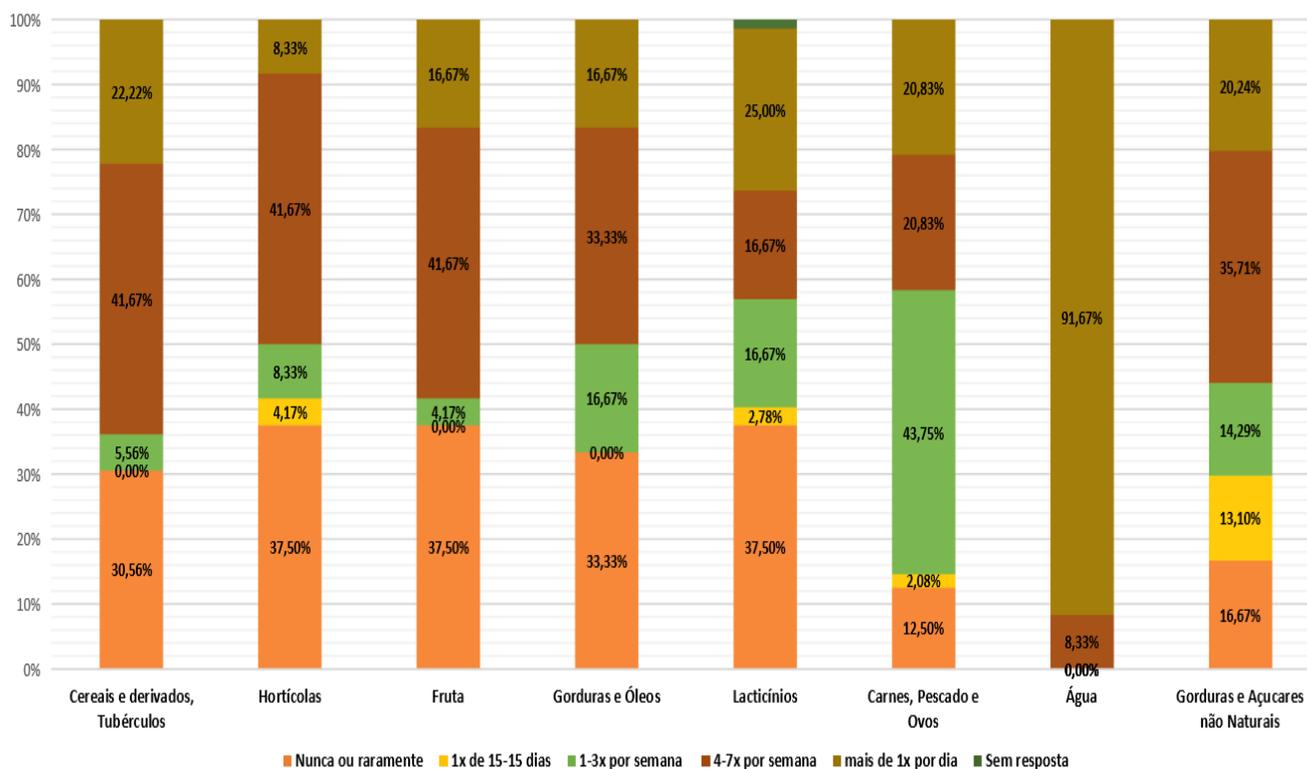


Gráfico 6. Frequência Alimentar das crianças do 1ºAno da turma H.D através do questionário ESPIGA
Fonte: A própria

Pela observação do gráfico 6, relativamente à frequência alimentar, as crianças da escola H.D apresentam um comportamento muito semelhante quando comparado com a frequência alimentar do diagnóstico situação dos dois agrupamentos. Verificou-se que 35% não ingere a quantidade suficiente de cereais e derivados de tubérculos. Segundo as recomendações da Direção Geral da Saúde (2020 a), consultadas na plataforma contra a obesidade, as crianças desta faixa etária deveriam ingerir 4 a 11 porções por dia.

No que se refere ao consumo de hortícolas verificamos que 37% das crianças nunca ou raramente consomem hortícolas diariamente, ou seja apresenta um consumo insuficiente de hortícolas, os mesmos autores recomendam a ingestão de 3 a 5 porções/dia.

No consumo de fruta, verificamos que 37 % das crianças nunca ou raramente, consome por dia fruta, sendo recomendado que as crianças devam ingerir 3 a 5 porções de fruta por dia (Direção Geral da Saúde,2020a).

No que se refere ao consumo de lacticínios verificamos também um consumo insuficiente. Apenas cerca de 16,6 % das crianças consome diariamente, pelo menos, 1 vez lacticínios, sendo que as recomendações aconselhadas pela plataforma de prevenção contra a obesidade referem uma ingestão adequada em 2 a 3 porções por dia (Direção Geral da Saúde, 2020a).

No que diz respeito ao consumo de gorduras e óleos em que as crianças deveriam ingerir uma porção por dia, temos crianças que consomem em excesso, 33% ingerem mais que uma porção por dia (Direção Geral de Saúde, 2020 a).

Em relação ao consumo de carnes, peixe e ovos tendo como referências as proporções enunciadas pelo mesmo autor, as crianças deveriam ingerir 2 a 3 porções por dia. A nossa população alvo consome 57%, 1 a 3 vezes por semana, apresentando um consumo insuficiente (Direção Geral de Saúde, 2020 a).

No que se refere a gorduras e açúcares não naturais é de destacar o consumo excessivo, 20,8% das crianças consome estes alimentos mais de 1 vez por dia.

O consumo de água encontra-se num excelente patamar 92% das crianças bebem água mais do que uma vez por dia.

Através da observação das Lancheiras em sala de aula e através de uma grelha de observação (Anexo2) foram registados os lanches das crianças. Posteriormente ficara planeada uma nova observação das lancheiras no final do ano letivo e aplicação e avaliação do mesmo questionário no mês de junho 2023.

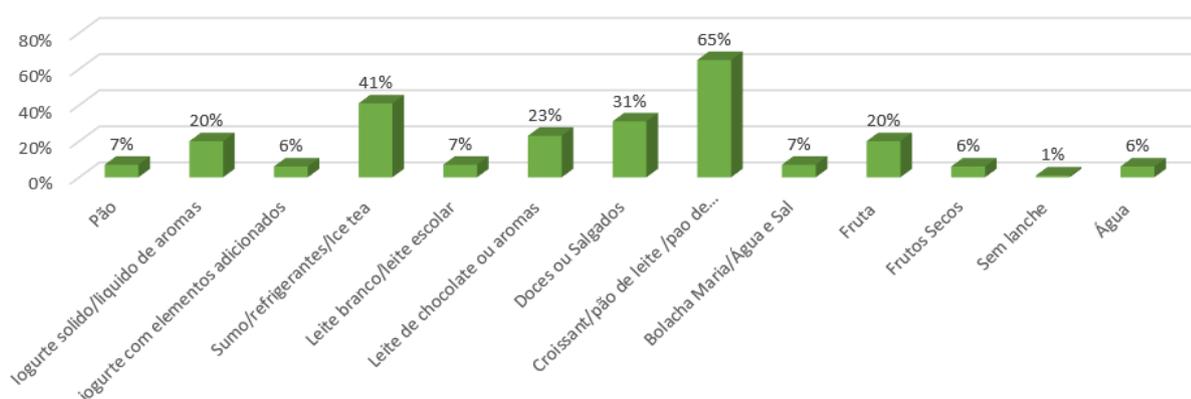


Gráfico 7. Percentagem dos alimentos consumidos nos lanches observados no diagnóstico de situação da escola HD
Fonte: A própria

Na semana de 6 a 11 de dezembro de 2022, foi realizada a observação dos lanches escolares da turma do 1º ano HD. Os resultados dessa observação estão representados no gráfico 7.

Ao analisar os lanches observados, destaca-se o consumo excessivo de alimentos como croissant, pão-de-leite, pão de forma tipo bimbo, doces, salgados, bem como de bebidas como

sumos, refrigerantes e chás açucarados. Esses alimentos e bebidas apresentam uma elevada quantidade de açúcar e podem ter impacto negativo na saúde das crianças.

Quanto ao consumo de fruta apresenta-se com um valor baixo, mas as crianças ingerem todos os dias frutas, dado que a Câmara Municipal de Setúbal no âmbito do projeto “Fruta Escolar” fornecia gratuitamente uma peça/dose de fruta duas vezes por semana aos alunos que frequentam o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Constatou-se que a fruta ingerida durante o período de observação dos lanches maioritariamente era a fruta fornecida pela Câmara Municipal e todas as crianças comiam a fruta oferecida.

Apesar dos cereais e derivados, tubérculos (pão) ser importante nos lanches, apenas 7% dos lanches os continham. Quanto ao consumo de lacticínios, que referir que a escola fornece leite, mas podemos verificar que as crianças preferiam os chás açucarados e refrigerantes trazidos de casa. Existiam ainda algumas crianças que traziam leite com chocolate de casa, referindo não gostar de “leite branco”.

Da informação recolhida pela observação dos lanches escolares podemos referir que em termos de padrão alimentar existe um consumo insuficiente de cereais e derivados, lacticínios, e existe um consumo excessivo de açúcares e produtos açucarados, refrigerantes e chás açucarados. Essa constatação reforça a necessidade de promover uma alimentação mais equilibrada e saudável, com a inclusão de opções mais nutritivas nos lanches escolares.

3.2 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Com base na amostra de 114 questionários sobre os hábitos e comportamento alimentar das crianças do 1º ano do 1º ciclo, no ano letivo 2022/2023, nos Agrupamentos de Escola do parque escolar abrangido pela USP, foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- **Ingestão diminuída de cereais e derivados e tubérculos** (32% das crianças não ingerem a quantidade suficiente);
- **Ingestão diminuída de Hortícolas** (apenas 2% consome diariamente hortícolas);
- **Ingestão diminuída de Lacticínios** (30% consome diariamente, pelo menos, um lacticínios);
- **Consumo insuficiente de peixe** (Apenas 1,75% das crianças consomem peixe diariamente, o que representa uma percentagem baixa)
- **Consumo excessivo de carne** (Cerca de 39% das crianças consomem carne diariamente, o que indica um consumo elevado);

- **Ingestão aumentada de produtos fast food, bolos e produtos açucarados** (42% das crianças ingere 1 a 3 vezes por semana);

- **Ingestão aumentada de leite com chocolate** (38% das crianças ingere leite com chocolate 1 vez por dia);

No âmbito do diagnóstico de situação realizado especificamente na escola HD e com a observação das lancheiras, constatou-se que os problemas de saúde identificados foram semelhantes:

Ingestão diminuída de Cereais e derivados e tubérculos, Hortícolas, Fruta e Lacticínios e Peixe;

Ingestão aumentada de produtos fast food, bolos, produtos açucarados e leite com chocolate.

Estes achados demonstram uma relação entre os resultados obtidos no diagnóstico de situação realizado especificamente na escola HD e os problemas identificados no diagnóstico realizado com a população total.

Esta consistência nos problemas encontrados reforça a importância de direcionar esforços e intervenções específicas para abordar as questões alimentares e promover hábitos mais saudáveis na comunidade escolar.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do processo de planejamento em saúde corresponde à determinação de prioridades, tratando-se de um “processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar” (Tavares, 1990, p.83).

Foi realizada uma reunião com os parceiros, incluindo o professor coordenador da escola e com a professora titular da turma, com o objetivo de apresentar os dados do diagnóstico de situação. O propósito dessa reunião foi discutir e priorizar os problemas identificados.

Durante a reunião, todos os participantes concordaram que os problemas identificados no diagnóstico de situação devem ser abordados. No entanto, levando em consideração os resultados validados na população, não foi necessário realizar uma priorização formal, uma vez que a minha intervenção abrange todos os problemas identificados.

Dessa forma, a intervenção proposta aborda de forma abrangente e integrada os diferentes problemas de saúde identificados, sem a necessidade de estabelecer prioridades específicas entre eles. Isso significa que serão implementadas ações e estratégias que visam atender às necessidades identificadas no diagnóstico de situação de maneira holística e abrangente.

5. OBJETIVOS

Segundo, Imperatori e Giraldes (1993) no processo de metodologia do Planeamento em Saúde, após o diagnóstico de situação e o estabelecimento de prioridades, há que determinar os objetivos que se pretende atingir em relação aos problemas de saúde. Se os objetivos não forem exequíveis com os recursos e/ou tempo disponível é necessário a sua reformulação. Esta etapa é determinante para a avaliação dos resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a determinação dos objetivos há que selecionar indicadores, determinar a tendência dos problemas, fixar os objetivos a atingir e concretizar os objetivos operacionais ou metas (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1993) após a definição dos objetivos são definidas as metas. Estas, traduzem-se em indicadores de atividade mensuráveis a curto prazo.

De acordo com Tavares (1990) o objetivo é referido como sendo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.”

Para a operacionalização desta etapa foi fulcral a colaboração dos parceiros, nomeadamente o Diretor da escola e professora da referida turma.

Nesta etapa, além da fixação dos objetivos a atingir, estes foram ainda transformados em objetivos operacionais ou metas, tal como se pode verificar na tabela 10.

Tabela 10. Objetivo para o problema identificado: Comportamento alimentar comprometido

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Metas
Promover comportamentos alimentares saudáveis nas crianças do 1º ano do 1º ciclo da escola HD até final do ano letivo 2022/2023	1- Aumentar em 10% o consumo de cereais, produtos hortícolas, fruta, lacticínios e peixe, pelas crianças da turma de 1º ano	- Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os benefícios de uma alimentação saudável. - Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os alimentos e as porções que

	<p>H.D., até ao final do ano letivo de 2022/ 2023</p>	<p>fazem parte de uma lancheira saudável.</p> <hr/> <p>- Que 30% dos encarregados de educação sejam capazes de identificar os alimentos e as porções que fazem parte de um lanche saudável.</p> <hr/> <p>- Que o consumo de lacticínios aumente em 10% entre as crianças do 1º ciclo</p>
	<p>2- Diminuir em 20% o consumo diário de produtos fast food, bolos e produtos açucarados, leite com chocolate, pelas crianças da turma de 1ºano da escola H.D., até final do ano letivo 2022/ 2023,</p>	<p>- Que 50% das crianças reconheçam quais os alimentos doces que ingerem</p> <hr/> <p>- Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os momentos para consumir doces e os cuidados a ter após a sua ingestão.</p> <hr/> <p>Que 10% dos encarregados de educação reconheçam os riscos do consumo excessivo de açúcar e gorduras</p>

Fonte: A própria

Após concluída a fixação de objetivos é necessário selecionar a estratégia mais adequada, para a sua concretização, iniciando-se então a fase seguinte do planeamento em saúde.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

6.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS

A etapa da seleção de estratégias é fundamental no processo de planeamento, pois é onde se pretende traçar o processo mais adequado para atingir os objetivos delineados e dessa forma inverter a tendência de desenvolvimento do problema de saúde identificado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como tal, procedeu-se à seleção do modelo mais apropriado para a implementação do projeto. O referencial teórico que serviu de base à seleção de estratégias foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. A promoção da saúde através da abordagem de estilos de vida saudáveis, com o intuito de prevenir doenças, neste caso a obesidade e as suas possíveis consequências foi o utilizado neste projeto. Para Pender et al. (2014) a promoção da saúde é um comportamento estimulado pelo desejo de favorecer o bem-estar e atualizar o potencial de saúde. Selecionou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como referencial norteador para a implementação e avaliação das intervenções de promoção da saúde pois “Compete ao enfermeiro comunitário selecionar o modelo mais apropriado para os programas educacionais” (Stanhope & Lancaster, 1999, p. 271).

