



Eliana Cristina Pereira Fonseca Firmino

Estela Luciana Cardoso Vieira

Marta Isabel Duarte Ferreira

Nuno Alexandre Batista Meireles

Planeamento em Saúde: Estilos de vida saudáveis em crianças dos 3 aos 6 anos

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Assunção Nogueira

Junho 2012

Ferreira, M., Firmino, E., Meireles, N., Vieira, E.,

Planeamento em Saúde: estilos de vida saudáveis em crianças dos 3 aos 6 anos

Trabalho de Planeamento em Saúde apresentado na Disciplina de Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre

Instituto Superior de Saúde – Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

2012

Orientação: Doutora Assunção Nogueira (PhD)

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM, COMUNIDADE, ESTILOS DE VIDA, PLANEAMENTO, PROJETO

Dedicamos o nosso trabalho àqueles que
nos recebem de braços abertos e sorriso nos lábios,
aceitando connosco os desafios e
acreditando que, cada vez vamos mais longe e somos melhores!

Agradecimentos

À Professora Doutora Assunção Nogueira pela disponibilidade, simpatia e dedicação ao longo deste percurso.

À equipa da UCC de Felgueiras pelo acolhimento e pela partilha de experiências.

Aos colegas de trabalho, que tantas vezes presenciaram a nossa ansiedade e nos ajudaram a ultrapassar as numerosas dificuldades que se colocaram no nosso caminho.

À nossa família pelo carinho e paciência em todos os momentos.

Aos nossos utentes, em especial as crianças, que são o motivo de todo o nosso empenho.

“Olhamos o futuro fortificados apenas com as lições que aprendemos do passado.

É hoje que devemos criar o mundo do futuro... Num sentido muito real, o amanhã é hoje.”

Eleanor Roosevelt cit in Bevis & Watson (2005)

Índice Geral

0 - Introdução	1
1 - A Criança e a Saúde	5
1.1 - A criança	5
1.2 - Estilos de vida saudáveis.....	11
1.3 - O Enfermeiro e a Comunidade	19
2. - Planeamento em Saúde.....	23
2.1 - Caracterização do meio	24
2.2 - Diagnóstico da Situação	26
2.2.1 - População/Amostra	28
2.2.2 - Instrumentos de recolha de dados.....	29
2.2.3 - Pré-teste	32
2.2.4 - Procedimentos éticos	33
2.2.5 - Apresentação da análise dos dados.....	34
2.2.6 - Discussão dos resultados.....	56
2.2.7 - Lista de problemas	66
2.3 - Prioridades dos Problemas	67
2.4 - Objetivos	68
2.5 - Seleção de Estratégias	71
2.6 - Projeto “Aprender a Comer melhor!”	73
2.6.1 - Identificação do projeto.....	75
2.6.2 - Atividades	75
2.6.3 - Cronograma.....	79
2.7 - Avaliação	80
2.7.1 - Avaliação intercalar	82

2.7.2 - Apresentação da análise dos dados da avaliação.....	85
2.7.3 - Reflexão da Avaliação.....	92
3 - Nota Final.....	97
4 - Bibliografia	101
5 - Anexos	113

Índice de Anexos

Anexo 1 - Instrumento Colheita de dados.....	I
Anexo 2 - Avaliação de dados antropométricos.....	XV
Anexo 3 - Observação dos dentes.....	XIX
Anexo 4 - Pedido de colaboração dirigido ao Diretor do Agrupamento de Escolas de Idães.....	XXIII
Anexo 5 - Consentimento Informado.....	XXVII
Anexo 6 - Panfleto "Aprender a Comer Melhor!".....	XXXI
Anexo 7 - Seleção de Prioridades.....	XXXV
Anexo 8 - Apresentação em Power Point "Hábitos Alimentares das Crianças".....	XXXIX
Anexo 9 - Convívio com oferta de lanche saudável.....	XLV
Anexo 10 - Registo de avaliação da sessão.....	XLIX
Anexo 11 - Questionário de conhecimentos - I.....	LIII
Anexo 12 - História infantil "O João não é veloz!".....	LVII
Anexo 13 - Dinâmica "Preparação de batidos".....	LXV
Anexo 14 - Elaboração de um lanche saudável com os alunos.....	LXIX
Anexo 15 - Máscaras de Carnaval.....	LXXIII
Anexo 16 - Jogo "Passa a bola!".....	LXXVII
Anexo 17 - Filme "Vitaminix!".....	LXXXI
Anexo 18 - Teatro "Os alimentos a brincar".....	LXXXV
Anexo 19 - Apresentação em Power Point "Alimentação Infantil".....	XCI
Anexo 20 - Questionário conhecimentos II.....	CI
Anexo 21 - Monitorização do Lanche.....	CXI
Anexo 22 - Registo de Presença dos Alunos/Encarregados de Educação.....	CXV
Anexo 23 - Análise e Discussão da Avaliação da Sessão.....	CXIX

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição de alunos por género	35
Gráfico 2 - Distribuição de alunos por encarregado de educação.....	35
Gráfico 3 - Distribuição de alunos por utilização dos serviços de saúde/doença	36
Gráfico 4 - Distribuição de alunos por utilização dos serviços de saúde/doença (2).....	36
Gráfico 5 - Distribuição de alunos por meio de transporte utilizado para ir à escola.....	36
Gráfico 6 - Distribuição de alunos por meio de transporte com utilização de cadeira apropriada/banco da frente ou banco de trás	37
Gráfico 7 - Distribuição de alunos por transporte	37
Gráfico 8 - Distribuição de alunos por nº de refeições por dia.....	37
Gráfico 9 - Distribuição de alunos no que respeita ao pequeno-almoço	38
Gráfico 10 - Distribuição de alunos no que respeita ao lanche da manhã.....	38
Gráfico 11 - Distribuição de alunos relativamente às preferências ao almoço .	39
Gráfico 12 - Distribuição de alunos relativamente às preferências ao jantar....	39
Gráfico 13 - Distribuição de alunos no que respeita ao lanche da tarde	39
Gráfico 14 - Distribuição de alunos no que respeita ao demorar mais de 2h30min depois do jantar	40
Gráfico 15 - Distribuição de alunos no que respeita ao cear.....	40
Gráfico 16 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições.....	41
Gráfico 17 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer sopa ao almoço/jantar.....	41

Gráfico 18 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer peixe	41
Gráfico 19 - Distribuição de alunos no que respeita ao consumo de fruta	42
Gráfico 20 - Distribuição de alunos no que respeita à ingestão de batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces.....	42
Gráfico 21 - Distribuição de alunos no que respeita à ingestão de refrigerantes	43
Gráfico 22 - Distribuição de alunos no que respeita ao consumo de álcool (Bebe?).....	43
Gráfico 23 - Distribuição de alunos relativo ao consumo de álcool (já bebeu?)	43
Gráfico 24 - Distribuição de alunos no que respeita a comer mais do que o costume	44
Gráfico 25 - Distribuição dos alunos sobre quando come mais do que o costume	44
Gráfico 26 - Distribuição de alunos no que respeita a situações em que sente mais necessidade de comer.....	44
Gráfico 27 - Distribuição de alunos no que respeita à prática de exercício físico	45
Gráfico 28 - Distribuição de alunos sobre a frequência da prática de exercício físico por semana	45
Gráfico 29 - Distribuição de alunos no que respeita às atividades realizadas nos tempos livres	45
Gráfico 30 - Distribuição de alunos no que respeita a que horas vão para a cama.....	46
Gráfico 31 – Distribuição de alunos no que respeita a que horas se levantam de manhã	46
Gráfico 32 - Distribuição de alunos no que respeita a hábitos de higiene (banho).....	47

Gráfico 33 - Distribuição de alunos relativamente à frequência de banho por semana.....	47
Gráfico 34 - Distribuição de alunos relativamente à lavagem das mãos antes das refeições.....	47
Gráfico 35 - Distribuição de alunos relativamente à lavagem das mãos após as refeições.....	47
Gráfico 36 - Distribuição de alunos no que respeita à lavagem das mãos das refeições.....	48
Gráfico 37 - Distribuição de alunos no que respeita à lavagem das mãos após as refeições.....	48
Gráfico 38 - Distribuição de alunos no que respeita ao hábito de escovagem dos dentes.....	48
Gráfico 39 - Distribuição de alunos no que respeita ao hábito de lavagem dos dentes na escola.....	49
Gráfico 40 - Distribuição de alunos no que respeita à visita ao dentista/por ano.....	49
Gráfico 41 - Distribuição de alunos no que respeita aos familiares que vivem com a criança.....	50
Gráfico 42 - Distribuição de alunos no que respeita à formação académica do pai.....	50
Gráfico 43 - Distribuição de alunos no que respeita à profissão do pai.....	51
Gráfico 44 - Distribuição de alunos no que respeita à formação académica da mãe.....	51
Gráfico 45 - Distribuição de alunos no que respeita à profissão da mãe.....	52
Gráfico 46 - Distribuição de alunos no que respeita a um coabitante desempregado.....	52
Gráfico 47 - Distribuição de alunos no que respeita à reunião da família às refeições.....	52

Gráfico 48 - Distribuição de alunos no que respeita ao local onde a família almoça e janta	53
Gráfico 49 - Distribuição de alunos no que respeita aos locais onde a família habitualmente gosta de ir passear	53
Gráfico 50 - Distribuição de alunos no que respeita à história de doença na família.....	54
Gráfico 51 - Distribuição de alunos no que respeita ao estado dos dentes.....	55
Gráfico 52 - Distribuição de alunos no que respeita ao IMC de alunos do sexo feminino.....	55
Gráfico 53 - Distribuição de alunos no que respeita ao IMC dos alunos do sexo masculino	56
Gráfico 54 - Encarregados de educação que aderiram à atividade "Hábitos alimentares das crianças" (nº de encarregados de educação que aderiram à atividade / nº total de encarregados de educação abrangidos pelo projeto * 100)	83
Gráfico 55 - Crianças que aderiram à atividade "Comer é divertido!" (nº de crianças que aderiram à atividade / nº total de crianças abrangidas pelo projeto * 100).....	84
Gráfico 56 - A criança deve, ao pequeno-almoço beber leite e comer pão com manteiga.....	85
Gráfico 57 - A criança deve, ao pequeno-almoço comer na escola	85
Gráfico 58 - A criança não deve sair de casa sem tomar o pequeno-almoço ..	86
Gráfico 59 - A criança deve comer fruta ao pequeno-almoço	86
Gráfico 60 - A criança não deve comer leite com cereais ao pequeno-almoço	87
Gráfico 61 - A criança deve comer um bolo ao lanche	87
Gráfico 62 - A criança deve beber sumo néctar ao lanche.....	87
Gráfico 63 - A criança não deve comer pão com manteiga ao lanche	88
Gráfico 64 - A criança não deve comer fruta ao lanche.....	88

Gráfico 65 - A criança deve cear quando se deita 2h30min depois de jantar...	88
Gráfico 66 - A criança não deve beber leite antes de se deitar	89
Gráfico 67 - A criança não deve comer a meio da manhã.....	89
Gráfico 68 - A criança não deve comer bolachas de chocolate a meio da manhã	89
Gráfico 69 - A criança deve beber leite com chocolate e açúcar.....	90
Gráfico 70 - A criança deve comer pão com queijo e fiambre	90
Gráfico 71 - A criança não deve beber batidos de fruta	91
Gráfico 72 - A criança deve beber água só às refeições.....	91
Gráfico 73 - A criança deve comer gomas e rebuçados pelo menos 3 vezes por semana.....	91
Gráfico 74 - A criança não deve beber refrigerantes	92
Gráfico 75 - A criança não deve beber sumos sem gás	92

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis	31
Tabela 2 - Estatística descritiva da variável idade.....	35
Tabela 3 – Hábitos de cear e a sua necessidade.....	58
Tabela 4 - Cruzamento de dados sobre os hábitos de sono	62
Tabela 5 - Plano de Atividades.....	76
Tabela 6 – Cronograma do Projeto “Aprender a comer melhor”	79

Índice de Figuras

Figura 1 - Mapa do Município de Felgueiras	24
--	----

Abreviaturas, Símbolos e Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação para Promoção da Segurança Infantil

ARS – Administração Regional de Saúde

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente

DARE - Decision Alternative Racional Evaluation

DGS - Direção-Geral da Saúde

DREN - Direção Regional de Educação do Norte

EE – Encarregado/a de Educação

IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PELT - Programa Escolas Livres de Tabaco

PES - Projeto Educação para a Saúde

PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

WC – Casa de Banho, tradução adaptada do inglês Water Closet

Resumo

O Planeamento em saúde é um processo que procura obter ganhos em saúde, através da delineação de estratégias de atuação. É fundamental quando se procura conhecer a comunidade e intervir nos problemas identificados.