A educação para a saúde surge como a principal estratégia neste projeto de intervenção, dado que possibilita a resposta aos objetivos fixados anteriormente, através de ações de educação para a saúde direcionadas às crianças do 1ºano do 1º ciclo da escola HD e respetivos pais/EE. Esta estratégia de intervenção consiste em desenvolver ações de educação para a saúde sobre alimentação saudável. Primeiro às crianças e posteriormente aos pais/ EE. A estratégia envolveu a utilização de filmes, histórias e jogos. As sessões de educação para a saúde realizadas com as crianças, foram efetuadas de forma presencial. Aos pais agendou-se uma sessão de formação, conforme proposta da equipa pedagógica.

6.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) as estratégias são concretizadas através das atividades, e um conjunto de atividades pode definir-se como um projeto, que decorre num

delimitado período. A escolha das atividades desenvolvidas relacionou-se, por um lado, com as características temporais do projeto, com as propostas dos profissionais de saúde da UCSP e com a possibilidade de utilizar uma ferramenta pedagógica que possibilite uma abordagem dinâmica, facilitadora de comunicação e resolução de problemas, incentivando a interação dos participantes.

O planeamento delineado para a intervenção foi implementado numa única turma, devido à limitação de tempo e à equipe promotora da saúde da escola estar envolvida noutros projetos com as turmas de 1º ano. As atividades planeadas, incluindo sessões de educação para a saúde e observação das lancheiras, foram executadas conforme planeado. Para a observação das lancheiras, foi utilizada uma grelha de observação específica (Anexo 5).

6.2.1 Envolvimento dos parceiros

Foram planeadas e realizadas reuniões com o professor coordenador da escola e com a professora titular da turma, onde foi dado a conhecer o resultado do diagnóstico da situação e os problemas identificados, tendo sido delineadas as áreas de intervenção do projeto. Foi apresentado o cronograma das atividades previstas e a descrição dos conteúdos. Foram acordadas por ambas as partes as datas das sessões segundo o calendário escolar. As atividades foram propostas em reunião com a enfermeira orientadora e a professora do 1º ano da escola H.D e foram aceites por unanimidade.

Foi entregue em suporte digital o cronograma das atividades, o plano de sessão de educação para a saúde e a descrição detalhada de cada atividade com o descritivo das sessões e as respetivas atividades a realizar.

A execução de todas as sessões de educação para a saúde contou com o apoio e colaboração da enfermeira orientadora e respetiva professora titular de turma e foi planificada pela mestranda.

6.2.2 Elaboração de Sessões de educação para a Saúde

Foram programadas 4 sessões de educação para a saúde para as crianças da turma do 1ºAno do 1ºciclo da escola H.D com a periodicidade semanal, sempre à sexta-feira de manhã das 11h às 12h30, por forma a manter a regularidade, continuidade dos conteúdos e o contato com as crianças. Foi programada, a última sessão de educação para a saúde com os

pais/encarregados de educação. No final do ano letivo serão replicados os questionários e realizada novamente a observação das lancheiras.

Foram elaboradas planificações para cada atividade, as quais estão disponíveis em apêndices juntamente com cada sessão de educação para saúde. Essas planificações detalham as atividades, os objetivos e a metodologia utilizada em cada sessão.

Após o percurso explicitado anteriormente, enumeram-se de seguida as atividades programadas de forma a atingir os objetivos anteriormente delineados.

1º Sessão de educação para a saúde (dirigida aos alunos): Alimentação saudável e a roda dos alimentos - “Conversa à volta travessa” - Durante a sessão, foi realizada uma apresentação de diapositivos explicando a roda dos alimentos e os diferentes grupos. As crianças participaram ativamente identificando os alimentos que fazem parte de cada grupo e aqueles que não estão incluídos na roda. Foram fornecidas informações sobre as recomendações de uma alimentação saudável e os benefícios associados. Ao final da atividade, cada criança teve a oportunidade de desenhar um prato saudável. O objetivo principal dessa sessão foi educar as crianças sobre alimentos saudáveis e não saudáveis, além de estimulá-las a fazer escolhas mais saudáveis (Apêndice 13)

2ª Sessão de educação para a saúde (dirigida aos alunos): Pequeno-Almoço e Lanches Saudáveis: “Jogo da Lancheira Saudável” - Durante a atividade, através de uma apresentação de diapositivos, foram exibidos e explicados os alimentos que compõem um pequeno-almoço e lanches saudáveis. Essa atividade foi realizada logo após a sessão de Educação para a Saúde (EpS), na qual quatro crianças foram escolhidas aleatoriamente e divididas em duas equipas, cada uma com dois alunos. Numa mesa, foram apresentados diversos alimentos, divididos em alimentos saudáveis e não saudáveis.

Na categoria de alimentos saudáveis, encontravam-se: banana, maçã, leite simples, iogurte aroma, nozes, pão com sementes/pão caseiro e bolacha maria. Já na categoria de alimentos não saudáveis, encontravam-se: Bolicau, panquecas, pão Bimbo, Ice Tea, Bongo, bolachas de chocolate e leite com chocolate. O desafio proposto às equipas era escolher os alimentos saudáveis para compor uma lancheira adequada e deixar de fora os alimentos não saudáveis. Ao final, a lancheira de cada equipa era avaliada para verificar as escolhas feitas.

O objetivo desse jogo era ensinar as crianças de forma divertida e envolvente sobre a seleção de alimentos saudáveis para as suas lancheiras escolares, limitando os alimentos menos saudáveis. Foi encorajada a participação de todo o grupo, pois mesmo as crianças que não foram escolhidas para as equipas podiam ajudar. No final do jogo, as lancheiras foram analisadas e os alimentos escolhidos foram avaliados, resumindo assim as informações transmitidas na sessão de EpS (Apêndice 14)

3ª Sessão de educação para a saúde (dirigida aos alunos): Regras da Alimentação: O Rata Tui Ensina:” Jogo da fruta escondida” através de uma apresentação de diapositivos e PowerPoint e exibição de um filme sobre a importância da fruta, foram explicadas as regras de uma alimentação saudável (lanche saudável/cuidar da higiene e os diferentes grupos de frutas e hortícolas). O objetivo do jogo foi cada aluno com os olhos vendados reconhecer a fruta/hortícola. O que se pretendeu foi que as crianças pudessem aprender de uma forma divertida a importância da fruta e legumes no nosso dia-a-dia. (Apêndice 15)

4ª Sessão de educação para a saúde (dirigida aos alunos): Comer Bem para crescer saudável: “Semáforos dos Alimentos”: através de uma apresentação de diapositivos PowerPoint e de um filme ilustrativo do jogo semáforo da alimentação, foi exibida e explicado o semáforo da alimentação. Esta atividade foi realizada após a Sessão de educação para a saúde, onde no final da sessão foi deixada uma tarefa para todas as crianças da turma, que foi retirar aleatoriamente uma imagem de um alimento que fazem parte das suas lancheiras escolares e colocar no semáforo dos alimentos, tendo sido associado ao alimento as cores do semáforo (vermelho, amarelo e verde) de acordo com o seu consumo (consumido livremente, de forma controlada e não devem ser consumidos. (Apêndice 16)

5ª Sessão de educação para a saúde (dirigida aos Pais/EE alunos): Alimentação Saudável “Lanches Saudáveis “através de uma apresentação de diapositivos PowerPoint, foram exibidos e explicados as regras de uma alimentação saudável e os alimentos que constituem lanches saudáveis. (Apêndice 17)

As diferentes sessões foram planeadas numa perspetiva de promoção de hábitos alimentares saudáveis e lanches saudáveis tendo sido realizadas numa lógica de continuidade, existindo encadeamentos entre elas, nomeadamente através de atividades que as crianças realizarem na sala de aula. A utilização da sala de aula, permitiu não só a utilização de um ambiente já conhecido das crianças, mas também a rentabilização dos recursos materiais e humanos já existentes. Na última sessão de educação para a saúde ao aluno foi entregue um diploma de participação como forma de gratificação e empreendimento na participação das atividades de promoção de hábitos alimentares saudáveis. (Apêndice 15).

O envolvimento dos pais/encarregados de educação nas sessões de educação para a saúde é fundamental uma vez que a alimentação das crianças é da responsabilidade dos pais/família. Para tal, planeou-se uma sessão de educação para a saúde relacionada com a temática. Foi entregue aos alunos um convite para a participação dos Pais/Encarregado de Educação na sessão de educação para a saúde. (Apêndice 16).

6.3 ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO

O presente projeto insere-se no Programa Nacional de Saúde Escolar e teve como parceiros a comunidade escolar e a equipa de Saúde Escolar. Para proceder à definição das atividades, bem como definir tempo, espaço e recursos, foi realizada uma reunião com a professora titular da turma do 1ºano da escola HD e com a enfermeira responsável da saúde escolar (enfermeira orientadora), antes do início do 1º período do ano letivo. A enfermeira orientadora e responsável pela saúde escolar quer pela sua experiência e conhecimento da comunidade foi um elemento de ligação entre os parceiros. Nas reuniões realizadas com cada parceiro nomeadamente os diretores dos 2 agrupamentos de escolas e posteriormente com os diretores de cada escola de 1º ciclo, foi apresentado o projeto, objetivos e cronograma das atividades. Os contatos foram realizados por forma presencial, por via telefónica e por e-mail.

É de referir que a parceria estabelecida com a escola HD, nomeadamente a turma 1ºano será até ao final do ano letivo 2022/2023 e as intervenções realizadas foram possíveis através da articulação entre a USP e os 2 agrupamentos de escolas. O projeto teve uma intervenção multidisciplinar, com a participação de enfermeiros e professores.

6.4 RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS

Nesta etapa do planeamento em saúde, torna-se imperativo discriminar os recursos humanos, materiais e físicos utilizados durante a implementação do projeto de forma que o mesmo seja viável. (Imperator & Giraldes, 1993). Deste orçamento determina-se o custo financeiro do projeto.

Sendo assim, os recursos humanos que participaram no projeto foram: enfermeira mestranda, professora orientadora do estágio e do projeto, enfermeira da USP e supervisora do projeto, Professores diretores de turma, e professora titular da turma 1 ano HD.

Relativamente aos recursos materiais e físicos utilizados foram: sala de aula para realização das sessões formativas presenciais, computador para realização de sessões de educação para a saúde, computador da sala de aula para sessões presenciais, Wi-Fi da escola, material de suporte às 5 sessões (cartolina de várias cores, frutas variadas, alimentos variados),eletricidade, telemóvel, material de suporte à preparação das sessões (eletricidade, papel, impressora, tinteiro) e ainda viatura automóvel e combustível para as deslocações à Escola e USP.

6.5 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A realização de qualquer projeto implica custos associados, é de extrema importância a inclusão nos mesmos antes de efetuar a implementação de um projeto. Segundo Melo (2020) o planeamento de um projeto depende da determinação dos recursos humanos e materiais.

O projeto de intervenção não teve qualquer tipo de financiamento visto que foi desenvolvido em termos académicos. A enfermeira mestranda participou no projeto dentro do horário e tempo atribuído ao estágio final de Enfermagem Comunitária, onde se prevê a continuação do projeto pelas outras entidades envolvidas no projeto. Desta forma, foi realizado um orçamento aproximado até ao fim do projeto.

Os recursos materiais no presente ano letivo, foram financiados pela enfermeira mestranda. Também as deslocações foram efetuadas, na sua maioria, em viatura própria.

De uma forma detalhada para a realização do projeto de Intervenção comunitária a previsão de recursos necessários está evidenciada na tabela 11.

Tabela 11. Previsão orçamental do projeto

Previsão de Recursos	Estimativa de Custos:
<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfª Responsável pela Saúde Escolar • Enfª Mestranda • Pessoal docente e não docente 	<p>1000 Euros</p> <p>0 Euros</p> <p>1000 Euros</p> <p>Total:2000 Euros</p>
<p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de suporte às sessões (canetas, resma papel A4 para impressão, cartolinas, cola, alimentos, caixa para arquivo documentos) • Sala de aula, Wifi da escola para visualizar vídeos • Material de Suporte á preparação das sessões (computador, impressora, toner para a impressora) • Viatura (carro próprio) e combustível para as deslocações á Escola e USP. 	<p>Total:2500 Euros</p>
<p>Custo total:</p>	<p>4 500 Euros</p>

Fonte: Elaboração Própria

6.6 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O projeto segundo (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129) é definido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”. O cronograma planeado foi cumprido salva a exceção da avaliação final das lancheiras, bem como a realização dos questionários espiga. Ficou planeado para o mês de junho de 2023, a avaliação das lancheiras e respetivo questionários “Espiga” aos pais/E.E. (Apêndice 10).

6.7 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A realização do projeto de intervenção tal com as sessões de educação para a saúde dirigidas às crianças do 1ºano do 1ºciclo da escola HD, foram divulgadas, através da informação tendo como base o consentimento informado. Foi posteriormente enviado via email para os pais/EE um questionário “Espiga” onde se pretendia avaliar os hábitos e comportamentos alimentares da criança.

No contexto académico, efetuámos um artigo científico com parte dos dados obtidos no diagnóstico de saúde, tendo como base uma revista científica nacional e que aguarda publicação (Apêndice 17).

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é a última fase do Planeamento em Saúde, onde se confrontam as estratégias e os objetivos, permitindo determinar a eficácia do percurso desenvolvido (Tavares, 1992), mas também se avalia a etapa do diagnóstico de situação, devido ao cariz cíclico do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para alcançar o objetivo de promover comportamentos alimentares adequados das crianças da turma HD foram delineadas várias metas. A tabela 12 apresenta os dados da avaliação destas, sendo de destacar que todas foram atingidas.

Tabela 12. Avaliação do Objetivo

Objetivo Geral: Promover comportamentos alimentares saudáveis nas crianças do 1º ano do 1º ciclo da escola HD até final do ano letivo 2022/2023

Metas	Avaliação
Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os benefícios de uma alimentação saudável.	100% dos alunos identificaram mais de 3 benefícios da alimentação saudável.
Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os alimentos e as porções que fazem parte de uma lancheira saudável.	100% dos alunos identificaram os alimentos e as porções que fazem parte de uma lancheira saudável
Que 30% dos encarregados de educação sejam capazes de identificar os alimentos e as porções que fazem parte de um lanche saudável	100% dos encarregados de educação presentes na sessão identificaram os alimentos que fazem parte de um lanche saudável.
Que 50% das crianças reconheçam quais os alimentos doces que ingerem	100% dos alunos identificaram os alimentos doces que ingerem e os cuidados a ter após a sua ingestão.
Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os momentos para consumir doces e os cuidados a ter após a sua ingestão	100% dos alunos identificaram os alimentos doces que ingerem e os cuidados a ter após a sua ingestão.

Que 10% dos encarregados de educação reconheçam os riscos do consumo excessivo de açúcar e gorduras	100% dos encarregados de educação presentes na sessão foram capazes de reconhecer o risco do consumo excessivo de açúcar e gordura.
---	---

Fonte: Elaboração a Própria

Ao longo de todas as sessões de educação para saúde realizadas às crianças foram desenvolvidas atividades com o intuito da manutenção e reforço do comportamento de promoção da saúde. Foi enviado, para os encarregados de educação, um desenho de um “prato saudável” elaborado pelos alunos, que segundo a maioria dos alunos foi pendurado na porta do frigorífico de suas casas. Foi também realizado o semáforo dos alimentos que ficou exposto durante o mês de janeiro na sala dos alunos, mas a professora achou que deveria ficar mais tempo para que todos os alunos pudessem ver. No fim da última sessão de educação para a saúde foi realizado um pequeno resumo sobre os temas apresentados e entregou-se a cada aluno um diploma de participação.

Para avaliar as intervenções realizadas, foram utilizados indicadores de atividade e indicadores de resultado. Durante o período de estágio final, diversas intervenções foram planeadas e implementadas. No entanto, devido ao objetivo geral do projeto de promover comportamentos alimentares saudáveis nas crianças até ao final do ano letivo de 2022/2023, a avaliação final só poderá ser realizada pela equipa de enfermagem da Saúde Escolar.

Dado o período limitado de apenas quatro meses para a realização de todo o projeto, a equipa de enfermagem da Saúde Escolar replicará a observação das lancheiras e utilizará os mesmos questionários que foram aplicados durante o diagnóstico de situação. Serão seguidos os mesmos procedimentos para garantir a comparabilidade dos resultados.

Essa avaliação permitirá verificar o impacto das intervenções implementadas no projeto e se houve uma melhoria nos comportamentos alimentares das crianças ao longo do tempo. Os indicadores de atividade e de resultado serão analisados para avaliar a eficácia das intervenções e identificar possíveis áreas de melhoria. A equipa de enfermagem da Saúde Escolar desempenhará um papel fundamental nesse processo de avaliação e na continuidade do projeto.

Foram estabelecidos indicadores de atividade ou execução, avaliados através de taxas. Os Indicadores de atividade representados na tabela n.º 13 quantificam atividades com a finalidade de executar as metas. Segundo (Tavares, 1990) as metas contribuem para que os objetivos sejam atingidos.

Tabela 13. Indicadores de Atividade ou Execução

Indicadores de Atividade ou Execução	Resultado: Avaliação do Indicadores de Atividade ou Execução
$\frac{\text{Nº de SEpS realizadas}}{\text{Nº total de SEpS previstas}} \times 100$	$(5/5) \times 100\% = 100\%$

Fonte: Elaboração a Própria

Tendo em conta a avaliação dos indicadores de atividade ou execução, tendo como limite à data de término do estágio final, foram efetuadas todas as sessões de educação para a saúde planeadas, obtendo assim o resultado de 100%.

Neste projeto, para a concretização desta fase, procedeu-se à avaliação das metas previamente definidas. Como já referido anteriormente a grelha de observação dos lanches ficará delineada para realizar no fim do ano letivo (Apêndice11) bem como o envio do questionário Espiga ao país/EE de educação dos alunos (Anexo1), ficando por realizar a comparação dos resultados obtidos e respetiva avaliação dos indicadores de processo/ resultado, permitindo-nos assim uma avaliação global da intervenção realizada.

As sessões de educação programadas às crianças foram todas realizadas semanalmente em horário letivo, estabelecido em conjunto com a professora, bem como a sessão de educação programada para os pais. Esta última foi realizada embora com a presença de um número reduzido de EE. Dos pais/EE participantes, obtiveram-se comentários bastante positivos em relação à pertinência da temática (ex: “bastante útil para as estratégias dos lanches”). As perguntas feitas aos encarregados de educação permitiram avaliar a sessão, demonstrando, por meio de suas respostas, que a sessão foi avaliada com sucesso. Como resultado do indicador de atividade/execução, obtivemos um valor de 100%. Isso indica que a sessão atingiu os objetivos propostos.

Neste projeto, para a operacionalização desta fase, procedeu-se à avaliação das metas previamente definidas, aplicando a grelha de observação dos lanches (Apêndice 11) tal como a avaliação dos indicadores de Impacto /Resultado, permitindo-nos assim uma avaliação abrangente da intervenção realizada.

Os indicadores de resultado ou impacto, permitirão uma avaliação qualitativa, tendo por base a comparação das respostas obtidas no início da atividade e das respostas após a intervenção. No que se refere a indicadores de impacto serão ainda comparados os dados obtidos na observação dos lanches, aquando do diagnóstico de situação com os dados obtidos após a intervenção que será realizada pela equipe de saúde escolar no fim do ano

letivo. Segundo (Tavares,1990) os indicadores de resultado permitem quantificar problemas com vista a alcançar os objetivos.

Atendendo agora à avaliação dos indicadores de impacto ou resultado, apresentamos de seguida, de forma sistematizada na tabela 14, os resultados obtidos.

Tabela 14. Avaliação dos indicadores de Impacto/Resultado

Objetivos operacionais	Indicadores de Impacto ou Resultado	Resultado: Avaliação dos indicadores de Impacto /Resultado	Avaliação
Que 80% das crianças participem nas sessões de educação para a saúde Planeadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças participantes}}{\text{N}^\circ \text{ total de crianças}} \times 100$	$(18/20) \times 100\% = 90\%$	Atingido
Que 50% das crianças sejam capazes de identificar os alimentos e as porções que fazem parte de uma lancheira saudável.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças com respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ total de crianças participantes}} \times 100$	$(18/20) \times 100\% = 90\%$	Atingido
Que 80% dos EE das crianças participem na sessão de educação para a saúde Planeada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EE participantes}}{\text{N}^\circ \text{ total de EE}} \times 100$	$(6/20) \times 100\% = 30\%$	Não Atingido

Fonte: Elaboração a Própria

8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Além do projeto de intervenção comunitária realizado na área da saúde escolar, foi possível participar em várias atividades alocadas aos serviços da USP. O envolvimento nestas atividades contribuiu para a aquisição de competências, mas também como uma forma de compreender, como contribuem os cuidados de Saúde Primários, nomeadamente a Saúde Escolar e a enfermagem de Saúde comunitária e de Saúde pública neste contexto, uma vez que a experiência profissional da mestranda foi, exclusivamente, em contexto hospitalar

Os principais problemas de saúde e necessidades alteradas da comunidade educativa alvo da intervenção da enfermeira de Saúde escolar foram nomeadamente a Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), as Alergias Alimentares e a Epilepsia, e que se encontram classificadas no PNSE como prioritárias.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde aos professores, educadores de infância e auxiliares dos agrupamentos de escola abrangidos pela USP e foram baseadas nas principais necessidades de saúde identificadas na comunidade educativa.

Participamos, como formanda, no XXVI Encontro Nacional dinamizado pela Associação Portuguesa para a promoção da saúde pública realizado no dias 14-15 novembro na Gulbenkian com o tema “Os Objetivos do desenvolvimento sustentável e as crises atuais” o que se traduziu uma mais valia visto ser um tema bastante pertinente e adquirimos novos conhecimentos sobre a temática em questão.

III. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do presente capítulo pretendemos descrever e refletir acerca das competências mobilizadas e adquiridas, que irão permitir a obtenção do grau de mestre, bem como o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A reflexão implica o questionamento e a compreensão acerca de tudo o que nos rodeia, de um modo fundamentado e determinado. Como tal, e como modo de refletir acerca das competências relativas ao grau de mestre e de especialista na área que se tem vindo a abordar, é importante fazer menção aos regulamentos que a regem e a orientam.

Por parte da OE, foram emitidos dois regulamentos: o das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e o de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2018). O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, em 2016, emitiu o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, que procedeu às devidas modificações nos decretos anteriores e determinou o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, designadamente o grau de mestre, clarificando que o ciclo de estudos no ensino politécnico deve garantir ao mestrando a aquisição de uma especialização de caráter profissional.

As denominadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista englobam as seguintes dimensões: educação dos clientes e dos pares, aconselhamento, orientação, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, difundir e desenvolver investigação relevante e pertinente que possibilite avançar e melhorar continuamente a prática de enfermagem. (Regulamento n.º 140/2019). Assim, de um modo global, são quatro as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

Como **Responsabilidade profissional, ética e legal** – o Enfermeiro Especialista desenvolve a sua prática profissional, ética e legal de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Inserem-se neste domínio as seguintes unidades de competências: demonstrar uma tomada de decisão em consonância com princípios, valores e normas de deontologia; liderar, de modo efetivo, os processos de tomada de decisão ética no âmbito da sua área de especialidade; demonstrar tomada de decisão em consonância com princípios, valores e normas de deontologia; realizar a avaliação do processo e dos resultados

emergentes da tomada de decisão; fomentar a proteção dos direitos humanos; efetuar a gestão, a nível da equipa, no que se refere a práticas de cuidados promovendo a segurança, a privacidade e a dignidade do paciente.

Perante o exposto, consideramos que durante o estágio final foram mobilizados conhecimentos e desenvolvidas competências que permitiram atingir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com os quatro domínios supracitados. Ao refletirmos acerca do domínio Responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo do estágio foi assumida uma postura profissional adequada, tendo em consideração os princípios éticos, o código deontológico da profissão e a garantia pelo respeito dos direitos humanos. Todos os processos de decisão foram fundamentados e apoiados em conhecimento, as decisões foram tomadas de modo consciente e em equipa, tendo também sido garantido o respeito pela individualidade, privacidade e confidencialidade.

No que diz respeito á **Melhoria contínua da qualidade** – o Enfermeiro Especialista assume um papel dinamizador a nível do desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico seguro. Inserem-se aqui as seguintes unidades de competência: mobilizar conhecimentos e competências, com vista à melhoria contínua da qualidade; orientar projetos institucionais no âmbito da qualidade; avaliar a qualidade das práticas clínicas; efetuar o planeamento de programas de melhoria contínua; liderar programas de melhoria contínua; garantir a criação de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que culmine em segurança e proteção das pessoas ou grupos; intervir na gestão do risco no âmbito institucional e/ou de unidades funcionais.

Ao refletirmos na melhoria contínua da qualidade, consideramos que o projeto supracitado favoreceu o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados pela unidade onde decorreu o estágio; efetuei uma procura contínua de informação e um grande investimento no enquadramento teórico no qual se baseou este relatório e o projeto, possibilitando o alcance do sucesso do mesmo. Ainda dentro deste domínio, foi adotada uma postura dinamizadora e proativa, de gestão de recursos disponíveis e indispensáveis bem como das intervenções implementadas, de maneira a alcançar os objetivos propostos.

No domínio da **Gestão dos Cuidados** – o Enfermeiro Especialista detém competências a nível da gestão dos cuidados de enfermagem, melhorando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; competências a nível de adaptação da liderança e gestão dos recursos às circunstâncias e ao contexto, com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados. Inserem-se nesta dimensão as seguintes unidades de competência: melhorar o processo de cuidados no que tange à tomada de decisão; monitorizar as tarefas atribuídas,

visando a segurança e a qualidade; potencializar o trabalho em equipa adaptando os recursos existentes às necessidades no âmbito de cuidados; adaptar o estilo de liderança exercido ao local de trabalho, ajustando-o em função do clima organizacional e maximizando a resposta do grupo e das pessoas.

Na Gestão dos Cuidados, consideramos que foi adotada uma postura de liderança no desenvolvimento do projeto, tendo em conta que existiram momentos de negociação e de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde; foi desenvolvido um trabalho de equipa baseado na identificação dos diferentes e interdependentes papéis e funções de cada membro; e foram notórios o compromisso e a responsabilidade na otimização da qualidade dos cuidados.

Como última competência específica- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** – o Enfermeiro Especialista desenvolve competências no âmbito do autoconhecimento e assertividade e fundamenta a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Incluem-se neste domínio as seguintes unidades de competência: possuir autoconsciência a nível pessoal e profissional; criar respostas de adaptabilidade individual e institucional; assumir a responsabilidade no que concerne à facilitação de aprendizagem, em contexto laboral; basear a sua prática clínica em evidência produzida pela ciência; providenciar a elaboração e a implementação de padrões e procedimentos para a prática clínica no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019).

Foram realizadas pesquisas bibliográfica detalhada e exaustivas possibilitando uma intervenção congruente e segura a nível do desempenho das atividades elaboradas. Intervir na faixa etária infantil, bem como nos respetivos pais/encarregados constituiu um desafio e, assim, a prática baseada em evidência científica foi uma mais-valia, formando-se como a base do enquadramento teórico e o suporte de desenvolvimento das intervenções projetadas e implementadas.

Para além das Competências Comuns, o Enfermeiro Especialista possui competências especializadas e detendo um conhecimento aprofundado e competências acrescidas no âmbito de um domínio específico de enfermagem. A Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública agrega intervenções centradas na comunidade, sendo o seu foco de ação maioritariamente nos cuidados de saúde primários. Este profissional detém uma série de competências específicas que o capacitam a desenvolver a sua prática à volta da comunidade. Tais competências possibilitam ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública identificar as necessidades de saúde de uma população e delinear projetos de promoção de saúde consoante as necessidades identificadas (Regulamento n.º 428/2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária intervém na comunidade no âmbito do empoderamento, participação e liderança; realiza o diagnóstico efetivo da saúde de uma dada comunidade; atua como um facilitador do trabalho em equipa ao nível da promoção da saúde da comunidade; desenvolve intervenções diretas ou capacita outros para efetuarem melhores diagnósticos e tratamentos; entre outros (Cunha, et al., 2019).