O trabalho apresentado teve como objetivo principal identificar alterações nos estilos de vida das crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos que frequentam o Jardim-de-Infância. Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal no Diagnóstico de Situação. Os Instrumentos de colheita de dados consistiram na aplicação de um questionário dirigido aos encarregados de educação das crianças, na avaliação dos dados antropométricos e na observação dos dentes das referidas crianças.

Os problemas identificados no diagnóstico de situação foram: hábitos alimentares desadequados; ausência de exercício físico extracurricular; hábitos de higiene insuficientes. Através da seleção de prioridades (comparação por pares), foi considerado prioritário intervir nos hábitos alimentares desadequados.

O objetivo geral delineado foi: aumentar em 50% os hábitos de alimentação saudável nas crianças dos Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, até 2014. Tendo em conta os objetivos definidos foi elaborado o projeto “Aprender a comer melhor”.

No final do estágio, acredita-se que conhecimentos adequados dos encarregados de educação permitirão comportamentos adequados das crianças, verificou-se que o diminuto consumo de fruta, o excesso no consumo de doces e sumos e os erros relativos ao pequeno-almoço, lanche da manhã e tarde e à ceia, poderão ser resolvidos, uma vez que os encarregados de educação demonstram conhecimentos sobre estes temas.

PALAVRAS-CHAVE: ENFERMAGEM, COMUNIDADE, ESTILOS DE VIDA, PLANEAMENTO, PROJETO

Abstract

Health planning is a process that seeks to obtain gains in health, through the delineation of action strategies. It is crucial when trying to meet the community and intervene in problems identified.

The presented work aimed to identify main changes in the lifestyles of children aged between 3 and 6 years attending the nursery. A study was observational, transversal and descriptive in the diagnosis of the situation. The data collection Instruments consisted in the application of a questionnaire aimed at careers of children, on the evaluation of anthropometric data and observation of the teeth of those children.

The problems identified in the diagnosis of the situation were: inadequate eating habits; lack of extracurricular physical exercise; insufficient hygiene habits. Through the selection of priorities (pair-wise comparison), was considered a priority to intervene in inappropriate eating habits.

The general objective outlined was: increase 50% was in the healthy eating habits in children from kindergartens, at the Agrupamento de Escolas de Idães, until 2014. Taking into account the goals set was prepared the project "Learning to eat better".

At the end of the internship, it is believed that adequate knowledge of careers will allow appropriate behaviors of children, it was found that the low fruit consumption, excess consumption of sweets and juice and the relative errors for breakfast, morning and afternoon snack and supper may be resolved, since the parents demonstrate knowledge about these topics.

KEY WORDS: NURSING, COMMUNITY, LIFESTYLE, PLANNING, PROJECT

0 - Introdução

“Como uma nova onda que se levanta, uma nova geração está surgindo. Vem vindo, com todas as suas qualidades e defeitos. Vamos criar condições para que elas cresçam cada vez melhor. Não vamos ganhar o confronto com essa espécie de túmulo que é uma hereditariedade doentia; não vamos ordenar às ervas daninhas que se transformem em trigo. Não somos milagreiros, não queremos ser charlatões. Abrimos mão da ilusória nostalgia de uma infância ideal.”

(Korczak, 1986, cit. por Aragão, 2002)

A geração que começa é em tudo semelhante às anteriores, com projetos, expectativas e sonhos de ser, ver e vencer. Não é querer uma infância ideal mas melhor que a infância das gerações anteriores. Para tal, é o momento de parar, avaliar o que se fez, repetir ou melhorar, sem aspirar o milagre mas a acreditar na evolução.

A criança é na sua génese interessada, curiosa, atenta e sensível a tudo o que a rodeia. Nesta perspetiva, a educação para a saúde na infância é muito eficaz pois permite a melhoria da saúde dela própria e da sua família. O Enfermeiro da comunidade tem um papel privilegiado neste campo pois acompanha a criança e a família em diversas etapas da sua vida tais como, o nascimento na sua vigilância de saúde, no seu percurso escolar e na sua situação de doença.

No entanto, historicamente, nem sempre o Enfermeiro procurou conhecer a criança e a família e saber os seus *handicaps* e mais-valias. O Enfermeiro agia de acordo com os seus conhecimentos e de acordo com o que os outros consideravam ideal para a criança e para a família. Hoje, apesar de se manterem as indicações teóricas, estas procuram ser adaptadas a cada realidade e a cada caso. Nesta perspetiva, o planeamento em saúde é essencial e o passo a dar quando se quer conhecer a comunidade e cuidar dela e das suas especificidades. Conhecer a criança e os seus estilos de vida é conhecer o que está correto e o que precisa de ajustes.

Planeamento em Saúde consiste em alterar o estado de saúde das populações e comunidades, tendo em vista obter ganhos em saúde, tendo em consideração a utilização eficaz e eficiente dos recursos (ARS Centro, 2008).

Este trabalho surge integrado no âmbito da disciplina Relatório de Estágio, no decorrer do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Vale Sousa, sob a orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira, com o objetivo de dar a conhecer o planeamento em saúde e todas as suas etapas realizado sobre o tema “Os estilos de vida saudáveis em crianças dos 3 aos 6 anos de idade”, tema este escolhido pelo grupo de trabalho.

O Planeamento em Saúde surgiu integrado no estágio de Planeamento em Saúde realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Tâmega III Vale do Sousa Norte.

O objetivo principal deste trabalho consiste em identificar alterações nos estilos de vida das crianças do Agrupamento de escolas de Idães. Para uma melhor orientação foi necessário traçar objetivos específicos, assim pretende-se:

- Conhecer os hábitos alimentares das crianças;
- Identificar os hábitos de exercício físico das crianças;
- Identificar os hábitos de sono das crianças;
- Identificar os hábitos de segurança rodoviária das crianças;
- Identificar os hábitos de higiene das crianças;
- Caracterizar as condições socioeconómicas da família das crianças;
- Verificar o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças;
- Verificar a existência de dentes cariados e/ou obturados.

Para responder de forma adequada a estes objetivos, foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal no Diagnóstico de Situação, com

recurso a grelhas de observação e a um questionário para obtenção dos dados necessários.

A população em estudo foram as crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos que frequentam o Jardim-de-Infância no Concelho de Felgueiras.

Na impossibilidade de estudar toda esta população, dado o tempo disponível para a execução do trabalho/estágio, foi necessário recorrer a uma amostra. A amostra foi constituída pelos alunos dos Jardins-de-infância do Agrupamento de Escolas de Idães.

Uma vez identificadas as alterações nos estilos de vida das crianças foi selecionada como prioridade de intervenção os “hábitos alimentares desadequados”. Para tal, foi elaborado o projeto de Intervenção “Aprender a Comer melhor!” com o objetivo geral de aumentar em 50% os hábitos de alimentação saudável nas crianças dos Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, até 2014. Este projeto, iniciado pelos autores deste trabalho, terá continuidade pela equipa da UCC.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes. Após a Introdução, surge o Capítulo I onde são referidos os seguintes temas: a Criança, os Estilos de Vida Saudáveis e o Enfermeiro e a Comunidade. O Capítulo II faz referência ao Planeamento em Saúde: Caracterização do Meio, Diagnóstico de Situação, Prioridades dos Problemas, Objetivos, Seleção de Estratégias, Projeto “Aprender a Comer Melhor!” e Avaliação. O documento encerra com uma breve nota final seguida da bibliografia consultada, concluindo com a apresentação dos anexos que o grupo entende serem pertinentes e ajudarem a uma melhor compreensão do trabalho.

1 - A Criança e a Saúde

“A Humanidade deve à criança o melhor que tiver para dar...”
(Declaração dos Direitos da Criança, 1924)

Desde o “menino selvagem de Aveyron”, em 1800, que o estudo do desenvolvimento da criança tem sido enriquecido com descobertas constantes. Em pleno século XXI, os debates sobre o desenvolvimento da criança mantêm-se acesos e ainda sem pleno consenso. Talvez esse consenso nunca chegue mas algumas certezas existem. A certeza de que cada criança é única e simultaneamente partilha semelhanças com outras crianças.

O saudável desenvolvimento da criança inclui, entre outros aspetos, a sua saúde e o seu crescimento saudável. Conhecer a criança e as especificidades do seu desenvolvimento e da sua vida permite ao Enfermeiro da comunidade desenvolver cuidados mais eficazes e eficientes.

1.1 - A criança

O crescimento e o desenvolvimento expressam a soma das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo. O percurso completo consiste num processo dinâmico que envolve várias dimensões: o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a diferenciação (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

O desenvolvimento da criança está sujeito a inúmeras influências. Algumas têm origem na hereditariedade e outras provêm do ambiente externo. As diferenças individuais aumentam, à medida que a criança cresce (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Os mesmos autores referem que as crianças diferem ao nível da altura, peso, constituição física, nas características da personalidade, reações emocionais e

outras mas, também os seus contextos de vida diferem: as casas, as comunidades e as sociedades nas quais estão inseridas, as relações que estabelecem, os tipos de escolas que frequentam e como ocupam os seus tempos de lazer.

O desenvolvimento humano é um processo de crescimento ao longo do ciclo vital com características específicas em cada fase. As linhas orientadoras de desenvolvimento aplicam-se a grande parte das crianças em cada fase de desenvolvimento. No entanto, cada criança é um indivíduo e pode atingir estas fases de desenvolvimento mais cedo ou mais tarde do que outras crianças da mesma idade.

Essa evolução é contínua porém não é linear e ocorre em diversos campos da existência, tais como o afetivo, o cognitivo, o social e o motor. É determinada por processos de maturação biológicos ou genéticos mas também o meio é fator de máxima importância no desenvolvimento humano.

O meio é algo muito amplo, que envolve cultura, sociedade, práticas e interações. Os seres humanos nascem “mergulhados em cultura”, e é claro que esta será uma das principais influências no desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman (2001).

Assim, importa referir algumas das características específicas das crianças em idade pré-escolar, entre os 3 e os 6 anos.