Os Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública detém competências a nível de capacitar a comunidade; de resposta às necessidades das pessoas, grupos e comunidades; além de: promover o diálogo/troca/partilha/comunicação e atuar como facilitador do trabalho em equipa; reforçar as relações entre os utentes com os outros membros; oferecer serviços integrados; efetuar a avaliação dos pontos fortes e dos obstáculos ou desafios em determinadas áreas; melhorar a saúde das famílias e comunidades.

Esta prática de enfermagem especializada é regulada pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de 2018, emitido em Diário de República em 2018, Regulamento nº 428/2018. O Regulamento supramencionado é constituído por quatro competências específicas e suas unidades de competência. O desenvolvimento do projeto “Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis em crianças do 1ºano 1ºciclo-Lancheiras Saudáveis”, permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EEECS, sobre as quais procedeu-se a uma reflexão tendo em conta o Regulamento n.º 428/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018.

Como primeira competência especializada: “**Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**” – tendo em conta a complexidade dos problemas de saúde existentes na comunidade, este profissional efetua o planeamento em saúde segundo determinadas etapas. Inserem-se aqui as seguintes unidades de competência: proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; determinar as prioridades em saúde de uma comunidade; formular objetivos e estratégias em relação à priorização das necessidades em saúde estipuladas; desenvolver programas e projetos interventivos com o propósito de dar resposta a problemas assinalados; avaliar programas e projetos interventivos com o propósito de dar resposta a problemas assinalados.

Consideramos que o projeto “Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis em crianças do 1ºano 1ºciclo-Lancheiras Saudáveis” seguiu as etapas da Metodologia do Planeamento da Saúde, que, segundo Tavares (1990), é a perspetiva metodológica adequada para a obtenção de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. De modo a adquirir esta competência, aplicou-se um questionário aos pais/encarregados de educação das crianças de dois agrupamentos de escolas de setúbal do 1ºano, com o intuito de obter um diagnóstico de situação de uma comunidade. Após identificarmos os principais

problemas, procedemos à definição das prioridades, em analogia com o PNS, o PNSE, e o PNPAS. Dando continuidade às etapas, delineámos os objetivos e as estratégias a adotar. Durante o processo de operacionalização do projeto, procedeu-se à avaliação e controlo do mesmo, através da avaliação de indicadores de atividade ou execução e dos indicadores de impacto ou resultado delineados, para se monitorizar a eficácia das intervenções realizadas.

Como segunda competência especializada: **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”**, promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à realização de projetos de saúde coletivos. Inserem-se aqui as seguintes unidades de competência: liderar processos comunitários visando a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; integrar conhecimentos de diversas disciplinas nos processos de mobilização e capacitação comunitária; efetuar a gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

O desenvolvimento do projeto “Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis em crianças do 1ºano 1ºciclo-Lancheiras Saudáveis” permitiu a liderança de um processo comunitário através de uma intervenção orientada a um grupo de crianças em idade escolar, com o objetivo de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Tivemos a necessidade da mobilização de conhecimentos de diferentes ciências, enfermagem, educação, bem como a orientação segundo o Modelo de Nola Pender para a promoção da saúde. Para a implementação deste projeto, foi necessário o estabelecimento da parceria para se alcançarem as estratégias, nomeadamente com equipa pedagógica dos agrupamentos de escolas assim como com os profissionais de saúde da USP. Desenvolveu-se assim competências de gestão e liderança, tendo-se direcionado todos os parceiros para um mesmo objetivo.

Como terceira competência especializada: **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”** – tendo em conta a pertinência e especificidades dos distintos Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, é extremamente relevante a maximização das atividades de âmbito comunitário para a obtenção de ganhos em saúde. Inclui-se aqui a seguinte unidade de competência: participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde em função dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

No que diz respeito a esta competência, foi desenvolvida durante a permanência na USP, no âmbito das atividades no decurso das diferentes áreas, mas particularmente na Saúde Escolar, Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável (programa prioritário). O projeto “Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis em crianças do 1ºano 1ºciclo-Lancheiras Saudáveis” foi ancorado numa das metas do atual PNS (DGS, 2015), que pretende controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população

infantil e escolar, que para ser efetivado contou com o suporte do PNSE e do PNPAS. através do ensino e orientações e em conjunto contribuem para o alcance dos objetivos do PNS.

Como quarta e última competência especializada: **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** – no sentido em que a vigilância epidemiológica representa um instrumento significativo ao nível da análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença. Insere-se aqui a seguinte unidade de competência: efetuar a vigilância epidemiológica dos eventos de saúde – doença ocorridos numa dada área geodemografia (Regulamento n.º 428/2018).

Ao refletirmos sobre o estágio realizado na Unidade de Saúde Pública, podemos afirmar que a participação na vigilância epidemiológica foi uma experiência extremamente enriquecedora. Isso proporcionou a aquisição de conhecimentos e a oportunidade de estar envolvido na vigilância epidemiológica da doença Coronavírus-19. Além disso, tivemos a oportunidade de observar a plataforma do Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica, conhecida como SINAV.

O SINAV é um sistema de colheita de informações em Portugal sobre doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública. Desempenha um papel crucial como sistema de gestão de informações, permitindo a colheita, análise, interpretação e disseminação de dados sobre doenças transmissíveis sujeitas a declaração obrigatória. Isso contribuiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância epidemiológica e monitorização de fenómenos de saúde-doença de uma população.

Esta experiência no estágio proporcionou-nos uma compreensão mais profunda da importância da vigilância epidemiológica no controle e prevenção de doenças. Também nos permitiu adquirir competências valiosas nesse campo, capacitando-nos para lidar com a monitorização de doenças e fenómenos de saúde na comunidade.

Consideramos que as competências para a aquisição do grau de Enfermeiro Especialista foram adquiridas ao longo do presente estágio, nomeadamente através da realização do projeto desenvolvido.

No que concerne à atribuição **do Grau de Mestre**, o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, no artigo 15º, menciona que o mesmo seja atribuído a quem demonstre deter conhecimentos e capacidade de resolução desenvolvidos e incrementados relativamente aos do 1º ciclo do ensino superior. São igualmente apresentadas outras condições, designadamente: saber aplicar os conhecimentos; demonstrar capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não habituais; capacidades de integração de conhecimentos, lidando com situações e eventos complexos; demonstrar capacidade de comunicar as soluções encontradas, conhecimentos e raciocínios de modo perceptível e

abrangente; deter competências a nível de aprendizagem contínua, de forma essencialmente auto-orientada e autónoma; e, por fim, “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização (Decreto Lei nº 63/2016, p. 3174).

Tendo como conduta a seguir a obtenção do grau de Mestre, foi elaborado um artigo científico, que possibilitou integrar os dados apresentados no diagnóstico de situação, tratando-se de um estudo observacional descritivo. A elaboração deste artigo primário e possível submissão traduziu-se nos principais ganhos à atribuição do grau de mestre, fomentando a produção científica baseada na evidência e sua divulgação, bem como a elaboração deste relatório, permitiu-nos comunicar as conclusões obtidas. Consideramos, após refletir sobre os aspetos referidos, ter alcançado as competências à aquisição do grau de mestre.

CONCLUSÃO

Ao concluir este relatório de estágio, consideramos ter atingido os objetivos propostos inicialmente, o que possibilitou a elaboração das etapas do processo de planeamento em saúde, que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista, bem como para a aquisição do grau de mestre.

Durante o estágio, fomos capazes de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de mestrado em situações práticas, relacionadas às necessidades de saúde da população, o que nos possibilitou desenvolver habilidades essenciais no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de saúde, de forma a proporcionar cuidados de qualidade.

A prevalência da obesidade no país e no mundo tem vindo a aumentar de forma alarmante, nomeadamente em faixas mais jovens. Sabendo que esta é uma condição que tende a perpetuar-se ao longo da vida e os seus efeitos para a saúde, a todos os níveis, é marcadamente nefasta, esta é uma das grandes preocupações de saúde pública do século 21.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis, encontra-se no âmbito de atuação da enfermagem, nomeadamente enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Todas as ações de diagnóstico, intervenção e prognóstico levadas a cabo assumem grande relevância no âmbito da melhoria da saúde dos indivíduos.

Através da elaboração do projeto de intervenção comunitária pretendeu-se contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis num grupo de crianças em idade escolar, nomeadamente em crianças do 1ºano do 1º ciclo. Este assume especial relevância pelo facto de, como já foi referido anteriormente, ser fundamental iniciar uma alimentação saudável e equilibrada proporcionando um desenvolvimento saudável das crianças o mais precoce possível em virtude de os hábitos instituídos nesta fase da vida terem grande influência nos hábitos durante a vida adulta.

O diagnóstico de situação permitiu identificar que este grupo de crianças apresentava um comportamento alimentar comprometido no que se refere à frequência alimentar quando observamos os lanches constatamos que apresentam alimentos não saudáveis. Através da avaliação de cada sessão de educação para a saúde, realizada tanto aos pais/encarregados de educação como aos alunos, foi possível sensibilizar as crianças das turmas e os respetivos

encarregados de educação para a importância de uma alimentação saudável e de lanches saudáveis. Sendo a escola fundamental para a promoção de conhecimentos e hábitos alimentares saudáveis é ainda importante sensibilizar o mais possível a comunidade escolar para esta problemática e envolver os pais/família nos projetos, contribuindo assim para melhorar os níveis de conhecimentos e de competências em matéria de alimentação saudável, permitindo assim que se tornem melhores modelos de identificação para as crianças, contribuindo desta forma para a manutenção do comportamento de promoção da saúde.

Os objetivos estabelecidos para o presente projeto foram atingidos, mas a avaliação do projeto será realizada pela equipe de enfermagem de saúde escolar no fim do ano letivo 2022/2023. Consideramos que uma das limitações deste projeto se relacionou com a obtenção de todos os pareceres, subjacentes aos princípios éticos, dentro do período estipulado. Foram necessárias muita insistência para obter os pareceres solicitados, envolvendo um considerável gasto de tempo e recursos, onde a fase final da avaliação do projeto nomeadamente a avaliação da eficácia das intervenções não será realizada, mas estando presente a vontade por parte da equipa de saúde escolar e da professora de lhe dar continuidade. A contribuição do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender na promoção da saúde ficou patente neste projeto, sendo que a aplicação desta teoria à prática pode trazer mudanças significativas no dia-a-dia dos grupos e comunidades, desde que devidamente fundamentadas.

A realização deste relatório permitiu uma reflexão sobre a importância do Planeamento em Saúde, sendo este uma ferramenta fundamental para a organização que permite estruturar um projeto de intervenção comunitária desde o diagnóstico de situação até à consecução e avaliação, fazendo face aos imprevistos e alterações que surjam. Todo este percurso foi regulado pelas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, contribuindo para um crescimento profissional preparando o enfermeiro para a elaboração de futuros projetos de intervenção. De referir que a realização deste relatório proporcionou um motivo de reflexão não só pelos conhecimentos que adquirimos, mas pelas realidades com que contactámos que proporcionou a realização deste relatório.

Com este relatório de estágio avaliou-se os hábitos alimentares das crianças do 1ºciclo, 1º ano, de uma comunidade escolar e posteriormente capacitou-se as crianças e seus familiares na promoção e adoção de hábitos alimentares saudáveis nomeadamente na preparação de Lanches Saudáveis.

A saúde das crianças é dependente de fatores genéticos e ambientais, não obstante, também as características dos cuidados de saúde que recebem modelam de forma significativa

e determinante os seus resultados. Os primeiros anos de vida são fundamentais para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis que promovam a nutrição e o correto desenvolvimento físico e mental, sendo assim os hábitos alimentares saudáveis e os “menos saudáveis” são adquiridos sobretudo na infância e tendem a perdurar durante a vida. A família tem uma função fundamental, mas a escola é o local privilegiado da comunidade onde as crianças aprendem a transpor as aprendizagens sobre a alimentação em comportamentos saudáveis.

A enfermagem comunitária, focada na comunidade, encontra-se especialmente habilitada para capacitar as crianças e suas famílias, através da promoção da saúde, aumentando a literacia em hábitos alimentares saudáveis.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é essencial para o processo de crescimento da criança, sendo o enfermeiro de saúde escolar um recurso vital para promover e manter a alimentação da mesma. Este profissional acompanha a criança/jovem ao longo do seu processo de crescimento, pelo que se encontra no contexto ideal para proporcionar um apoio continuado. O enfermeiro de saúde escolar deve aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados a todos as crianças, saudáveis ou com necessidades de saúde especiais.

A grande aposta deverá ser a promoção, sendo este facto consensual em termos da evidência disponível. A promoção de hábitos alimentares saudáveis deve ser o mais precoce possível, pois a prevalência da obesidade infantil está a aumentar em grupos etários cada vez mais jovens.

Ao trabalhar com a família e com a escola, a enfermeira de Saúde Escolar interage na promoção de comportamentos alimentares saudáveis e intervém nas alterações do padrão de doenças tais como: a obesidade, excesso de peso, magreza, dotando os intervenientes, neste caso a família e criança de respostas adequadas, pois os hábitos alimentares adquiridos nesta fase de vida repercutem-se durante a vida adulta.

Este projeto apenas foi possível devido a complementaridade existente entre a educação e a saúde escolar que proporciona uma ferramenta na promoção de hábitos de vida saudáveis e de conhecimentos e assim sensibilizar a comunidade escolar para a problemática da obesidade infantil, dos hábitos alimentares não saudáveis e o papel que a escola pode ter na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

O caminho percorrido no desenvolvimento deste projeto bem como a redação deste relatório foi de motivação, reflexão, de trabalho autónomo e em parceria tornando-se fundamentais para a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, contribuindo para o

desenvolvimento pessoal e profissional na elaboração de futuros projetos de intervenção comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

Abelho, C. (2014). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Sexualidade na Adolescência* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/14856>

ACES Arrábida. (2019). *Plano Local de Saúde da Arrábida, 2019 – 2023*. Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/QUEM%20SERVIMOS/Plano_Local_SA%C3%BAde_ACESArr%C3%A1bida.pdf

Agrupamento Vertical de Escola Luísa Todi. (2021). *Escolas do Agrupamento*. <https://www.avelt.org/escolas/>

Alves, G., & Cunha, T. C. (2020). A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. *Humanas & Sociais Aplicadas*, 10(27), 46–62. <https://doi.org/10.25242/8876102720201966>

Amann, V., Paixão, G., Monteiro, H., & Leal, P. (2015). Programa nacional de saúde escolar. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Aparício, G. (2016). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 38, 283–298. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8263>

Araújo, A. (2012). *A alimentação saudável em idade escolar: saber comer para melhor crescer* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/15654>

Au, N. (2013). Childhood obesity and academic performance. *Obesity Research & Clinical Practice*, 7(2), e47. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2013.12.589>

Ballesteros, C., Mourata, M., Franco, M., Lopes, M., Rodrigues, A., & Muge, L. (2021). Manual de Acolhimento de Internos e Alunos. Unidade de Saúde Pública – Agrupamentos de Saúde ACES Arrábida.

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. General Learning Press.

BI-SCP (2017). *ACES Arrábida*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/Pages/default.aspx>

Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., de Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., Nunes, E., Amann, G. P., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J. P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. M. (2017). *Referencial da Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação/Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

Cunha, C., Costa, A., & Henriques, M. (2019). Competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública: uma revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 361-370. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2038/1974>

Da Silva de Aguiar, C. A., Barbosa e Silva, M. C., Alves de Queiroz, S., & dos Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva* (Barueri), 11(64), 5604–5615. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>

De Negri, S., Porazzi, F., & Slongo, J. (2005). Lanche escolar: Preferências e Consumo Entre Escolares de uma Escola Pública do Município de Ijuí – RS. *Revista Contexto Saúde*, 5(8), 85-90.

DGS. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programanacional-de-combate-a-obesidade-pdf.asp>

DGS. (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/conheca-o-pnpas>

DGS. (2014). *Hidratação adequada em meio escolar*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/03/documento_hidrata%C3%A7%C3%A3o-em-meio-escolar_digital.pdf

DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>

DGS. (2017). *Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf

DGS. (2020a). *A nova roda dos alimentos – um guia para a escolha diária*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

DGS. (2020b). *Estilos de Vida Saudável*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>

DGS. (2022). *Manual de Recomendações para um Estilo de Vida Saudável e Seguro. Recomendações para um estilo de vida saudável e seguro*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/criancas-saudaveis-e-em-seguranca-dgs-lanca-novo-manual1.aspx>

DGS. (2023). *Doenças crónicas: Obesidade*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#o-que-e-a-obesidade>

Fagunwa, O. E. (2021). Child obesity prevention: Nigerian children and adolescents have fair knowledge of obesity. *Human Nutrition & Metabolism*, 23, 200117. <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2020.200117>

Ferreira, M., Oliveira, A., Coelho, L., Cotrim, H., Guedes, V., & Figueiredo, M. (2021). Ganhos na qualidade alimentar dos lanches escolares das crianças do ensino primário. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 41-55.

Fortin, M.-F. (1996). O Processo de Investigação: *Da concepção à realização*. Lusociência.

Fornari, E., Brusati, M., & Maffei, C. (2021). Nutritional Strategies for Childhood Obesity Prevention. *Life*, 11(6), 532. <https://doi.org/10.3390/life11060532>

Gonzalo, A. (2023, January 12). *Nola Pender: Health Promotion Model*. Nurse Labs. <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion->

Gregório, M. J., Lima, R., Sousa, D. M., & Marinho, R. (2021). *Guia para lanches escolares saudáveis*. Direcção-Geral da Saúde.

IAS. (2022). Instituto de administração de saúde. Obtido de Carta de Ottawa: <https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152- carta-de-ottawa>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Censos 2021 – Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *Infográfico: Obesidade Infantil 2019*. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7785/1/INSA-Infografico-COSI-Portugal_2019_PT.pdf

Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed). Escola Nacional de Saúde Pública.

Jasińska, M., Strzelecka, A., Chmielewski, J., Wolak, P., Stanisławska, I., Choina, P., Kordyzon, M., & Nowak- Starz, G. (2021). Quality of life, health, eating habits and physical development of middle school adolescents in the Świetokrzyskie. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 28(4), 659–666. <https://doi.org/10.26444/aaem/141624>

Jesus, A. (2016). *Alimentação saudável na escola: promovendo a saúde e construindo ações de segurança alimentar*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais]. Nescon – Biblioteca Virtual. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Alimentacao_saudavel_na_escola_promovendo_a_saude_e_construindo_acoes_de_seguranca_alimentar/441

Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, Sh., & Soltanian, A.R. (2017). The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. *IJCBNM*, 5(2), 165-174

Lei n.º. 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04 (2019). Assembleia da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Leal, I., & Ribeiro, J. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde* (1ª ed.). PACTOR.

Maślak, A. D., Kusz, M., Pawluczuk, P., Alzubedi, A., & Polski, P. (2020). Causes of overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of Education, Health and Sport*, 10(5), 11–18. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.05.001>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). LIDEL.

Mendes, C. N. (2011). Risco para excesso de peso e obesidade – Estudo de alunos do 1.º ciclo. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 29, 10-15.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 - Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Ministério da Saúde. (2008). Decreto de Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1ª série, 38: 1182-1189. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Ministério da Saúde. (2013). Decreto-Lei n.º 137/2013. Diário da República, 1ª série, 193: 6050-6061. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

Neufeld, L., Hendriks, S., & Hugas, M. (2021). *Healthy diet: A definition for the United Nations Food Systems Summit 2021*. United Nations Food System Summit 2021. https://sc-fss2021.org/wp-content/uploads/2021/03/Healthy_Diet_Scientific_Group_March-2021.pdf

NSW Health Department (2000). Health promotion in schools, a policy for the health system. Health Promotion Branch, NSW Health. <https://www.health.nsw.gov.au/health/Publications/health-promotion-schools.pdf>

Núcleo Regional do Alentejo Contra a Obesidade. (2002). *Questionário ESPIGA*. Alentejo: Núcleo Regional do Alentejo Contra a Obesidade.

OMS (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

OMS (s.d.). *Health promotion*. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

OMS (1999). *Healthy living. What is a healthy lifestyle?* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf

Organização Mundial da Saúde (OMS). (s.d.). *Health promotion*. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

OMS (2016). Thematic Paper 2. Schools and pre-schools promoting health and well-being for all children and adolescents [High-level Conference]. Working together for better health and well-being. Promoting Intersectoral and Interagency Action for Health and Well-being in the WHO European, Paris, France. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/324658/Thematic-Paper-2-Education.pdf

OMS. (2019). *Healthy diet*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325828/EMROPUB_2019_en_23536.pdf

OMS. (2020). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

OMS. (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

OMS. (2022a). *World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity*. <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity#:~:text=More%20than%201%20billion%20people,This%20number%20is%20still%20increasing>.

OMS. (2022b). *Who European Regional Obesity Record 2022*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf45r>

OMS. (2023). *WHO Regional Office for Europe nutrient profile model (2ª Ed.)*.
Copenhague: WHO Regional Office for Europe.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-6894-46660-68492>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Dia Nacional de Luta Contra a Obesidade – Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem Comunitária. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-nacional-de-luta-contra-a-obesidade-texto-da-comiss%C3%A3o-de-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Ottawa. (1986). Carta de ottawa para a promoção da saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, (pp. 1-6). Canadá

Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Artmed.

Pati, S., & Chauhan, A. S. (2013). Health promotion: An integral discipline of public health. *South East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3–7. <https://doi.org/10.3329/seajph.v2i1.15253>

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças portuguesas de 7-9 anos de idade. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-8. <https://hdl.handle.net/10216/54612>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed). Pearson Education Limited.

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo.
<https://www.pordata.pt/#AnchorWorldNumbers>

Ramos, D. (2021). *A promoção da saúde da criança e família enquanto intervenção do enfermeiro especialista* [Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36828>

Rector, C., & Stanley, M. J. (2020). *Community and public health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.

Ribeiro, S. (2008). *Obesidade infantil* [Tese de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde]. uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/851>

Rigo, D. (2015). *A alimentação saudável na educação infantil como meio de aproximar escola e família* [Monografia de especialização, Universidade Tecnológica Federal do Paraná]. Repositório Institucional da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (RIUT). <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/22077>

Rippe, J. M. (2018). Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 499–512. <https://doi.org/10.1177/1559827618785554>

Rodrigues, C. (2019). *Comer bem, crescer saudável* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/2762>

Rosa, E. (2012). *Mais saúde, menos sarampo* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária, ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16006>

Rodrigues, C. (2019). *Comer bem, crescer saudável* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/2762>

Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sofi, N., Kumar, R., & Bhadoria, A. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>

Santos, B., Silva, C., & Pinto, E. (2018). Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico – como ser mais eficaz. *Ata Portuguesa de Nutrição*, 14, 18-23. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1404>

Santos, F. P. dos, Ramos, P., Giannella, T. R., & Struchiner, M. (2021). Na trilha da alimentação: Promovendo a reflexão sobre hábitos alimentares saudáveis na escola. *E-Mosaicos*, 10(23), 351–365. <https://doi.org/10.12957/e-mosaicos.2021.48433>

Santos, F., Sousa, H., Gouveia, É. R., Lopes, H., Peralta, M., Martins, J., Murawska-Ciałowicz, E., Żurek, G., & Marques, A. (2023). School-Based Family-Oriented Health Interventions to Promote Physical Activity in Children and Adolescents: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 37(2), 243–262. <https://doi.org/10.1177/08901171221113836>

Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children’s Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(706), 1-17. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>

Shaban Mohamed, M. A., AbouKhatwa, M. M., Saifullah, A. A., Hareez Syahmi, M., Mosaad, M., Elrggal, M. E., Dehele, I. S., & Elnaem, M. H. (2022). Risk Factors, Clinical Consequences, Prevention, and Treatment of Childhood Obesity. *Children*, 9(12), 1975. <https://doi.org/10.3390/children9121975>

Sibeudu, F. (2022). Health Promotion. In *Primary Health Care*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.101933>

Simões, H., Serra, F., & Duarte, S. (2015). Diabetes Tipo 2 na Infância e Adolescência – Novos Doentes, Novos Desafios. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10(2), 90-97. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-2-Junho-2015-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-90-97.pdf>

SNS. (2020). Serviço Nacional de Saúde. Obtido de Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-arrabida/>

Soares, J., & Oliveira, G. (2019). O papel da escola na construção de uma alimentação saudável. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 9(1), 176-186. <http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/papel-da-escola>

Souza, A. A., & Cadete, M. M. M. (2017). O papel das famílias e da escola na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças escolares. *Revista Pedagógica*, 19(40), 136. <https://doi.org/10.22196/rp.v19i40.3747>

Sousa, C. (2021). *Impacto do programa “Escola de NutriChefs” na qualidade dos lanches escolares de crianças do 1º ciclo, em tempo de pandemia de COVID-19 – Estudo piloto* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/24765>

Stanhope, M & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na população* (7ª ed.). Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. Cadernos de Formação. Ministério da Saúde.

Torres, P. (2018). *Promoção da alimentação saudável das crianças em idade escolar: intervenção de enfermagem comunitária para a escolha de lancheiras saudáveis* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/37362>

Tran, B. X., Dang, K. A., Le, H. T., Ha, G. H., Nguyen, L. H., Nguyen, T. H., ... & Ho, R. C. (2019). Global evolution of obesity research in children and youths: Setting priorities for interventions and policies. *Obesity Facts*, 12(2), 137-149. <https://doi.org/10.1159/000497121>

Trichopoulou, A., Martínez-González, M. A., Tong, T. Y., Forouhi, N. G., Khandelwal, S., Prabhakaran, D., Mozaffarian, D., & de Lorgeril, M. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Medicine*, 12(1), 112. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-112>

Williams, S.E., & Greene, J.L. (2018). Childhood Overweight and Obesity: Affecting Factors, Education and Intervention. *Journal of Childhood Obesity*, 03(02). <https://doi.org/10.21767/2572-5394.100049>

World Health Organization (WHO). (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese Children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450. <https://doi.org/10.1017/s0007114508894391>

Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário utilizado no Projeto ESPIGA


 19320

ID


 ORS Alentejo
Administração Regional de Saúde do Alentejo, L.P.


 Plataforma contra a obesidade


 Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade


 Estudo de Saúde da População Infantil da Região Alentejo

Frequência Alimentar

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

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

19320



19320

ID

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



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

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



ID



Comportamento Alimentar

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

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



19320

ID

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



Comportamento Alimentar

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

(Assinale uma opção em cada linha)

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

ANEXO 2 – Grelha de Observação Lancheiras



Observações Data Mês de anotação	1ª AVALIAÇÃO Dezembro					2ª AVALIAÇÃO J					TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Pão (não considerar pão de forma tipo lancheiro sem pão de leite)												
legume (cozido/ líquido de aromas ou natural e "agüetes", vegetais) e queijo (mitigado de queijo, queijo barra para derreter ou queijo tipo flamengo instantâneo)												
legume com elementos adicionados; gelatina e sobremesas lácteas (pudim, queijinho tipo petit-suisse*)												
Suco 100%, fruta desidratada e "potes" de fruta sem adição de açúcar												
Bebidas refrigerantes (todas as que não são 100% frutas)												
Leite simples, leite escolar e bebidas vegetais sem aromas (leite, chocolate , arroz, aveia, coco, leite)												
Leite e bebidas vegetais com aromas (chocolate, morango, baunilha)												
Doce ou salgadinhos (salgadinhos, hambúrgueres, torresmos, batatas fritas, aperitivos, empadas, risoles, folhados, pão de chocolate, panquecas, barras de cereais adoçadas, chocolates, bolos, "pães" de fruta com açúcar, bolachas - excluindo maizena, torrada, de água e sal, milho e arroz sem cobertura)												
Croissant, pão de leite, pão de forma tipo lancheiro, barra de cereais sem chocolate												
Bolacha maria, torrada e água e sal, bolachas de arroz ou milho (sem cobertura)												
Peças de fruta (pudim, fruta do regime de fruta escolar, se não for (legitimada ao almoço) e hortícolas (cenoura, pepino, brócolos)												
Frutos secos ao natural												
Sem lanche												
Água												

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Autorizações para a utilização do questionário utilizado no projeto Espiga

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Crianças do 1ºAno do 1ºCiclo- Lancheiras Saudáveis

De: margarida.resende

Enviado: 3 de junho de 2022 12:06

Para: prapas@arsalentejo.min-saude.pt

Assunto: pedido cedência questionário "espiga" e folha registo lancheiras

Eu, Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira, Enfermeira, aluna do 6 Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do estágio académico, que se fundamenta no desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, encontro-me a desenvolver um projeto na área temática de Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do ensino Básico-Lancheiras Saudáveis, o qual irá ser desenvolvido em ambiente escolar, inserido na USP de [REDACTED] sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e da docente Professora Doutora Ermelinda Caldeira.