De acordo com Erikson, as crianças em idade pré-escolar encontram-se na tarefa de desenvolvimento, iniciativa *versus* culpa. Estas crianças começam a tomar a iniciativa de transferir experiências aprendidas para outras situações semelhantes (Operman & Cassandra, 2001).

As crianças, por volta dos 3 anos, tornam-se mais compridas e esguias. Começam a perder a face redonda característica dos bebés e a apresentar uma aparência mais atlética. Estas e outras mudanças na aparência física refletem o desenvolvimento no interior do corpo. Estas mudanças coordenadas pelo sistema nervoso e pelo cérebro em maturação promovem o desenvolvimento de uma vasta gama de competências motoras.

Um desenvolvimento e saúde adequados no período pré-escolar dependem de uma boa alimentação e de um sono adequado. Nesta idade há maior probabilidade de se tornarem obesas, especialmente quando não são muito ativas e muitas desenvolvem problemas de sono (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

As crianças entre os 3 e os 6 anos fazem grandes progressos nas competências motoras, tanto as competências motoras grossas (como correr e saltar) como as competências motoras finas (como desenhar e apertar os cordões dos sapatos). Também começam a mostrar uma preferência pela mão direita ou pela mão esquerda (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Atualmente, este período da infância é muito mais seguro, devido ao desenvolvimento da imunização (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Portugal tem atualmente altas taxas de vacinação, o que permitiu uma diminuição muito acentuada do número de casos de doenças infecciosas evitáveis pela vacinação, bem como dos casos de internamento e mortalidade (Cordeiro, 2009).

As influências ambientais, tais como o tabagismo dos pais, o stress, a pobreza e a falta de habitação, tornam este período menos saudável para algumas crianças (Papalia, Olds & Feldman, 2001). O fumo passivo resulta em mais bronquiolites, pneumonias, adenoidites ou crises de asma, além de aumentar o risco de doença cardíaca (Cordeiro, 2009).

“Ter em atenção estes cuidados poderá evitar muitos problemas à criança e muitas maçadas, preocupações e despesas aos pais” (Cordeiro, 2009, p.471).

Porque as crianças mais novas são naturalmente aventureiras e muitas vezes inconscientes em relação ao perigo, é difícil, para os seus responsáveis, protegê-las sem as sobreproteger. Apesar de muitos cortes, pancadas e arranhões “desaparecerem com um beijinho”, sendo rapidamente esquecidos, alguns acidentes resultam em lesões duradouras ou morte (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

As crianças em idade pré-escolar esforçam-se imenso por serem “meninos crescidos”. Isto é evidente pelo seu desejo de fazer coisas por elas próprias, especialmente as atividades com base nas competências (Operman & Cassandra, 2001).

O desenvolvimento da criança não é apenas físico, o conhecimento sobre o desenvolvimento cognitivo da criança é também essencial.

Entre os 3 e os 5 anos as crianças começam a compreender que o pensamento ocorre dentro da mente, que podem lidar com coisas reais e imaginárias, e que o pensamento é diferente de ver, falar, tocar e conhecer (Flavell, Green & Flavell, 1995 cit. por Papalia, Olds & Feldman, 2001). No entanto, tendem a não compreender que naquele momento estavam a pensar e têm dificuldade em recordar o que estavam a pensar (Flavell, Green, Flavell & Grossman, 1997, cit. por Papalia, Olds & Feldman, 2001).

As crianças nesta idade adquirem a linguagem e ampliam os relacionamentos sociais, aprendem papéis padrão de comportamento, ganham autocontrolo e domínio, desenvolvem um aumento da consciência da dependência e da independência, e começam a desenvolver um autoconceito (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

As crianças mais novas estão interessadas em tudo o que se passa no mundo. Fazem perguntas sobre tudo e as suas competências linguísticas melhoram rapidamente. Fazem perguntas como: “Quem pôs a água no rio?” ou “Os cheiros vêm de dentro do meu nariz?”

A interação social, especialmente em casa, é um fator-chave na preparação das crianças mais novas para a literacia. As crianças têm maior probabilidade de se tornarem bons leitores e escreverem bem se, durante o período pré-escolar, os pais criarem desafios relativos à conversação para os quais as crianças estão preparadas, nomeadamente em torno das atividades diárias (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Durante o período pré-escolar, as crianças mostram uma melhoria significativa na atenção, na rapidez e na eficácia com que processam a informação. Estes avanços permitem progressos cognitivos, particularmente na memória.

A imaginação é uma função cognitiva que se desenvolve nesta idade, envolve a aptidão de pensar sobre algo, mesmo que não possa ser visto ou tocado (Operman & Cassandra, 2001).

As crianças simplesmente recordam os acontecimentos que lhes causaram uma forte impressão e muitas destas memórias conscientes parecem ter pouco tempo de vida.

A família tem um significado distinto em cada sociedade. A família é o elo central no desenvolvimento da criança, seja uma família nuclear ou alargada, tradicional ou até mesmo sem laços biológicos. De qualquer forma, é um fator de enorme influência na criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O nível socioeconómico envolve uma série de fatores relacionados, incluindo rendimentos, educação e profissão. Contudo não é o nível socioeconómico em si mesmo que afeta o desenvolvimento da criança mas, os fatores associados a esta variável, tais como o tipo de família e de comunidade em que a criança vive e a qualidade de cuidados de saúde e escolaridade que recebe (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

O fator família permanece na origem de todas as escolhas infantis e condiciona as escolhas de vida do futuro adulto (Magalhães, 2007).

Como muitos outros conceitos, também a família é descrita de diversas formas consoante os teóricos que a abordam. Como exemplo, pode-se referir a dimensão sociocultural, a qual refere que cabe à família a transmissão de valores respeitantes aos comportamentos, crenças e costumes da sociedade em que se insere (Cordeiro, 2009).

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, sendo um conceito mutável, que depende das diferentes imagens que cada indivíduo e grupo lhe conferem. Apesar de toda a transformação que tem vindo a acontecer no último século, a célula familiar continua a ser o contexto em que se transmitem as aprendizagens futuras.

A família tem sido identificada como uma das instituições tradicionais de educação que maior influência revela no envolvimento e participação de

crianças e adolescentes em comportamentos saudáveis. Segundo Duncan et al. 2005 (cit. por Seabra, 2008), muitos dos comportamentos saudáveis são iniciados e mantidos no contexto familiar, podendo a família (pais e irmãos) ser considerada como um dos principais fatores de âmbito social capaz de influenciar os comportamentos das crianças.

Além disso, os pais são “os modelos que as crianças tentam seguir e, portanto, só adquirem bons hábitos se tiverem bons exemplos no dia-a-dia” (Cordeiro, 2009, p. 165).

“Para além dos pais, factores externos têm grande impacto na forma de pensar e agir, nos valores e nos comportamentos, mas são, preferencialmente, os pais as maiores fontes de influência para os filhos tomarem decisões positivas sobre a saúde” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003 cit. por Dias, 2009).

Desde os primeiros anos de vida as crianças devem ser habituadas a ter um estilo de vida saudável. As crianças nesta idade são muito moldáveis pelo que aprendem os padrões dos pais tentando imitá-los (Gavin, 2004).

Parece claro que as famílias e muito particularmente os pais possuem uma grande responsabilidade nos hábitos e comportamentos evidenciados pelos seus descendentes, visto funcionarem como modelos de comportamento apropriados, assim como por constituírem a principal fonte de reforço e incentivo à aquisição de um determinado comportamento (Seabra, 2008).

A família é considerada o primeiro e o principal agente de socialização na transmissão de comportamentos e estilos de vida.

As crianças continuam a estar basicamente centradas em si mesmas, ou seja, a serem egocêntricas. No entanto, são notórios sinais de desenvolvimento pessoal-social, quando mostram preocupação pelos irmãos mais novos e simpatia pelos colegas que sofrem. Gostam de interagir com outras crianças em brincadeiras de grupo, aprendem a partilhar e a esperar a sua vez (Operman & Cassandra, 2001).

As crianças de 5 anos, diferem das de 4 anos, pois são cada vez mais independentes e estão aptas para o mundo mais alargado da escola (Operman & Cassandra, 2001). Em resumo,

“A criança tem direito à educação, (...) uma educação que promova a sua cultura e lhe permita, em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social e tornar-se um membro útil à sociedade. (...) O interesse superior da criança deve ser o princípio diretivo de quem tem a responsabilidade da sua educação e orientação, responsabilidade essa que cabe, em primeiro lugar, aos seus pais. A criança deve ter plena oportunidade para brincar (...)”
(Declaração dos direitos das crianças, 1959, p. 2-5).

Para que a criança cresça com saúde é importante conhecer, os fatores que influenciam a sua saúde, nomeadamente, os seus hábitos e comportamentos. Os estilos de vida saudáveis serão abordados no item seguinte.

1.2 - Estilos de vida saudáveis

O conceito de Estilos de Vida pode ser traduzido pelo percurso existencial do sujeito em adaptação ao meio e à cultura onde atua. Sorokim (1947, cit. por Gonçalves & Carvalho, 2004, p.1) definiu-os como sendo *“tudo o que o indivíduo aprende a fazer para viver numa comunidade particular”*, ou seja, os Estilos de Vida pressupõe a adaptação a uma cultura particular para que o indivíduo possa viver, agir e dominar o meio.

“Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (Gonçalves & Carvalho, 2004).

Já para Durkheim (1963, cit. por Gonçalves & Carvalho, 2004, p.2) os Estilos de Vida são as *“maneiras de agir, pensar e sentir”*. De maneira aparentemente mais simples Rocher (1989, cit. por Gonçalves & Carvalho, 2004, p.3), definiu Estilos de Vida como *“as maneiras de viver”*. Esta aparente simplicidade

encerra em si uma complexidade extrema na medida em que faz apelo a um equilíbrio na instabilidade.

A Enfermagem centra-se na prevenção da doença e na promoção e manutenção da saúde. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária estão implicados na evolução do indivíduo e no aconselhamento, na defesa e na gestão de cuidados. Para atingir esta meta é importante que o profissional atue aos três níveis da prevenção: primária, secundária e terciária, com ênfase na prevenção primária.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel preponderante na promoção de estilos de vida saudáveis, junto da população. Na elaboração de programas de educação para a saúde, bem como, nas intervenções planeadas para este fim.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 apresenta a Saúde Escolar como o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004).

A investigação vem demonstrando que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através de um programa de saúde escolar efetivo (DGS, 2011).

As atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar incluem, entre outras áreas, o apoio ao desenvolvimento de projetos nas áreas de promoção da saúde prioritárias:

1. Saúde mental;
2. Saúde oral;
3. Alimentação saudável;
4. Atividade física;

5. Ambiente e saúde;
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes;
7. Saúde sexual e reprodutiva;
8. Educação para o consumo.

Apesar de serem todas áreas prioritárias, compete à equipa de saúde escolar a elaboração de projetos que se ajustem às necessidades da comunidade envolvida. Para tal, segundo a DGS (2006), o planeamento em saúde é um auxiliar fundamental da tomada de decisão, que permite a racionalização dos recursos de saúde com equidade e eficiência.

Os projetos de Promoção da Saúde Mental baseiam-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumento da resiliência, promoção da autoestima e da autonomia e visam prevenir comportamentos de risco (DGS, 2011).

Os Projetos de Promoção da Saúde Oral deverão fazer parte integrante do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

O estudo de Almeida, Petersen, André e Toscano (2003) revela que em Portugal a taxa de proporção de prevalência de cárie dentária em dentes primários foi de 46,9% aos 6 anos de idade e 52,9% aos 12 anos tinham cárie nos dentes permanentes. Segundo Orlando Monteiro da Silva

"Perto de cem por cento das crianças em idade chave de avaliação - 5/6 anos e 9/10 anos - têm pelo menos um dente com cárie e algumas dessas crianças já têm 70 por cento dos dentes cariados, arrancados ou obturados" (Lusa, 2005, p. 15).

Após 20 anos de programas de saúde oral, dirigidos, prioritariamente às crianças e aos jovens, a percentagem de crianças livres de cárie dentária, aos 6 anos, passou de 10% em 1986 para 51% em 2006, o índice de CPOD de 1,1 para 0,07 e, aos 12 anos de 3,97 para 1,48 (DGS, 2008a).

O bem-estar do indivíduo depende de vários níveis de higiene: corporal, dentária e também vestuário (Esteves & Anastácio, 2011).

Segundo (Pontanel & Giudicelli, 1995 cit. por Esteves e Anastácio, 2011, p.3): *"ao nível da higiene corporal recomenda-se o uso*

quotidiano do duche para alcançar a limpeza de toda a pele (...). O rosto deve igualmente ser lavado diariamente, juntamente com os olhos e ouvidos, com recurso a produtos adequados.”

A rotina da criança permite o desenvolvimento de inúmeros momentos que se relacionam com a saúde e higiene das crianças. Consegue-se que a criança tenha oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde (DGS, 2005b), criando hábitos/bases diárias que assimiladas desde cedo serão mais facilmente preservadas durante a vida. Um excelente exemplo da importância da rotina na higiene refere-se à higiene das mãos.

“As mãos devem ser lavadas diversas vezes ao dia com uma secagem cuidadosa. Este é um dos hábitos principais a criar nas crianças, obrigatoriamente antes e depois das refeições, antes e depois do uso da casa de banho e em qualquer outra circunstância em que as mãos estejam sujas” (Esteves & Anastácio, 2011).

Os aspetos da higiene revestem-se de particular importância para a saúde, havendo necessidade de as crianças os terem presentes desde cedo no seu quotidiano (Esteves e Anastácio, 2011).

A Alimentação Saudável tem assumido especial relevo nos projetos de saúde escolar, foi inclusive desenvolvido pelo Ministério da Saúde, na Administração Regional de Saúde do Norte o Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) que foi estruturado de forma a cruzar os contributos da Psicologia da Saúde com os da Nutrição e com os da Saúde Pública, permitindo a intervenção multidisciplinar e pressupondo uma visão comunitária da intervenção em Saúde Escolar. O objetivo primordial do programa é que os alunos do 1º ciclo desenvolvam atitudes e crenças tendentes a opções responsáveis e conscientes nomeadamente no que se refere às escolhas alimentares (Administração Regional de Saúde [ARS] Norte, 2010).

Além deste programa, a Direção Geral de Saúde disponibiliza diversos Manuais criados com o objetivo de promover uma alimentação saudável, como é o exemplo do Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins-de-Infância.

Ao falar de alimentação saudável é inevitável falar em obesidade infantil. Portugal é um dos países da Europa com números mais altos de obesidade, com todas as consequências que daí poderão advir, nomeadamente no que concerne ao risco acrescido para outras doenças e de morte prematura, bem como ao aumento dos custos com a Saúde (Prazeres & Fonseca, 2010).

Atualmente, a obesidade corresponde à segunda causa evitável de morte após o tabagismo. Se a tendência do crescimento exponencial da obesidade se mantiver em breve será a principal causa de morte nos países desenvolvidos.

A OMS (2004) reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.

Em muitos países europeus a prevalência da obesidade triplicou desde 1980, sendo cerca de 20% da população europeia obesa, com particular relevância nas crianças e nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos. A taxa de crescimento tem-se mantido constante, acrescentando atualmente em cada ano 400.000 novas crianças obesas às já existentes 45 milhões de crianças com sobrepeso. Estes dados são 10 vezes superiores aos registados em 1970 (DGS, 2008b).

Em Portugal, uma das iniciativas desenvolvidas é a Plataforma Contra a Obesidade. Esta é uma iniciativa que visa resolver problemas de saúde com colaboração do Estado e de entidades da sociedade civil com articulação prioritária. É dada ênfase ao papel das autarquias locais pela sua intervenção ao nível da promoção da atividade física, da existência de um ambiente urbano adequado e na disponibilização à comunidade escolar de alimentos saudáveis (DGS, 2008b).

A atividade física apresenta benefícios em todas as idades, para além de contribuir significativamente para a saúde mental e qualidade de vida de todas as pessoas. A prática regular de atividade física moderada pode aumentar a esperança média de vida de 3 a 5 anos (DGS, 2008b).

É importante saber que se existirem bons hábitos alimentares e prática regular de atividade física, a obesidade dificilmente será desenvolvida, mesmo que haja predisposição genética. O excesso de peso na infância pode levar a um aumento dos níveis de gordura no sangue, a hipertensão, diabetes, a doenças cardiovasculares, a problemas ortopédicos, musculares e dermatológicos (Barbosa, 2009).

Estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10-16% do cancro da mama, cólon e recto, bem como, diabetes mellitus, e de cerca de 22% da doença cardíaca isquémica. Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias. As crianças e adolescentes necessitam 20 minutos suplementares de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana, para benefícios adicionais (DGS, 2007).

A 4ª Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde realizada em Budapeste, em 2004, sob o tema central “O futuro das nossas crianças” reconhece as crianças e as futuras gerações como uma preocupação fundamental no contexto do desenvolvimento sustentável. Desta conferência resultou o compromisso de Portugal em acompanhar o processo de implementação do Plano de Ação Europeu “Ambiente e Saúde” 2004-2010 (Agência Portuguesa do Ambiente, 2011). Neste Plano, o Parlamento Europeu orienta a *“Comissão a conceber e propor instrumentos que incentivem o desenvolvimento e a promoção de soluções inovadoras (...) a fim de minimizar os principais riscos para a saúde provocados por fatores ambientais”* (Jornal Oficial da União Europeia, 2009, p. 89).

A 64ª Assembleia Mundial da Saúde, que ocorreu em Genebra em 2011, aprovou duas resoluções que apelam aos estados membros que *“dêem prioridade aos acidentes infantis (...) mobilizem todos os recursos disponíveis para a prevenção de acidentes com crianças”* (Amann, 2011, p. 2).

Segundo a DGS (2011) mais de 830 mil crianças morrem anualmente de acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e envenenamentos.

Sendo os acidentes a principal causa de morte nas crianças com mais de 5 anos.

À medida que as crianças crescem, o seu pequeno mundo da casa alarga-se à rua e às estradas, onde estão expostas a riscos e perigos. Apesar de as crianças utilizarem as estradas enquanto peões, ciclistas, motociclistas e passageiros do veículo, o ambiente rodoviário, raramente tem em consideração as suas necessidades. O resultado traduz-se em milhões de acidentes mortais ou incapacitantes todos os anos (Amann, 2011).

De acordo com a Associação para Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2011) em Portugal, relativamente à segurança rodoviária, por cada morte estima-se que outras 5 crianças ficam incapacitadas permanentemente. São ainda milhares os feridos graves e ligeiros que são todos os anos atendidos nas urgências dos hospitais.

A associação salienta que só com o empenhamento de todos será possível contribuir para que Portugal deixe de ser um País onde crescer, viver e circular nos passeios, ruas e estradas corresponde a um risco intolerável.

A Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, veio estabelecer o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar (DGS, 2010). Para a implementação deste Programa, as equipas de saúde escolar devem ser multidisciplinares e constituídas por profissionais das diferentes unidades funcionais, sendo fundamental garantir uma adequada formação na área da promoção e educação para a saúde, especificamente em saúde sexual e reprodutiva.

Um dos Programas elaborados para garantir a aplicação da educação sexual em meio escolar é o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) elaborado pelo Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., em colaboração com a Direção Regional de Educação do Norte. Este programa tem como finalidade contribuir para a diminuição dos comportamentos de risco e para o aumento dos fatores de proteção em relação à sexualidade; contribuir para a inclusão nos projetos educativos e nos currículos das escolas da região Norte, de um

programa de educação sexual estruturado e sustentado para os alunos da região Norte.

“Hoje, na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas” (DGS, 2006, p. 15).

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, uma intervenção de prevenção em meio escolar é de grande importância, uma vez que o meio escolar é frequentado por um elevado número de alunos, que na sua grande maioria, não consomem substâncias nocivas, no entanto devem ser informadas sobre os riscos da sua eventual utilização. Deve-lhes ser fornecida uma informação bem fundamentada do ponto de vista técnico e científico, esclarecendo-lhes todas as dúvidas sem preconceitos ou moralismos, privilegiando-se um discurso persuasivo para o seu uso (Souza, et al, 2007).

Os objetivos são a promoção da autonomia e da responsabilização dos jovens, e a sua operacionalização implica, geralmente, qualquer atividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do consumo de uma substância (DGS, 2006).

“Uma prevenção eficaz do consumo de drogas inicia-se com uma boa saúde mental, promoção de competências pessoais e sociais e intervenção ao nível da prevenção do tabagismo e do abuso de álcool” (DGS, 2006, p.17).

Para as crianças e os adolescentes, a família e a escola constituem o suporte emocional essencial para um desenvolvimento saudável (Souza, et al, 2007).

O Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT) no estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (“European School Survey on Alcohol and other Drugs” – Portugal) realizado em 2011 refere que, relativamente ao álcool, entre os alunos dos 16 aos 18 anos, há um acentuar dos consumos mais intensivos (mais quantidades de destiladas e mais embriaguez - mais alunos e maior número de ocorrências), além de aumentos maiores entre as raparigas do que entre os rapazes (IDT, 2011). Para além disso salienta as elevadas percentagens de consumidores com idades entre os 13 e os 15 anos.

O mesmo estudo refere que os resultados apontam para a necessidade de investir na prevenção dos consumos de álcool - em particular dos consumos intensivos (16 aos 18 anos) e dos consumos entre os mais jovens (consumo legalmente proibido até aos 16 anos) - do consumo regular de tabaco e da experimentação de drogas estimulantes (em particular as anfetaminas) e dos alucinogénios (IDT, 2011).

A Área de Promoção e Proteção da Saúde do Departamento de Saúde Pública da ARS Norte em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte (DREN) em 2006 elaborou o “Programa Escolas Livres de Tabaco” (PELT). O PELT é um programa que visa contribuir para evitar ou atrasar a idade de início do consumo de tabaco nos jovens escolarizados e *“tem como objetivos (...) dotar os alunos de competências para a adoção de estilos de vida saudáveis; colaborar com a comunidade em geral na promoção e criação de ambientes saudáveis (...)”* (ARS, 2011).

Em conclusão, tal como referido no Plano de Saúde da Região Norte 2009-2010,

“a evidência científica atual cada vez mais aponta para o facto dos fatores que mais influenciam a saúde das pessoas e das populações se situarem nos domínios social (condições de vida, educação, estilos de vida, entre outros), económico e ambiental. Portanto, o objetivo e esforço globais de assegurar uma vida longa e saudável para toda a população, tem cada vez mais que se tornar numa responsabilidade partilhada por diferentes sectores, exigindo um esforço ativo por parte dos vários atores da sociedade (...)” (ARS Norte, 2010, p. 8).