Venho assim por este meio solicitar a sua autorização e cedência para utilizar o seu questionário "espiga" bem como a folha de observação e registo das Lancheiras do projeto "A minha lancheira" com vista a realizar o diagnóstico de saúde e intervenção de enfermagem.

Mais se informa que os dados recolhidos fazem parte do ACES e serão usados, de forma anónima, no relatório académico.

Grata pela atenção dispensada

Cumprimentos

Margarida Resende

Enviado do [Correio](#) para Windows

Exmª Srª Enfermeira Margaridal

Conforme pedido efetuado a 03 de junho de 2022, vimos por este meio conceder autorização para a utilização do questionário ESPIGA e enviar a documentação necessário.

Muito agradecemos que nos desse feedback do trabalho desenvolvido por V. Exª.

Com os melhores cumprimentos,
Constantina Coias



ARSA,IP

Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável

Rua Joaquim António de Aguiar, n.º 5

7000-510 Évora

Tel. 266 737 500

Assunto: Concessão de autorização para utilização do questionário ESPIGA

Évora, 06 de Junho de 2022

Exmª Srª Enfª Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira

Face ao v/ pedido efectuado a 03 de Junho de 2022, venho por este meio conceder autorização para utilizar o questionário ESPIGA. Mais informamos que o grupo de questões relacionadas com o comportamento alimentar (itens 46 a 80) fazem parte do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ) devendo-se contactar o seu autor para efeitos de autorização de utilização.

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

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

Desde já desejo os maiores votos de sucesso.

Com os melhores cumprimentos,

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

Maria do Rosário Pires

APÊNDICE 2 – Autorizações para a utilização do questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)

Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis em Crianças do 1ºAno do 1ºCiclo- Lancheiras Saudáveis

De: margarida resende <margaridaresende@hotmail.com>

Enviado: 27 de maio de 2022 19:59:09

Para: Victor Viana

Assunto: Solicitação de Autorização para utilização do questionário do comportamento alimentar de crianças (CEBQ)

Eu, Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira, Enfermeira, aluna do 6 Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do estágio académico, que se fundamenta no desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, encontro-me a desenvolver um projeto na área temática de Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do ensino Básico-Lancheiras Saudáveis, o qual irá ser desenvolvido em ambiente escolar, inserido na USP de Setúbal no âmbito da Saúde Escolar. [REDACTED] sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e da docente Professora Doutora Ermelinda Caldeira.

O questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) representa uma ferramenta de avaliação dos hábitos alimentares, fundamental para adoção de estratégias de intervenção individual, familiar e comunitária.

Venho assim por este meio solicitar a sua autorização para utilizar o seu questionário.
Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores Cumprimentos
Margarida Resende



Victor Viana <victorviana@fcna.up.pt>

Para: Você

No dia 28/05/2022, às 00:33, Victor Viana <victorviana@fcna.up.pt> escreveu:



Ter, 31/05/2022 10:44

Cara Margarida

Tenho todo o gosto em lhe enviar o CEBQ. Note no entanto que este não é um questionário sobre hábitos alimentares. Envio um artigo onde poderá ver os procedimentos de cotação.

Cumprimentos

Prof Doutor Victor Viana
Associate Professor

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação
Universidade do Porto
PORTO – PORTUGAL

Exmª Srª Enfermeira Margarida!

Conforme pedido efetuado a 03de junho de 2022, vimos por este meio conceder autorização para a utilização do questionário ESPIGA e enviar a documentação necessário.

Muito agradecemos que nos desse feedback do trabalho desenvolvido por V. Exª.

Com os melhores cumprimentos,
Constantina Coias

APÊNDICE 3 – Autorização do coordenador da USP arrábida e programa nacional de saúde escolar

De: João Manuel de Vilhena Diegues | USP Arrábida <joao.diegues@arslvt.min-saude.pt>
Data: 9 de junho de 2022, 14:41:19 WEST

Para: margarida resende margaridaresende@hotmail.com

Cc: Ana Teresa Germino Benevides Grossinho [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt, Vania Raquel Gabriel Luis | Vogal CCS Arrábida <vania.luis@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: RE: Pedido de autorização de implementação do projeto e respetivo parecer do coordenador da USP Arrábida e do Programa Nacional de Saúde Escolar

Cara Sra Enfermeira Margarida Resende Pereira por mim está autorizado mas como sempre deve ser verificado se não é necessário parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Com os melhores cumprimentos, pessoais

João

Médico

Coordenador Unidade de Saúde Pública

Chefe de Serviço de Saúde Pública

Rua de S. Filipe - 2950 Palmela

Diegues



Estrada do Outeiro - Rua de S. Filipe

2950-483 Palmela

Email:

joao.diegues@arslvt.min-saude.pt

Telefone: +351 212 339 825 - Fax: +351 212 339 811

APÊNDICE 4 – Autorização do diretor executivo do agrupamento de centros de saúde (ACeS) arrábida



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO da DIREÇÃO EXECUTIVA

Eu, Luis Filipe Henriques Pombo, Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Arrábida, concordo com o projeto de intervenção comunitária, intitulado "Promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar no 1º ano do ensino básico: Lancheiras Saudáveis", pela Investigadora Margarida Isabel Resende de Melo Pereira, aluna do 6º mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Setúbal. Sendo a orientadora pedagógica a Sr.ª Professora Doutora Ermelinda Caldeira, da Escola Superior de Enfermagem de Évora e a enfermeira orientadora no local de estágio a S [REDACTED]

Mais declaro que o ACeS Arrábida dispõe de recursos humanos e técnicos que permitem a realização do estudo de investigação melhor identificado em epígrafe.

Setúbal, 20 de setembro, de 2022

O Diretor Executivo

Assinado por: **LUIS FILIPE HENRIQUES POMBO**
Num. de identificação: 81103375317
Data: 2022.09.20 15:37:33+01'00'



APÊNDICE 5 – Pedido de autorização à direção do agrupamento de escola L. F

Pedido de autorização à Direção do Agrupamento de Escolas

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de [REDACTED]

Eu, Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira, Enfermeira a desempenhar funções no Centro Hospitalar de Setúbal- Hospital de São Bernardo e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I a decorrer na Unidade de Saúde Pública de Setúbal, ACES Arrábida, sob orientação pedagógica da Sr.ª Professora Dr.ª Ermelinda Caldeira e orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Grossinho, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária integrado Programa Nacional de Saúde Escolar, mais precisamente, a nível da promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar, no 1ª ano do ensino básico.

O referido projeto de intervenção comunitária “**Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças de 1ºAno, 1ºciclo “Lancheiras Saudáveis”**” tem como finalidade a capacitação das crianças e familiares, na adoção de hábitos alimentares saudáveis na preparação das lancheiras escolares., através da utilização do questionário “Questionário Espiga (Núcleo Regional do Alentejo Contra a Obesidade, 2002).

A aplicação do questionário proporcionará a identificação dos problemas relacionadas com a alimentação e a sua realização ocorreria idealmente no mês de outubro de 2022. Posteriormente, procedesse às intervenções associadas e consequente avaliação dos resultados através da aplicação do mesmo questionário no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023.

A participação dos pais dos alunos será voluntária e após obtenção de consentimento informado por parte deste. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e garantido ao longo de todo o projeto os princípios éticos inerentes. E os dados extraídos serão posteriormente eliminados com a conclusão do presente projeto.

Venho assim, desta forma solicitar autorização para a realização do referido projeto de intervenção comunitária no agrupamento ([REDACTED]) da área de intervenção da USP Setúbal.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Setúbal, 21 de setembro de 2022

Margarida Resende Pereira (margaridaresende@hotmail.com)

APÊNDICE 6 – Pedido de autorização à direção do agrupamento de escola L. T

Pedido de autorização à Direção do Agrupamento de Escolas

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de Escola [REDACTED]

Eu, Margarida Isabel Marques Resende de Melo Pereira, Enfermeira a desempenhar funções no Centro Hospitalar de Setúbal- Hospital de São Bernardo e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I a decorrer na Unidade de Saúde Pública de Setúbal, ACES Arrábida, sob orientação pedagógica da Sr.ª Professora Dr.ª Ermelinda Caldeira e orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Grossinho, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária integrado Programa Nacional de Saúde Escolar, mais precisamente, a nível da promoção de hábitos alimentares saudáveis em ambiente escolar, no 1ª ano do ensino básico.

O referido projeto de intervenção comunitária “**Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças de 1ºAno, 1ºciclo “Lancheiras Saudáveis”**” tem como finalidade a capacitação das crianças e familiares, na adoção de hábitos alimentares saudáveis na preparação das lancheiras escolares., através da utilização do questionário “Questionário Espiga (Núcleo Regional do Alentejo Contra a Obesidade, 2002).

A aplicação do questionário proporcionará a identificação dos problemas relacionados com a alimentação e a sua realização ocorreria idealmente no mês de outubro de 2022. Posteriormente, procedesse às intervenções associadas e consequente avaliação dos resultados através da aplicação do mesmo questionário no período de outubro de 2022 a janeiro de 2023.

A participação dos pais dos alunos será voluntária e após obtenção de consentimento informado por parte deste. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e garantido ao longo de todo o projeto os princípios éticos inerentes. E os dados extraídos serão posteriormente eliminados com a conclusão do presente projeto.

Venho assim, desta forma solicitar autorização para a realização do referido projeto de intervenção comunitária no agrupamento [REDACTED] área de intervenção da USP Setúbal.

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de colaboração.

Pede deferimento

Setúbal, 21 de setembro de 2022

Margarida Resende Pereira

(margaridaresende@hotmail.com)

APÊNDICE 7 – Autorização direção do agrupamento de escolas L. T

De: Agrupamento Luísa Todi

Enviado: 14 de outubro de 2022 10:50

Para: margaridaresende@hotmail.com

Assunto: Intervenção comunitária - [REDACTED]

Bom dia, Enfermeira Margarida Pereira,

Venho por este meio, informar que o projeto de intervenção comunitária "**Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças de 1º Ano, 1º ciclo - Lancheiras Saudáveis**", foi aprovado no Conselho Pedagógico do dia 12 de outubro de 2022.

Deste modo, agradecemos que organizem os pedidos de autorização.

Com os melhores cumprimentos,

--

Fernanda Lemos | Professora Adjunta

Agrupamento de Escolas Luísa Todi | AELT



Rua Adriano Correia de Oliveira 2910-373 - Setúbal

☎. +351.265.790.300 | ✉ www.avelt.org

A informação contida neste e-mail é confidencial e é dirigida única e exclusivamente aos seus destinatários. A sua distribuição, acesso, cópia ou uso indevido por outros, incluindo ficheiros anexos, sem prévio consentimento ou aprovação, não está autorizado.

APÊNDICE 8 – Autorização direção do agrupamento de L.F

Projeto de Intervenção Comunitária



Celeste Aldeias <celestealdeias@gmail.com>

18:52



Para: margaridaresende@hotmail.com Cc: Ana Teresa Germino Benevides Grossinho | UCC Peninsula Azul; Dina Fernandes

Boa tarde, Enfermeira Margarida Resende,

Venho, por este meio, informar que, na reunião de Conselho Pedagógico de dia sete de outubro de 2022 do Agrupamento de Escolas Lima de Freitas, foi analisado o Projeto de intervenção comunitária integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar - Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças de 1ºAno, 1ºciclo "Lancheiras Saudáveis"- a ser desenvolvido no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Ana Grossinho. Foi aprovado o desenvolvimento deste Projeto no Agrupamento, nesta reunião de Conselho Pedagógico.

Com os melhores cumprimentos,
A Coordenadora de Educação para a Saúde,
Celeste Aldeias

APÊNDICE 9 – Pedido de autorização aos pais/encarregados de educação para a sua participação no projeto de intervenção comunitária

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia (1) e a Convenção de Oviedo (2)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, proceda por favor à assinatura deste documento.

Título:” Promoção de Hábitos alimentares saudáveis em crianças do 1º ano do 1º ciclo: Lancheiras Saudáveis.”

Enquadramento: Este projeto de Intervenção Comunitária surge no decorrer do 6ª Mestrado em Enfermagem – Área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Publica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, sob orientação pedagógica da Sr.^a. Professora Doutora Ermelinda Caldeira, e orientação clínica da Sr.^a. Enfermeira Ana Teresa Grossinho.

Explicação do Estudo: A realização deste estudo pretende avaliar os hábitos alimentares das crianças do 1º ano do 1º ciclo no contexto domiciliar. Desta forma este projeto compreende duas fases que ocorrerão ao longo do presente ano letivo. Uma primeira, em que se realizará um diagnóstico de situação, através da aplicação de um questionário online aos encarregados de educação dos alunos do 1ºano, que irá permitir conhecer os hábitos alimentares e após o tratamento dos dados obtidos dirigir a intervenção, tendo como finalidade de promover hábitos alimentares saudáveis.

A seleção dos participantes obedece a que tenham idades entre os 6 e 7 anos e que pertençam ao 1º ano do A [REDACTED] (escolas abrangidas pelo parque escolar da área de intervenção da USP do ACES Arrábida).

Após a fase de diagnóstico e com a seleção de uma turma que vai ser alvo de intervenção serão realizadas sessões de educação para a saúde, bem como a observação das lancheiras dos alunos da turma que será alvo de intervenção. O presente questionário será aplicado novamente em janeiro 2023 aos encarregados de educação da turma dos alunos que foram alvo da intervenção.

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer tipo de consequências e pode também abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser

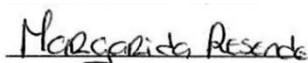
utilizados para publicação de carácter científico, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade.

Agradeço desde já a sua participação, para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar:

Enfermeira Margarida Resende de Melo Pereira:

E-mail: margaridaresende@hotmail.com Telemóvel: 919453247

Assinatura do Investigador:



1

http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3&20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Heldinquia_2008.pdf

a_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaração de Consentimento

Declaro ter lido e compreendido este documento, e esclarecidas as dúvidas que tenho acerca do mesmo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar a participação neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/____

Este documento é composto por duas páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente.