1.3 - O Enfermeiro e a Comunidade

Longe vão os tempos em que a saúde assentava num sistema focado na resolução de problemas (sistema curativo) e na prática da saúde num sistema biomédico.

Têm surgido novos conceitos e políticas (profundamente marcadas com a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) – o início do árduo caminho da

Promoção da Saúde) que, focando-se nomeadamente na promoção da saúde, impelem a prevenção da doença, em prol da procura da utópica definição de saúde da OMS.

A preocupação com as populações e com o seu estado de saúde tem sido crescente. O facto de, durante décadas, o sector da saúde se ter dedicado meramente ao tratar da doença tem feito crescer exponencialmente a fatura da saúde.

A Promoção da Saúde *“é uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona”* (Graça (2000) cit. por Stanhope & Lancaster, 1999).

O sistema curativo perdeu ênfase, passando a discutir-se não só formas de tratar a doença, mas também formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Com o tempo, conceitos como prevenção e promoção são cada vez mais estudados e adaptados visando a diferenciação dos cuidados.

“A enfermagem comunitária (...) desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. (...) Tendo sido reconhecido, nos últimos anos o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” (Ordem do Enfermeiros, 2010).

Os cuidados de saúde primários são, sem dúvida, “a linha da frente” na intervenção para a resolução de problemas. O facto de estarem ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidade, de cuidarem ao longo de todo o ciclo de vida, de serem holísticos (trabalham o indivíduo no seu meio) e ainda estarem integrados e trabalharem em parceria com cuidados diferenciados são a chave para o sucesso da intervenção, levando a uma plena participação das populações/comunidades envolvidas.

Barbosa (2009, p.27) refere que *“Os factos apontam para uma mudança do estilo de vida, que requer dedicação e vontade para alterar o quotidiano que hoje, de certa forma, é muito confortável e prático”*.

O Enfermeiro é o principal catalisador de resolução de problemas da população, tendo um papel ativo dinâmico junto da mesma.

A Enfermagem Comunitária centra-se na prevenção da doença e na promoção e manutenção da saúde. Para atingir estes objetivos, os Enfermeiros estão implicados na evolução do indivíduo e no aconselhamento, na defesa e na gestão de cuidados. Para atingir esta meta é importante que o Enfermeiro atue aos três níveis da prevenção: primária, secundária e terciária, com ênfase na prevenção primária. Entende-se por prevenção primária, atividades delineadas para prevenir o aparecimento da doença; reduzir a probabilidade de ocorrência de uma doença específica, incluindo proteção ativa contra ameaças ou fatores de tensão desnecessários, isto é, atividades de promoção da saúde (Stanhope, 1999, p.37).

A prevenção primária tem três aspetos importantes: serviços de saúde pessoais, tais como a imunização contra doenças infecciosas; serviços ambientais, tais como tratamento de água e de esgotos e prática de comportamentos saudáveis, tais como programas de não fumadores para prevenir cancro do pulmão e boa nutrição para prevenir a obesidade e complicações resultantes da mesma.

Desta forma, é fundamental que os Enfermeiros estejam capacitados para dar resposta aos problemas que surjam na comunidade, sendo para isso necessário que estes se encontrem familiarizados com as linhas orientadoras de rastreio (Stanhope, 1999).

O Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel preponderante na prevenção junto da população, na elaboração de programas de educação para a saúde, bem como, nas intervenções planeadas para este fim.

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projeto de intervenção com vista à capacitação “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem do Enfermeiros 2010).

Para se conseguir alcançar tal objetivo, é preciso trabalhar-se com uma equipa multidisciplinar, desde enfermeiros, médicos, nutricionistas psicólogos, professores e a família (Barbosa, 2009).

2. - Planeamento em Saúde

O Planeamento em saúde é um processo que procura obter ganhos em saúde, através da delineação de estratégias de atuação. Para tal, cada etapa deve ser seguida com assertividade de forma a permitir a racionalização e o uso eficaz dos recursos existentes.

“O Planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica (...) reconhece que é possível agir sobre a realidade (...) admite que há certas intervenções preferíveis a outras (...) é um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes – a saúde por exemplo” (Silva (1983) cit. por Imperatori & Giraldes, 1986 p. 3).

As principais fases do processo de Planeamento da Saúde são: diagnóstico da situação, definição das prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

O Planeamento da Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1986).

A Enfermagem procura a melhoria da saúde da população através da promoção da saúde, seja no processo de prevenção, cura ou reabilitação da saúde. No entanto, embora o faça desde sempre, só recentemente compreendeu a importância de avaliar eficazmente as medidas tomadas. E também, garantir que as medidas tomadas foram as necessárias para um dado momento.

Com este instrumento, pretende-se identificar alterações nos estilos de vida em crianças dos 3 aos 6 anos de idade.

Ao longo do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, o grupo aprendeu a importância de planear em saúde. Surgiu o momento de colocar o conhecimento aprendido na prática. Assim, neste capítulo é apresentado o planeamento em saúde elaborado no decorrer do estágio.

2.1 - Caracterização do meio

O Município de Felgueiras, localizado na parte superior do Vale do Sousa, abrange cerca de 116 km², repartidos por 32 freguesias. É constituído por quatro centros urbanos: a Cidade de Felgueiras, a Cidade da Lixa, a Vila de Barrosas e a Vila da Longra.



Figura 1 - Mapa do Município de Felgueiras (Retirado de Câmara Municipal de Felgueiras)

A cidade de Felgueiras dista do Porto 53 km, de Braga 39 km, de Celorico de Basto 30 km, de Guimarães 17 km, de Amarante 18 km, de Lousada 14 Km, de Fafe 13 km e de Vizela 12 km.

A rede pública de transportes é assegurada por duas empresas sedeadas no concelho. Está organizada em função da rede de estradas municipais e nacionais.

Existe uma maior cobertura, a nível de transportes públicos durante o período escolar, que coincide com as necessidades de transporte dos alunos para as escolas.

A acessibilidade, por parte das freguesias mais distantes do concelho à rede de transportes públicos é mais precária, com menos horários disponibilizados e normalmente percursos mais prolongados, passando por várias freguesias, o

que dificulta bastante o acesso da população com défice de mobilidade aos Serviços de Saúde (Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] Tâmega III Vale do Sousa Norte, 2010).

O património monumental do concelho é rico e diverso, sendo de realçar no presente e entre outros, o que se integra na Rota do Românico do Vale do Sousa: Mosteiro de Pombeiro, Igreja de Airães, Igreja de Sousa, Igreja de Unhão e a Igreja de S. Mamede em Vila Verde.

Felgueiras é um dos concelhos com a população mais jovem do país e da Europa. É responsável por 50% da exportação nacional de calçado, por 1/3 do melhor Vinho Verde da Região e por um valioso património cultural. Felgueiras é um dos municípios com maior desenvolvimento do Norte do País (Câmara Municipal de Felgueiras, 2011).

Os principais polos de emprego no Norte eram, em 2001, os concelhos do Porto, São João da Madeira, Vila Nova de Cerveira e Felgueiras (INE, 2001, cit. por ACES Tâmega III Vale do Sousa Norte, 2010).

Os principais indicadores demográficos do concelho de Felgueiras, relativamente aos anos de 2001 e 2008, evidenciam que a realidade de Felgueiras se assemelha à realidade nacional, ou seja, denota um acentuado envelhecimento da população. De forma resumida, verifica-se a diminuição da taxa de natalidade (de 13,7% para 9,8%) e da taxa de fecundidade geral (de 48,6% para 35,4%), contrapondo um aumento do índice de envelhecimento (de 44,7% para 59,6%) (ACES Tâmega III Vale do Sousa Norte, 2010).

No concelho de Felgueiras existem 5 Agrupamentos de Escolas e 2 Escolas Secundárias, nomeadamente, Agrupamento de Escolas de: Airães, Idães, Lagares, Leonardo Coimbra e Manuel Faria de Sousa. As Escolas Secundárias são a de Felgueiras e a de Vila Cova da Lixa.

Os Agrupamentos de Escolas apresentam em 2011, um total de 7400 alunos distribuídos por 64 escolas.

O Agrupamento de Escolas de Idães localiza-se na freguesia de Idães, no concelho de Felgueiras. Os seus alunos são oriundos das freguesias de Idães,

Rande, Sernande, Unhão, Lordelo, Sousa, Revinhade, Santo Estêvão (Lousada), da parte Sul da freguesia de Torrados, alguns da freguesia de S. Miguel (Lousada) e de Santa Margarida (Lousada) (Agrupamento de Escolas de Idães, 2010).

Em 2010, o Agrupamento apresentava um total de 1197 alunos, distribuídos pelas 12 escolas. Em 2011 o número de alunos desceu para 1161.

Fazem parte deste Agrupamento os seguintes Jardins-de-infância: Jardim-de-Infância das Cruzes; Jardim-de-Infância da Igreja; Jardim-de-Infância da Longra; Jardim-de-Infância de Salgueiros; e Jardim-de-Infância de Rapadiça (Agrupamento de Escolas de Idães, 2011). Em 2010, os 117 alunos encontravam-se distribuídos por 6 turmas, com 8 professores. Em 2011 são 114 alunos distribuídos pelas mesmas 6 turmas, com 7 professores.

O Externato Misericórdia Nossa Senhora Rosário de Unhão (Jardim-de-Infância e 1º Ciclo) está ligado ao Agrupamento de Escolas de Idães, tendo autonomia pedagógica, sendo a sua ligação ao agrupamento meramente administrativa (Agrupamento de Escolas de Idães, 2010).

2.2 - Diagnóstico da Situação

O diagnóstico de situação é o primeiro passo no processo de Planeamento, devendo corresponder às necessidades da população. A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, do programa ou do projeto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para a otimização ou aumento da eficiência dos serviços prestadores de cuidados. O diagnóstico deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, claro; rápido e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Imperatori & Giraldes, 1986).

O diagnóstico constitui a primeira etapa do planeamento, relacionando-se diretamente com a escolha de prioridades (fase seguinte) e com a avaliação

(fase final). Será a partir da definição dos problemas de saúde da área que se começará a trabalhar na escolha de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1986).

O objetivo principal do planeamento em saúde aqui apresentado consiste em **identificar alterações nos estilos de vida das crianças do Agrupamento de escolas de Idães**. Os objetivos específicos traçados foram os seguintes:

- Conhecer os hábitos alimentares das crianças;
- Identificar os hábitos de exercício físico das crianças;
- Identificar os hábitos de sono das crianças;
- Identificar os hábitos de segurança rodoviária das crianças;
- Identificar os hábitos de higiene das crianças;
- Caracterizar as condições socioeconómicas da família das crianças;
- Verificar o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças;
- Verificar a existência de dentes cariados e/ou obturados.

Para responder de forma adequada a estes objetivos, foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal, no diagnóstico de situação. O estudo é observacional pois *“acontece quando o investigador não manipula o objeto de estudo”* (Massad, Menezes, Silveira & Ortega, 2004, p.397), é descritivo uma vez que *“fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos”* (Fortin, 2006, p.237) *“de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”* (Fortin, 2006, p.236) e transversal porque *“serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento”* (Fortin, 2006, p.252). O diagnóstico de situação, desde a colheita de dados até ao tratamento dos mesmos decorreu no período de 3 de Outubro a 15 de Novembro de 2011.

2.2.1 - População/Amostra

Segundo Imperatori & Giraldes (1986) a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito. A pertinência das atividades dependerá da medida em que o diagnóstico corresponda à realidade.

O estágio de Planeamento em Saúde foi precedido pelas Unidades Curriculares de Metodologia de Projeto I e II que, embora sendo unidades distintas se relacionam. Desde o início do Mestrado de Enfermagem Comunitária que o grupo de trabalho procurou desenvolver um trabalho que fosse ao encontro das necessidades de formação de cada elemento do grupo e simultaneamente cumprisse os requisitos do curso. O desenvolvimento de atividades na área da infância foi desde logo uma área de interesse. A Saúde Escolar surgiu assim naturalmente, pela convicção de que a Enfermagem Comunitária é aquela que deve ser desenvolvida na, com e para a comunidade.

Quando surgiu a necessidade de escolher um local de estágio e considerando a atual reestruturação dos cuidados de saúde primários foi mais do que evidente a importância dos Enfermeiros investirem na formação usando como pilar as unidades pioneiras nessa matéria. Assim, a UCC de Felgueiras foi a escolha mais lógica e pertinente, também porque geograficamente é aquela que está mais acessível aos elementos do grupo.

Nas primeiras reuniões com os orientadores, manteve-se firme a ideia de realizar planeamento em saúde na área da Saúde Escolar. Foi decidido fazer Planeamento em Saúde para identificar as alterações nos estilos de vida das crianças dos Jardim-de-infância.

Assim a população que se resolveu estudar foram as crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos que frequentam o Jardim-de-Infância no Concelho de Felgueiras.

A escolha do Concelho de Felgueiras deveu-se à localização da UCC de Felgueiras enquanto local de estágio do grupo de trabalho.

Na impossibilidade de estudar toda esta população, dado o tempo disponível para a execução do trabalho/estágio, foi necessário recorrer a uma amostra. Esta corresponde ao número de sujeitos selecionados de uma população, utilizada numa investigação (Hicks, 2006). Os alunos dos Jardins-de-infância do Agrupamento de Escolas de Idães por estarem abrangidos pela UCC onde o estágio se realizou, foram os eleitos para pertencerem à amostra deste Planeamento em Saúde.

A técnica de amostragem selecionada é a não probabilística de conveniência, pois tem por base a escolha de critérios intencional, utilizado com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo & Ferreira, 2008).

A amostra por conveniência é o *“método de seleção de sujeitos que envolve a escolha dos indivíduos mais disponíveis”* (Hicks, 2006, p. 26).

A amostra foi de 114 alunos, que frequentam os 5 Jardins-de-infância do Agrupamento. Destes 114, apenas participaram no estudo 97 crianças. A falta de participação das 17 crianças deveu-se ao facto destas estarem matriculadas mas não estarem a frequentar o ano letivo e/ou estarem ausentes por doença.

2.2.2 - Instrumentos de recolha de dados

Os Instrumentos de colheita de dados consistem num questionário (Anexo 1) dirigido aos encarregados de educação das crianças, na avaliação dos dados antropométricos (Anexo 2) e na observação dos dentes (Anexo 3) das referidas crianças.

Os Instrumentos de colheita de dados foram elaborados seguindo os princípios orientadores da DGS, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar e outros autores consultados que serão indicados ao longo desta etapa.

As áreas de promoção da saúde consideradas prioritárias pela DGS são: Saúde mental; Saúde oral; Alimentação saudável; Atividade física; Ambiente e saúde; Promoção da segurança e prevenção de acidentes; Saúde sexual e

reprodutiva; Educação para o consumo. As áreas abordadas vão de encontro às definidas no Plano de Ação da UCC. Também foi tido em consideração o facto de não ser possível a articulação com outros profissionais. Como é o caso da Enfermeira Especialista de Saúde Mental que se encontra a desenvolver outros projetos, tal como o nutricionista. Atualmente, a UCC não dispõe de psicólogo.

O questionário é *“um método de recolha de informações através das respostas dadas pelos sujeitos da amostra a questões previamente feitas pelo investigador”* (Hicks, 2000, p. 19). O questionário é *“um dos métodos mais utilizados pelos investigadores e tem como objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”* (Fortin, 2009, p. 380).

O questionário divide-se em 4 partes:

- Caraterização da criança;
- Caraterização dos hábitos alimentares/exercício físico da criança;
- Caraterização dos hábitos de higiene da criança, incluindo hábitos de higiene oral;
- Caraterização socioeconómica da família.

A avaliação dos dados antropométricos foi efetuada com o objetivo de determinar o IMC, seguindo os princípios orientadores do boletim de saúde infantil e juvenil da DGS (DGS, 2005b) e de Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006). Os dados colhidos foram registados em grelha elaborada para o efeito (Anexo 2).

A observação dos dentes foi realizada de acordo com a ficha individual de saúde oral em Saúde Escolar em uso pela equipa da Saúde Escolar da UCC e de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B (DGS, 2011). Os dados colhidos foram agrupados considerando os dentes cariados, não cariados e obturados, com o objetivo de identificar o número de crianças com alterações na saúde oral.

A operacionalização de variáveis significa expressar a variável em termos dos procedimentos através dos quais elas se manifestam e podem ser mensuráveis. A variável é

“um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas, a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuída um valor numérico” (Fortin, 2009, p. 579).

A operacionalização das variáveis do estudo encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis

Variáveis	Operacionalização
Hábitos alimentares	Nº de refeições Alimentos ingeridos ao pequeno-almoço Alimentos ingeridos no lanche da manhã e da tarde Confeção dos alimentos ingeridos ao almoço e jantar Consumo de legumes cozidos ou saladas nas refeições Consumo de sopa nas refeições principais Consumo de peixe Consumo de fruta Realização de ceia de acordo com horário de deitar Consumo de batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces Consumo de refrigerantes Ingestão de bebidas alcoólicas Identificação de situações que promovem o consumo de calorias: quando está aborrecido, zangado, triste ou quando os outros também comem; se o consumo é maior depois das aulas, do jantar ou quando vê televisão.
Serviços de saúde	Utilização tanto de serviços públicos como privados Utilização por rotina, doença ou ambas
Hábitos de Exercício Físico	Ocupação dos tempos livres Atividade física nos tempos livres Frequência da atividade física quando praticada
Hábitos de sono	Horário de deitar e acordar
Hábitos de transporte das crianças	Meio de transporte usado para ir para a escola Uso de cadeira apropriada
Hábitos de higiene da criança	Frequência semanal de banho Higiene das mãos Higiene oral Vigilância no dentista
Caraterização Familiar	Familiares que residem com a criança Caraterização laboral dos pais Grau de escolaridade do pai, da mãe e/ou encarregado de educação Hábitos às refeições: realizam as refeições juntos; local. Hábitos de ocupação nos tempos. História familiar de doença.
IMC	Avaliação do peso e altura Monitorização do IMC
Dentes	Observação dos dentes cariados, não cariados e obturados.

No dia da recolha de dados encontravam-se ausentes, por motivo de doença, 2 crianças. Pelo que não foram recolhidos os dados mas foram respondidos os questionários pelos encarregados de educação.

O tratamento de dados do questionário, da grelha de avaliação dos dados antropométricos e da observação dos dentes, foi realizado com o auxílio de *software* específico, IBM SPSS *statistics* 19.

2.2.3 - Pré-teste

O pré-teste é de enorme importância já que permite detetar erros e ambiguidades na formulação das questões, ajuda assim a reformular as questões tornando-as perceptíveis para todos (Tavares, 1990).

Segundo Fortin (2006) o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida, entre 10 e 20 pessoas da população alvo.

O pré-teste foi aplicado a 12 encarregados de educação de crianças com idade entre os 3 e os 6 anos a frequentar o Jardim-de-Infância. Os encarregados de educação foram inquiridos aquando da consulta de Saúde Infantil na UCSP Lousada 2, do ACES Tâmega III Vale do Sousa Norte no dia 18 de Outubro de 2011.

Na aplicação do pré-teste verificaram-se respostas inválidas na segunda parte do questionário (caracterização dos hábitos alimentares / exercício físico da criança), nas questões 2, 3, 5 e 17. Nestas os inquiridos optaram por respostas múltiplas invalidando as questões. Foram alteradas as indicações de preenchimento do questionário de forma a evitar futuras respostas inválidas e acrescentada a opção “quais?”.

2.2.4 - Procedimentos éticos

A Investigação em Enfermagem exige rigor, isenção, persistência e humildade, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos (Martins, 2008).

Na investigação em enfermagem aplicam-se os princípios universais da ética. Seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos dessa investigação (Grande, 2000, cit. por Martins, 2008).

Na seleção do problema o investigador deve partir para um trabalho de investigação com a certeza de que o tema que escolheu pode fazer avançar a ciência, ou então dar resposta a problemas concretos da prática (Martins, 2008). A opção de realizar planeamento em saúde sobre as alterações nos estilos de vida das crianças entre os 3 e os 6 anos aconteceu exatamente para dar resposta a uma necessidade da UCC e com o intuito de garantir a continuidade de cuidados.

A apresentação do processo de planeamento em saúde à professora responsável pela equipa PES foi uma etapa essencial bem como o pedido formal de colaboração ao Diretor do Agrupamento (Anexo 4).

A participação no projeto de investigação pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos investigados. Se a população a estudar não for autónoma, como é o caso de menores ou de indivíduos incapazes de dar o seu consentimento (doentes inconscientes), este deve ser obtido junto dos familiares ou dos tutores responsáveis pelos indivíduos (Martins, 2008). Este consentimento deve ser preferencialmente obtido por escrito (Anexo 5). A entrega de um panfleto aos encarregados de educação (Anexo 6) informando das atividades previstas foi outro aspeto considerado.

Os questionários elaborados (na etapa do Diagnóstico de Situação e para avaliação de conhecimentos após as atividades do projeto), na nota

introdutória, procuram explicar os objetivos do planeamento em saúde e do questionário. Os questionários foram elaborados pela equipa e entregues aos encarregados de educação pelas educadoras de infância. A recolha dos questionários ocorreu no prazo máximo de uma semana. Os dados colhidos através do questionário são apresentados seguidamente.

Os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes, uma vez que, segundo Martins (2008) durante todo o processo de investigação, os indivíduos devem ver a sua privacidade salvaguardada de forma absoluta.

A análise dos dados deve ser isenta e rigorosa, cuidadosamente confrontada com o que outros autores tenham observado e com real suporte nos dados recolhidos. Só assim se podem extrair conclusões válidas, e por isso, mais pertinentes (Martins, 2008).

A divulgação dos resultados é um dever ético do investigador (Martins, 2008). Assim que concluído o processo de avaliação do planeamento apresentado, este será disponibilizado na sede do Agrupamento de Escolas, tal como previamente acordado.

Acima de tudo, foi sempre tido em mente que *“competência, respeito e sentido de responsabilidade deverão ser os pressupostos de qualquer trabalho de investigação em enfermagem”* (Martins, 2008, p.5).

2.2.5 - Apresentação da análise dos dados

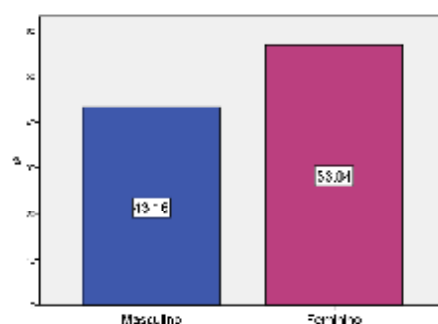
Dos 114 questionários distribuídos, 17 não foram preenchidos porque 12 alunos estavam ausentes por doença e 5, apesar de inscritos, nunca frequentaram o jardim-de-infância, restando então a análise de 97 questionários que se apresentam seguidamente.