APÊNDICE 10 – Cronograma do projeto

mês/ano	maio/2022	Junho/2022	setembro/2022	outubro/2022	Novembro/2022	Dezembro/2022	janeiro/2023	Final ano lectivo 2022/2023
Atividades								
Identificação da Problemática								
Diagnóstico de Situação								
Pedido de Parecer à comissão de ética								
Contatar com directores dos agrupamentos								
Entrega dos consentimentos informados nas escolas								
Recolha dos consentimentos nas escolas e aplicar os Questionários online								
Observação Inicial Lancheiras								
Acções de educação para Saude crianças da turma 1ºAno H.D								
1ºAlimentação saudável e a roda dos alimentos - "Conversa à volta travessa"								
2ºPequeno Almoço e Lanches Saudáveis: "Jogo da Lancheira Saudável"								
3ºRegras da Alimentação: O Rata Tui Ensina: "Jogo da fruta escondida"								
4ºComer Bem para crescer saudável: "Semáforos dos Alimentos"								
Acções de educação para Saude às EE das crianças da turma 1ºAno H.D								
5ºAlimentação Saudável "Lanches Saudáveis"								
Realização de um ARTIGO								
Observação Final Lancheiras Final /Aplicar Questionario Espiga								
Avaliação do Projeto								

APÊNDICE 11 – Grelha de observação de Lanches

APÊNDICE 12 – Autorização da comissão de ética ARSLVT



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Margarida Resende

margaridaresende@hotmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6845/CES/2022

Assunto: Promoção Hábitos Alimentares Saudáveis em crianças do 1º Ciclo: Lancheiras Saudáveis.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 04.11.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável condicionado a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvida aobjeção mencionada no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

APÊNDICE 13 – Sessões de Educação para a Saúde

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Sessão 1

Tema: Alimentação saudável – Roda dos alimentos: Conversa á Roda da Travessa

Formandos: Alunos da Turma de 1º Ano da escola H.D

Data: 17 de janeiro às 11:30

Duração prevista: 45 min

Objetivo Geral: Apresentar a roda dos alimentos dos alimentos

Objetivos Específicos:

- Identificar os diferentes grupos alimentares da roda dos alimentos;
- Adquirir conhecimentos sobre alimentação saudável;
- Desenhar alimentos de um prato saudável.

	Conteúdo Programático	Método e técnicas	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação Conteúdos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da preleitora; • Apresentação do tema. 	Expositivo	Computador e Vídeo Projetor	10 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos que fazem parte de cada grupo da roda dos alimentos; • A importância de um lanche saudável; • Desenvolvimento da atividade “o prato saudável” 	Expositivo Participativo	Placard “Roda dos Alimentos” Folhas de papel desenhar “prato saudável”	30min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos;	Expositivo		10 Min	Mestranda
Avaliação	Que 90% das crianças participe na atividade; Que 90% das crianças identifique os alimentos corretamente que devem fazer parte de um prato saudável; Perguntas sobre a temática. A sessão foi realizada como previsto; N° Total de Alunos Presentes/N°Total de Alunos 18/20=90% Os Alunos foram questionados no início da sessão sobre os alimentos que devem fazer parte se um prato saudável e não sabiam identificar, no fim da sessão todos conseguiram desenhar um prato saudável e identificar os alimentos que fazem parte de um prato saudável.				

2º Sessão:

Tema: O Pequeno-almoço e Lanches saudáveis: *Jogo da Lancheira Saudável*

Formandos: Alunos da turma 1º Ano

Data: 12 de janeiro às 11:30

Duração prevista: 45 min

Objetivo Geral: Promover escolhas alimentares saudáveis para os lanches escolares

Objetivos Específicos:

- Conhecer a importância do Pequeno-Almoço e do Lanche;
- Conhecer os alimentos saudáveis e não saudáveis num lanche;
- Fazer uma lancheira saudável através de um jogo em grupo.

	Conteúdo Programático	Método e técnicas	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação Conteúdos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da preletora; • Apresentação do tema. 	Expositivo	Computador e Vídeo Projetor	10 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos que fazem parte pequeno-almoço e Lanche; • A importância de um lanche saudável; • Desenvolvimento da atividade "A Lancheira saudável" 	Expositivo Participativo	Placard "Roda dos Alimentos" Lancheiras e Alimentos variados	30min	Mestranda
Concl usão	Resumo dos principais conteúdos;	Expositivo		5 min	Mestranda
Avaliação	Que 50% das crianças participe na atividade; Que 80% das crianças identifique os alimentos corretos que devem fazer parte da lancheira; A sessão foi realizada como previsto; Nº Total de Alunos Presentes/NºTotal de Alunos 18/20=90 Os Alunos foram questionados no início da sessão sobre os alimentos que fazem parte do pequeno-almoço e lanche saudável tendo já conhecimentos, no fim da sessão souberam planificar uma lancheira saudável.				

3º Sessão

Tema: Regras da Alimentação: O RatTui Ensina: Jogo da fruta escondida

Formandos: Alunos da turma 1º Ano

Data: 12 de janeiro às 11:30

Duração prevista: 45 min

Objetivo Geral: Conhecer as regras da alimentação

Objetivos Específicos:

- Compreender a importância da fruta e das hortícolas no corpo humano;
- Identificar as regras da alimentação saudável.

	Conteúdo Programático	Método e técnicas	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	<p>Apresentação Conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da preleitora; • Apresentação do tema. 	Expositivo	Computador e Vídeo Projeter	10 min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Regras de uma alimentação saudável; • Desenvolvimento da atividade “A fruta escondida” 	Expositivo Participativo	Frutas e Hortícolas variadas Vendas olhos	30min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos;	Expositivo		15min	Mestranda
Avaliação	<p>Que 50% das crianças participe na atividade;</p> <p>Que 50% das crianças identifique a fruta escondida;</p> <p>A sessão foi realizada como previsto; N° Total de Alunos Presentes/N°Total de Alunos 17/20=85%</p> <p>Os Alunos foram questionados no início da sessão sobre as regras de uma alimentação saudável e não sabiam identificar, no fim da sessão todos conseguiram identificar as regras de uma alimentação saudável e todos conseguiram adivinhar o jogo da “fruta escondida.”</p>				

4º Sessão:

Tema: Comer Bem para Crescer saudável: Semáforos dos Alimentos

Formandos: Alunos da turma 1º Ano

Data: 12 de janeiro às 11:30

Duração prevista: 45 min

Objetivo Geral: Capacitar as crianças para a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Objetivos Específicos:

- Explicar a importância de uma alimentação saudável;
- Descobrir a importância da alimentação no processo de crescimento;
- Elaborar um semáforo dos alimentos.

	Conteúdo Programático	Método e técnicas	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação Conteúdos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da preletora; • Apresentação do tema. 	Expositivo	Computador e Vídeo Projektor	10 Min	Mestranda
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância da ingestão de alimentos saudáveis para crescer com saúde; 	Expositivo Participativo	Apresentação em Vídeo o Semáforo dos alimentos; Cartolina em forma de semáforo com cor vermelha, amarela e verde Recortes de diferentes alimentos para colocar em cada círculo	30 min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos; Entrega do Diploma de Participação nas sessões de educação para a Saúde com o tema: Promoção de Hábitos alimentares Saudáveis- Lancheiras Saudáveis	Expositivo		15 min	Mestranda
Avaliação	Que 80% dos alunos coloque o alimento no local certo do Semáforo dos Alimentos; A sessão foi realizada como previsto; N° Total de Alunos Presentes/N°Total de Alunos 18/20=90% Os Alunos foram questionados no início da sessão sobre a importância da ingestão de alimentos tendo já conhecimentos, foi apresentado o vídeo dos semáforo dos Alimentos e no fim da sessão realizaram o jogo do Semáforo da Alimentação e todos conseguiram identificar /colocar os alimentos corretos no semáforo				

5º Sessão

Tema: Alimentação saudável: Melhores escolhas para Lanches Saudáveis

Formandos: Pais /EE dos Alunos da Turma de 1º Ano

Data:20 de janeiro às 11:30

Duração prevista: 45 min

Objetivo Geral: Capacitar os encarregados de educação para hábitos de alimentação saudáveis às crianças

Objetivos Específicos:

- Identificar os princípios de uma alimentação saudável;
- Dar a conhecer os alimentos saudáveis a colocar nas lancheiras escolares;
- Dar a conhecer os alimentos a evitar colocar nas lancheiras escolares;
- Adquirir conhecimentos sobre Lanches Saudáveis.

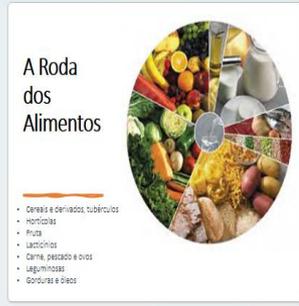
	Conteúdo Programático	Método e técnicas	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação Conteúdos	Expositivo	Computador e Vídeo Projetor	10 min	Mestranda
Desenvolvimento	Alimentos que fazem parte	Expositivo Participativo	Exposição dos princípios para uma alimentação saudável; Apresentação de lanches saudáveis;	30 min	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos;	Expositivo		10 min	Mestranda
Avaliação	<p>Que 30% dos pais/E. E participe na sessão;</p> <p>Que 30% dos pais/E. E enumere 3 regras de uma alimentação saudável;</p> <p>A sessão foi realizada como previsto; N° Total Presentes/N°Total de E.E 6/20=30%</p> <p>Questionados no início da sessão sobre as regras de uma alimentação saudável e de Lanches saudáveis e não sabiam identifica, no fim da sessão souberam identificar benefícios de alimentação saudável e como planificar uma lancheira saudável.</p>				

APÊNDICE 14 – Portefólio Sessões de Educação para a Saúde

1º Sessão de educação para a saúde aos alunos acerca: **Alimentação saudável e a roda dos alimentos – “Conversa á volta travessa”**

1  **A Roda dos Alimentos**
Conversa à volta da travessa

2  **Que Alimentos poderei comer!!!**

3  **A Roda dos Alimentos**

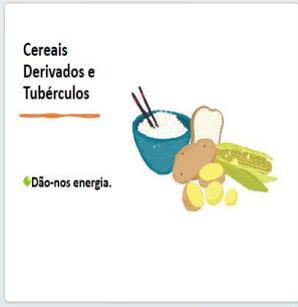
- Cereais e derivados, tubérculos
- Hortícolas
- Fruta
- Lactínicos
- Carne, peixe e ovos
- Leguminosas
- Gorduras e óleos

4  **A Roda dos Alimentos**

- Na Roda dos Alimentos estão representados os diferentes grupos de alimentos.
- Cada grupo está arrumado dentro de uma fatia.

5  **A Água**

- Ajuda a manter a a temperatura do corpo.

6  **Cereais Derivados e Tubérculos**

- Dão-nos energia.

7  **Produtos Hortícolas**

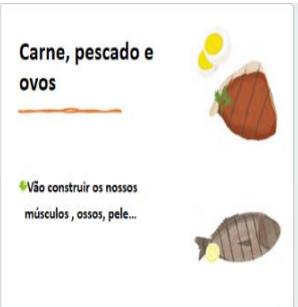
- Protegem-nos das doenças;
- Ajudam o organismo a funcionar;

8  **Frutas**

- Dão-nos vitaminas, fibras e minerais.
- Ajudam o corpo a funcionar.

9  **Lactínios**

- Ajudam-nos a crescer.

10  **Carne, pescado e ovos**

- Vão construir os nossos músculos, ossos, pele...

11  **Leguminosas**

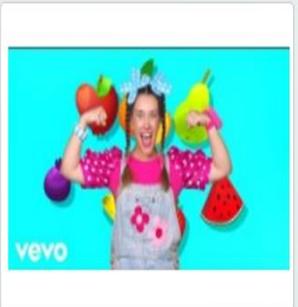
- Dão-nos energia, proteínas e muita fibra.

12  **Gorduras e óleos**

- Dão-nos energia e protegem-nos do frio.

13  **As refeições**

- A alimentação também serve para nos juntar...
- Como são as vossas refeições em casa ?

14 

15  **A Roda dos Alimentos**

- Vamos desenhar uma refeição Saudável

2º Sessão de educação para a saúde aos alunos sobre: **Pequeno-almoço e Lanches Saudáveis – “Jogo da Lancheira Saudável”**

Escola Humberto Delgado
1º Ano

Pequeno Almoço e Lanches Saudáveis
"Lancheira Saudável"



Enfermeira Margarida Resende
Enfermeira Orientadora - Ano Grossoinho USP Setúbal
Janeiro 2023

1 *

O Pequeno Almoço



2 *

O Pequeno Almoço

Enquanto estamos a dormir o nosso corpo não precisa de muita energia para trabalhar.

Mas assim que acordamos...



3 *

O Pequeno Almoço

O nosso corpo começa a trabalhar e precisa de toda a energia que lhe possamos dar.

Para ter força e Crescer...



4 *

O Pequeno Almoço

Devemos comer ao Pequeno Almoço



5 *

O Pequeno Almoço

Não devemos comer ao Pequeno Almoço



6 *

O Pequeno Almoço

Se não tomarmos o pequeno almoço ficamos:

- Distraídos
- Sonolentos
- Desatentos
- Irritados e agressivos
- Tontos e podemos desmaiar



7 *

O Pequeno Almoço

Por isso para bem aprender...

Do pequeno almoço não me vou esquecer!



8 *

O Lanche

- Não devemos ficar mais de 3 horas sem comer para que o nosso organismo funcione bem.
- Pão, fruta, um iogurte ou leite são alguns exemplos de alimentos para um lanche saudável.



9 *

O Lanche: Alimentos Saudáveis para o Lanche:

- Iogurte
- Leite sem açúcar ou chocolate
- Uma peça de fruta
- Uma cenoura descascada
- Pão com queijo ou requeijão ou compota de frutos
- Água



10 *

O Lanche: Alimentos Desadequados para o Lanche:

- Bolos
- Bollicaos
- Batatas fritas ou aperitivos
- Chocolates
- Rebuçados ou Chupa-chupas



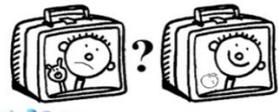
11 *

Come o que é Saudável para cresceres Saudável!