Tabela 2 - Estatística descritiva da variável idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	97	3	5	4,08	0,74

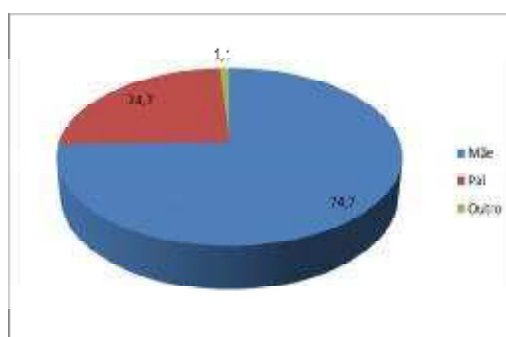
As idades das crianças variam entre os 3 e 5 anos, sendo a média de 4,08 anos.

Gráfico 1 - Distribuição de alunos por género



O gráfico nº 1 evidencia a distribuição de alunos por género, onde se verifica que 56,84 % (n= 55) de crianças são do sexo feminino e 43,16 % (n= 42) do sexo masculino. O total dos inquiridos é de nacionalidade Portuguesa.

Gráfico 2 - Distribuição de alunos por encarregado de educação



O encarregado de educação das crianças é a mãe com 74,7%, (n=73) o pai com 24,2% (n= 23) e 1,1% (n= 1) responderam outro.

Gráfico 3 - Distribuição de alunos por utilização dos serviços de saúde/doença

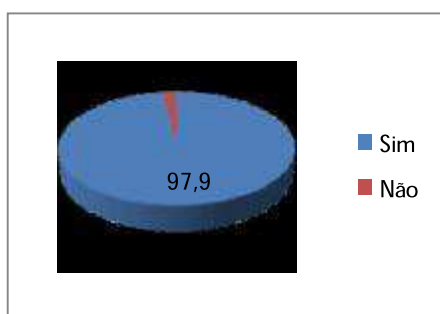
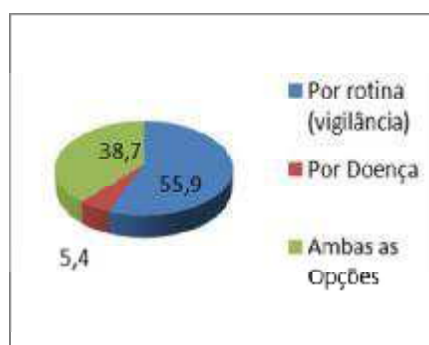
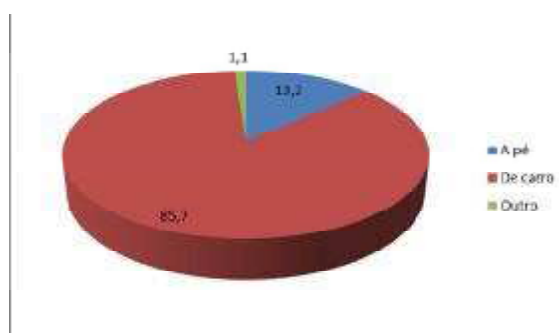


Gráfico 4 - Distribuição de alunos por utilização dos serviços de saúde/doença (2)



Quanto à utilização dos serviços de saúde, 97,9% (n= 95) referem que a criança utiliza os serviços de saúde e 2,1% (n= 2) referem que não utiliza. Quando utilizam os serviços de saúde, 55,9% (n= 54) fazem-no por rotina, 5,4% (n= 5) por doença e 38,7% (n= 38) responderam em ambas as situações.

Gráfico 5 - Distribuição de alunos por meio de transporte utilizado para ir à escola



Quanto à deslocação da criança até à escola, 85,7% (n= 83) dos inquiridos refere que a criança vai de carro, 13,2% (n= 13) referem que a criança vai a pé e 1,1% (n= 1) respondem “outro” meio.

Gráfico 6 - Distribuição de alunos por meio de transporte com utilização de cadeira apropriada/banco da frente ou banco de trás

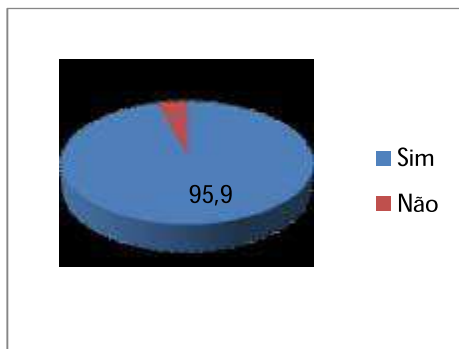
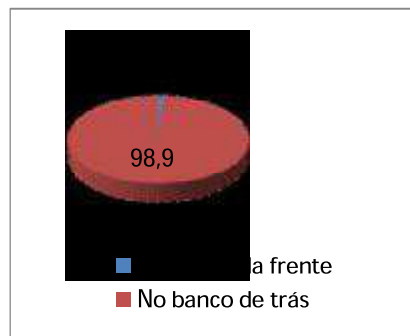


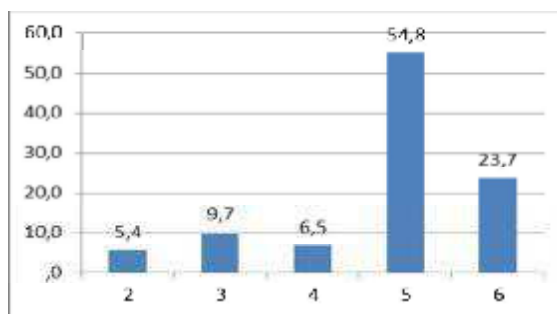
Gráfico 7 - Distribuição de alunos por transporte



Na questão: “Habitualmente, quando viajam de carro, a criança vai em cadeira apropriada?”, 95,9% (n= 93) dos encarregados de educação responderam que sim e 4,1% (n= 4) responderam que não. Quanto ao lugar da criança, 98,9% (n= 96) responderam que viaja no banco de trás e 1,1% (n= 1) responderam no banco da frente.

No grupo de questões sobre os hábitos alimentares das crianças, os resultados encontrados encontram-se nos gráficos seguintes.

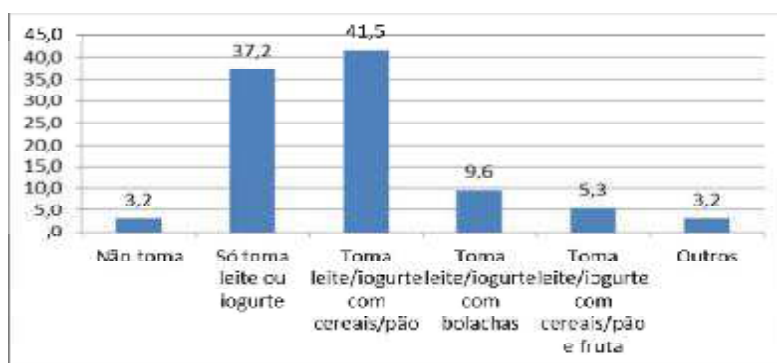
Gráfico 8 - Distribuição de alunos por nº de refeições por dia



Na questão: “Habitualmente, quantas refeições a criança faz por dia?” (gráfico nº 8), 54,8% (n= 53) dos Encarregados de Educação responderam que as

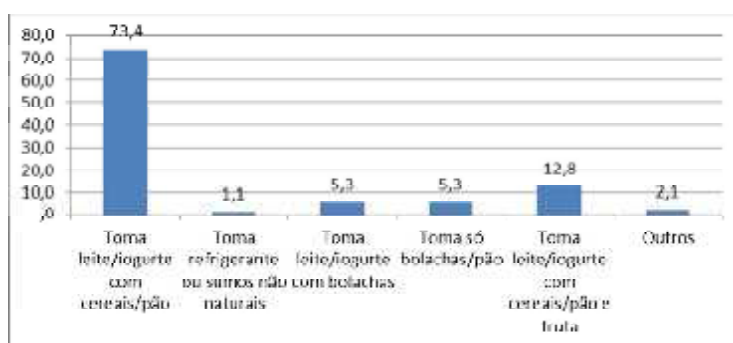
crianças fazem 5 refeições, 23,7% (n= 23) responderam 6 refeições diárias. Os restantes 21,6% (n= 21) responderam entre 2 e 4 refeições.

Gráfico 9 - Distribuição de alunos no que respeita ao pequeno-almoço



Na questão relativa à refeição do pequeno-almoço, 41,5% (n= 41) dos inquiridos responderam que as crianças tomam leite ou iogurte com cereais ou pão; 37,2% (n= 36) só toma leite ou iogurte; 9,6% (n= 9) toma leite ou iogurte com bolachas; 5,3% (n= 5) toma leite ou iogurte com cereais ou pão e fruta; 3,2% (n= 3) toma outro pequeno-almoço. 3,2% (n= 3) dos encarregados de educação referem que as crianças não tomam o pequeno-almoço.

Gráfico 10 - Distribuição de alunos no que respeita ao lanche da manhã



No que respeita ao lanche da manhã, as respostas dizem que 73,4% (n= 71) das crianças toma leite ou iogurte com cereais ou pão, 12,8% (n= 12) toma leite ou iogurte com cereais ou pão e fruta e as restantes respostas dividem-se

entre as restantes opções, sendo que 1,1% (n= 1) refere que as crianças tomam refrigerantes ou sumos não naturais (gráfico nº 10).

Gráfico 11 - Distribuição de alunos relativamente às preferências ao almoço

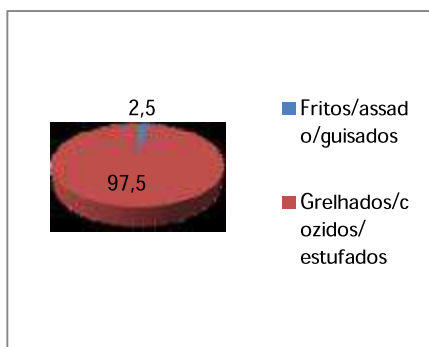
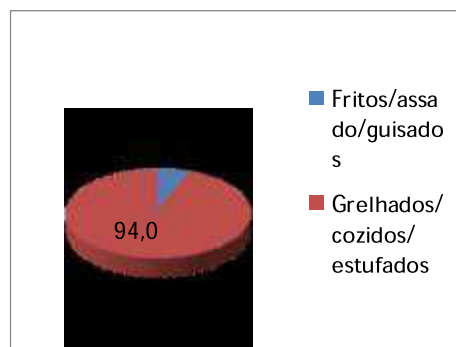
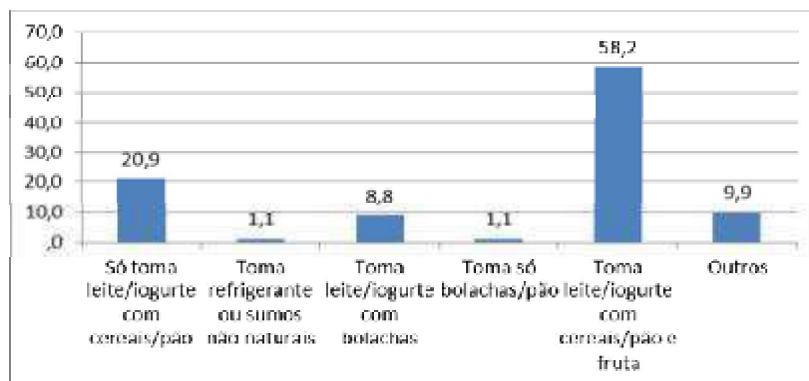


Gráfico 12 - Distribuição de alunos relativamente às preferências ao jantar



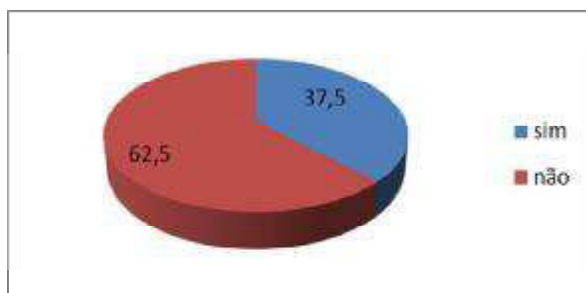
Na questão sobre a refeição do almoço 97,5% (n= 95) dos encarregados de educação referem que os educandos, habitualmente comem grelhados, cozidos ou estufados e 2,5% (n= 2) comem fritos, assados ou guisados (gráfico nº11). Quando observados os resultados referentes à refeição do jantar, os resultados são semelhantes com 94% (n= 91) de respostas para grelhados, cozidos ou estufados e 6% (n= 6) para fritos, assados ou guisados (gráfico nº 12).