12 *

Jogo da Lancheira Saudável

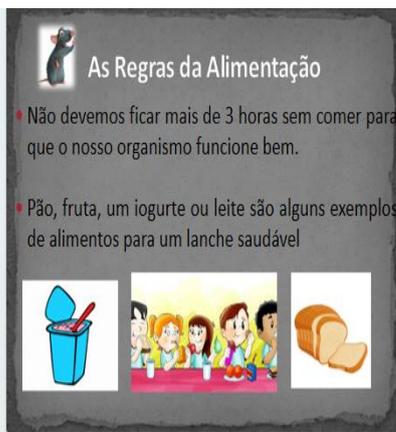


13 *

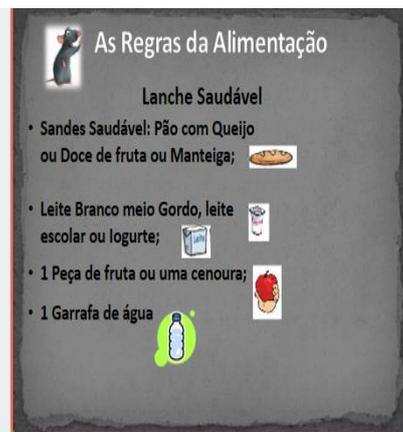
3º Sessão de educação para a saúde aos alunos sobre: **Regras da Alimentação: O Rata Tui Ensina – “Jogo da Fruta Escondida”**



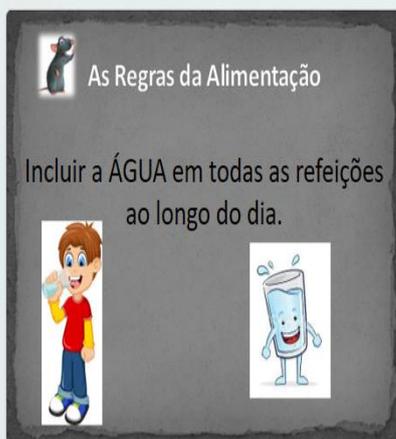
1



2



3



7

*



8

4º Sessão de educação para a saúde aos alunos sobre: **Comer Bem para crescer saudável**
– “**Semáforos dos Alimentos**”

Comer Bem para Crescer saudável

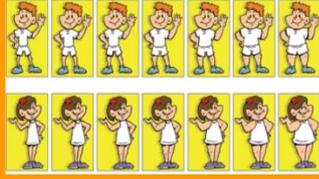


ESCOLA BÁSICA HUMBERTO DELGADO 1º ANO
2022/2023

Infórmatica - Margarida Peixoto
Educação Orientadora - Ana Brancinha LOP
Janeiro 2023

1

Comer bem para crescer saudável



2

Comer bem para crescer saudável

A alimentação é essencial para que o nosso organismo se desenvolva bem e para termos força para realizar as nossas actividades diárias.



3

Comer bem para crescer saudável

Distribuição das refeições ao longo do dia



4

Comer bem para crescer saudável

O semáforo dos alimentos

VERDE Alimentos de consumo regular (diariamente)

AMARELO Alimentos de consumo moderado (uso diário em quantidades pequenas ou três vezes por semana)

VERMELHO Alimentos de consumo reduzido (uma a duas vezes por semana)

5



6

Comer bem para crescer saudável

Atividade: Semáforo Dos Alimentos



PERIGO! É Proibido Comer

CUIDADO! Come Pouco.

AVANÇA! Come à vontade

7

5º Sessão de educação para a saúde aos Pais/EE alunos sobre: **Alimentação Saudável – Lanches saudáveis**

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



ESCOLA HUMBERTO DELGADO
1º ANO
JAN 23

Enfermeira Mestra: Margarida Razeada
Janeiro 2023

1

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Uma alimentação adequada em relação aos alimentos disponíveis, de forma a satisfazer as necessidades nutricionais da população.



2

COMO AJUDAR O SEU FILHO A COMER MELHOR

- Mande para a escola lanches saudáveis, equilibrados e variados (meio da manhã e tarde).
- Deve explicar as opções nutricionais de forma aliciente e perceptível para eles.

Cumplicidade saudável e responsabilidade partilhada!

3

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES

- Consumo adequado de cereais e seus derivados, batatas e leguminosas;
- Consumo adequado de leite e seus derivados;
- Aumento do consumo de produtos hortícolas e frutos frescos;
- Redução do consumo de gorduras, em especial das gorduras sólidas saturadas.

4

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES

- Dar preferência ao consumo de azeite;
- Aumentar o consumo de peixe;
- Reduzir o consumo de açúcar e produtos açucarados;
- Redução do consumo de sal;

5

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

RODA dos ALIMENTOS



- cereais e derivados, tubérculos - 28%;
- hortícolas - 23%;
- fruta - 20%;
- laticínios - 16%;
- carne, peixe e ovos - 5%;
- leguminosas - 4%;
- gorduras e óleos - 2%.

6

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- A fruta nunca deve ser ingerida separadamente, mas sim em conjunto com um açúcar de digestão lenta (uma fatia de pão) em pequenas refeições intercalares.
- Não se deve exceder o consumo de fruta pois esta é também uma importante fonte de açúcar.
- Deve-se evitar o consumo de fritos e gorduras pois também têm interferência na absorção do açúcar.

10

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

açúcar e produtos açucarados

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

11

ALIMENTOS DESACONSELHADOS: SÓ EM FESTAS



12

RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL

- Tome sempre o pequeno-almoço
 - Consuma leite ou seus derivados;
 - pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e não se
 - esqueça de incluir fruta fresca
- Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer
 - Lanche da manhã e lanche da tarde

13

RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL: LANCHES SAUDÁVEIS

- Pão Branco ou de mistura com queijo ou manteiga, compota ou requeijão ou queijo fresco ou bolachas tipo maria sem recheio
- Leite branco, iogurte, água;
- Uma peça de fruta;
- Não envie os seguintes alimentos: chocolate, alimentos com muito açúcar, salgados e refrigerante (Ice tea, Bongo, Bolicaus, bolachas chocolate, pão de Leite, Panquecas etc.)

14

RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL: LANCHES SAUDÁVEIS



15

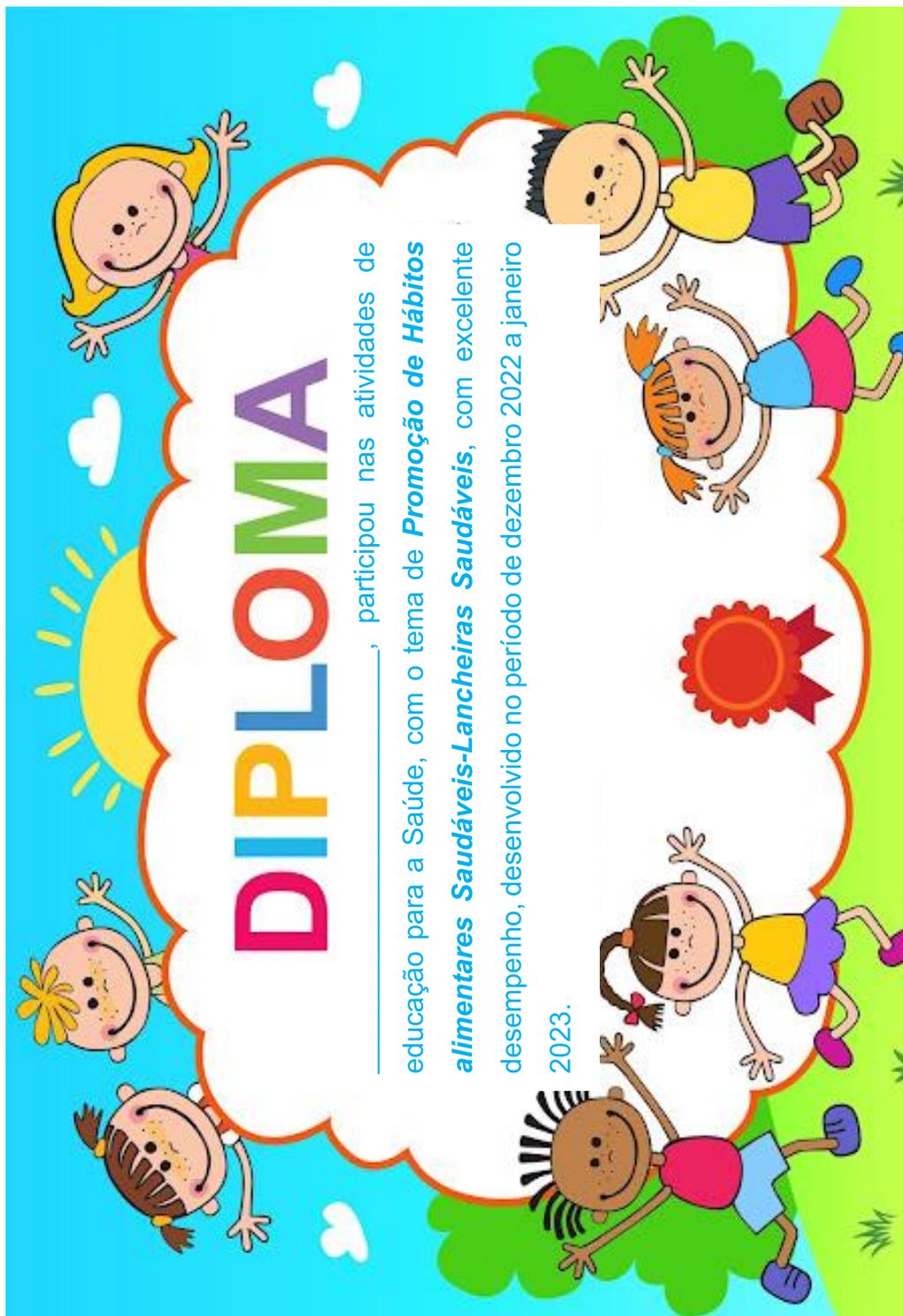
QUESTÕES E DÚVIDAS



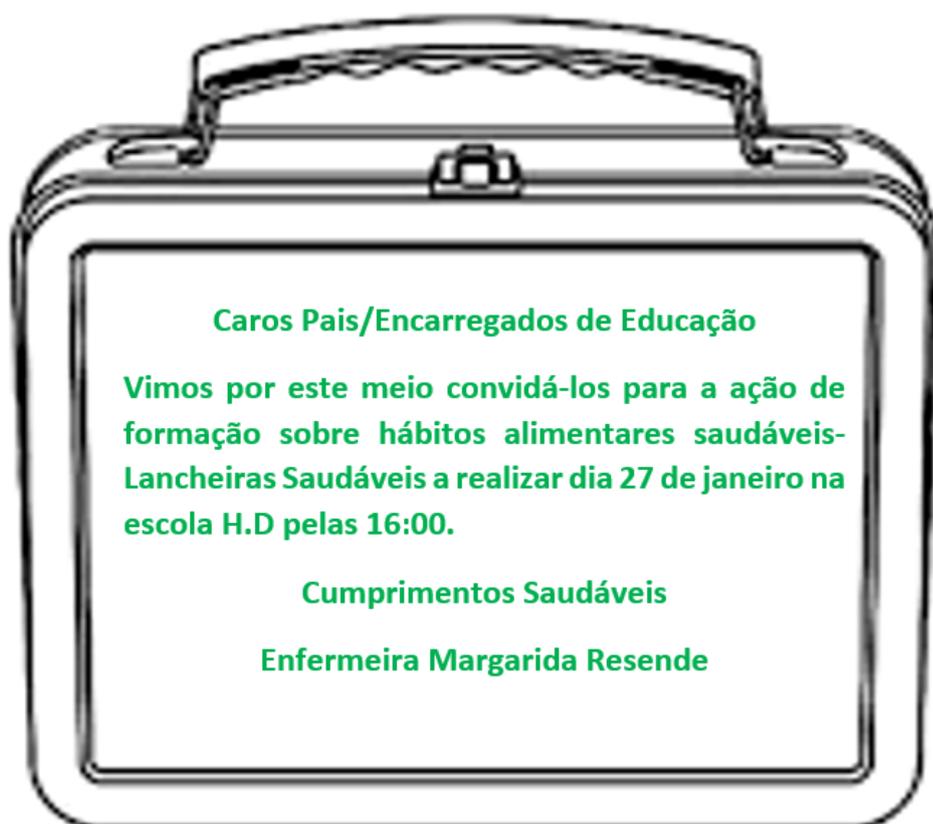
Obrigado!!!

16

APÊNDICE 15 – Diploma de participação



APÊNDICE 16 – Convite de Participação Pais/Encarregados de Educação



APÊNDICE 17 – Fotografias da Sessão de Educação Saúde publicadas nas Redes Sociais do Agrupamento de Escolas L. T



Agrupamento de Escolas Humberto Delgado

24/01 · 🌐

Hoje, na turma HD1, da EB Humberto Delgado decorreu mais uma sessão sobre a alimentação no âmbito do projeto "Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do primeiro ano, lancheiras saudáveis" dinamizada pela Enfermeira Margarida Resende.





Agrupamento de Escolas Lusitana

19/01

Hoje na turma HD1, da EB Humberto Deigado, decorreu uma sessão sobre a alimentação no âmbito do projeto "Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças do primeiro ano, lancheiras saudáveis" dinamizada pela Enfermeira Margarida Resende.



APÊNDICE 18 – Resumo do Artigo Científico

RESUMO

Introdução: O estudo foi realizado em dois agrupamentos de escolas de Setúbal em crianças do primeiro ano com idades entre os 6 e 7 anos. Os comportamentos alimentares das crianças devem ser inculcados o mais precocemente possível pois a prevalência da obesidade infantil está a aumentar em grupos etários cada vez mais jovens. É da competência da enfermeira da Saúde Escolar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, sendo os pais/encarregados educação das crianças fundamentais para a apropriação desses cuidados.

Objetivos: Conhecer a Frequência e o Comportamento alimentar de crianças do 1º ano de dois agrupamentos de escolas de Setúbal.

Material e Métodos: Estudo Observacional do tipo Descritivo e Transversal, realizado em dois Agrupamentos de Escolas através da aplicação do questionário ESPIGA, respondido por 114 pais/encarregados de educação, permitindo avaliar as duas variáveis em estudo.

Resultados: De acordo com a perceção dos pais/encarregados de educação, 58% das crianças consomem fruta e 93% ingerem água mais do que uma vez por dia. Com resultados bastante consideráveis segue-se o consumo de *fast-food* e a ingestão de bebidas açucaradas com uma frequência de uma a três vezes por semana.

Conclusão: Os resultados do estudo refletem a sociedade atual, deparando-nos com crianças com consumo excessivo de alimentos de *fast food* resultante da falta de tempo mencionada pelas famílias e com uma diminuição do consumo de peixe no seio familiar. Porém, as escolas continuam a ser um aliado na promoção de estilos de vida saudáveis, proporcionando refeições saudáveis.

Palavras-Chave: Comportamentos Alimentares; Crianças; Enfermagem; Promoção da Saúde; Saúde Pública.