Gráfico 13 - Distribuição de alunos no que respeita ao lanche da tarde



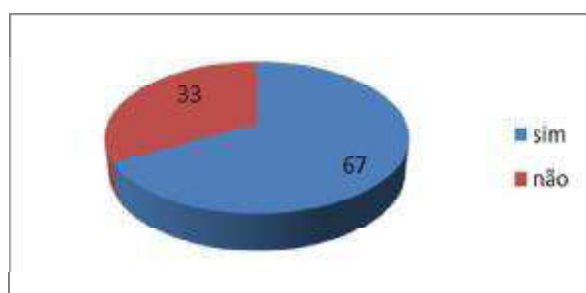
Na questão sobre o lanche da tarde, 58,2% (n= 56) dos inquiridos respondeu que a criança toma leite ou iogurte com cereais ou pão e fruta, 20,9% (n= 20) toma leite ou iogurte com cereais ou pão; 9,9% (n= 10) respondeu “outros”; 8,8% (n= 8) respondeu que a criança toma leite ou iogurte com bolachas e, 2,2% (n= 2) das crianças tomam refrigerantes ou sumos não naturais (1,1%) (n= 1) ou só come bolachas ou pão (gráfico nº 13).

Gráfico 14 - Distribuição de alunos no que respeita ao demorar mais de 2h30min a deitar-se depois do jantar



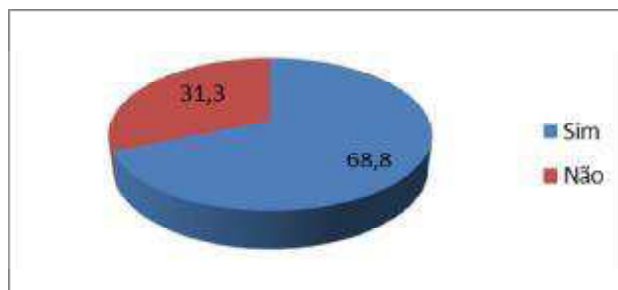
Na questão: “Habitualmente, a criança demora mais de 2h30min a deitar-se depois do jantar?”, 37,5% (n= 36) responderam afirmativamente, 62,5% (n= 61) responderam que não (gráfico nº 14).

Gráfico 15 - Distribuição de alunos no que respeita à ceia



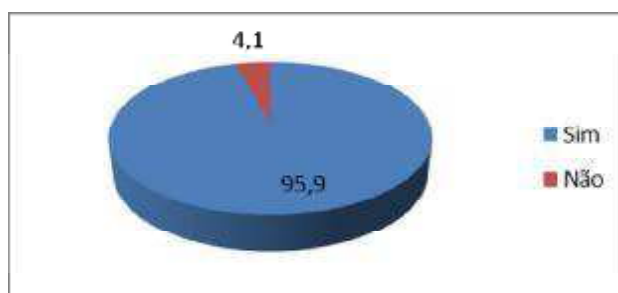
Na questão: “Habitualmente, a criança ceia?”, 67% (n= 65) dos pais responderam que sim, 33% (n= 32) responderam que não (gráfico nº 15).

Gráfico 16 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições



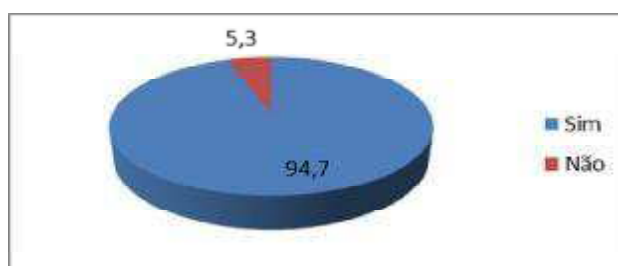
Tal como evidenciado no gráfico acima, 68,8% (n= 67) dos encarregados de educação referem que a criança come legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições ao invés dos 31,3% (n= 30) que responderam que não.

Gráfico 17 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer sopa ao almoço/jantar



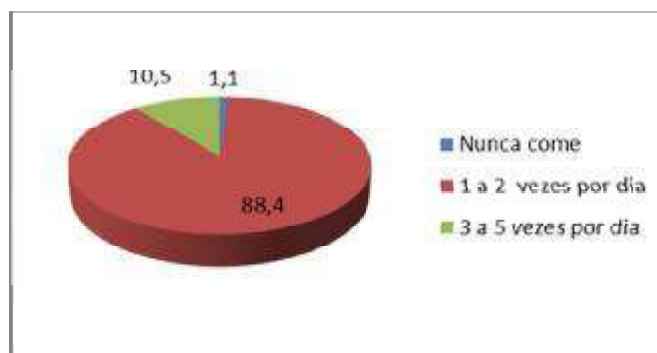
Os encarregados de educação referem que 95,9% (n= 93) das crianças comem sopa ao almoço ou ao jantar, contra 4,1% (n= 4) de respostas negativas (gráfico nº 17).

Gráfico 18 - Distribuição de alunos no que respeita ao comer peixe



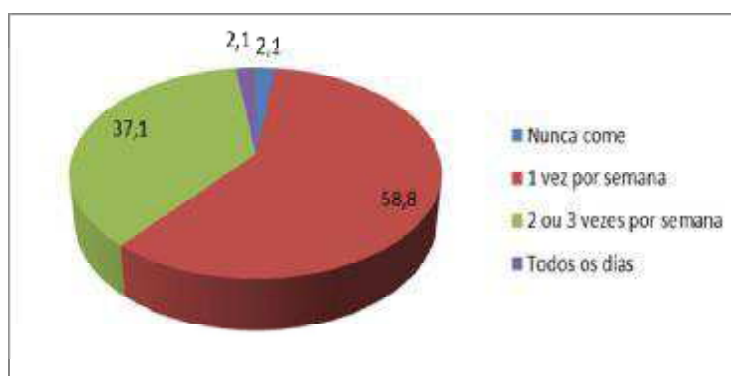
O gráfico nº 18 evidencia que os encarregados de educação dizem que 94,7% (n= 92) das crianças comem peixe habitualmente e, 5,3% (n= 5) não comem peixe habitualmente.

Gráfico 19 - Distribuição de alunos no que respeita ao consumo de fruta



Quando inquiridos sobre os hábitos de ingestão de fruta dos seus educandos, 88,4% (n= 86) dos encarregados de educação referem que a criança come fruta 1 a 2 vezes por dia, 10,5% (n= 10) referem que comem 3 a 5 vezes por dia e 1,1% (n= 1) referem que a criança nunca come fruta (gráfico nº 19).

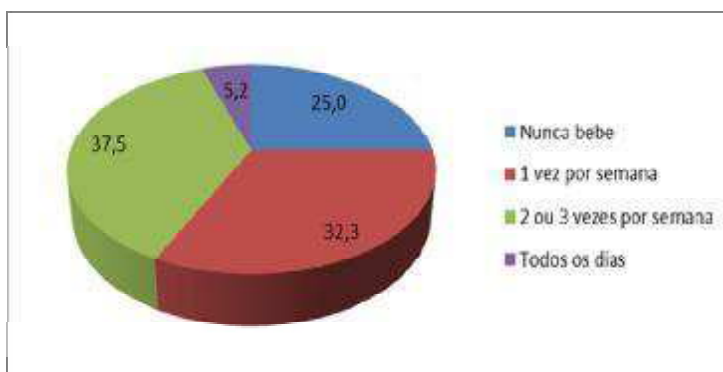
Gráfico 20 - Distribuição de alunos no que respeita à ingestão de batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces



Os hábitos das crianças relativamente à ingestão de batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces são que: 58,8% (n= 57) das crianças come 1 vez por semana, 37,1% (n= 36) come 2 ou 3 vezes por

semana, 2,1% (n= 2) comem todos os dias e os restantes nunca comem (gráfico nº 20).

Gráfico 21 - Distribuição de alunos no que respeita à ingestão de refrigerantes



As respostas relativamente ao consumo de refrigerantes apresentadas no gráfico seguinte são que 37,5% (n= 37) bebe 2 ou 3 vezes por semana, 32,3% (n= 31) bebe refrigerantes 1 vez por semana, 25% (n= 24) nunca bebe refrigerantes e 5,2% (n= 5) bebe todos os dias (gráfico nº 21).

Gráfico 22 - Distribuição de alunos no que respeita ao consumo de álcool (Bebe?)

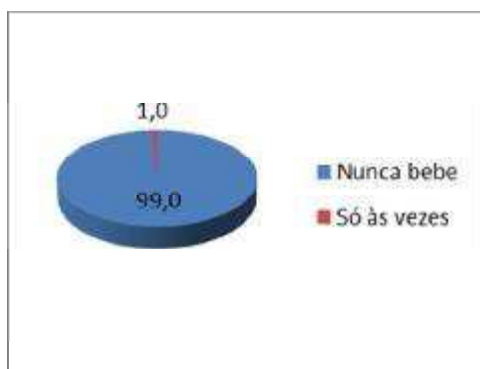
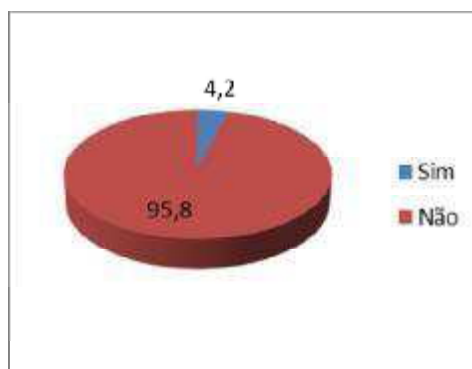


Gráfico 23 - Distribuição de alunos relativo ao consumo de álcool (já bebeu?)



Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças, 99% (n= 96) refere que a criança nunca bebe bebidas alcoólicas. Enquanto 1% (n= 1) dos inquiridos referem que a criança bebe às vezes. Quando a questão é se

alguma vez a criança já bebeu bebidas alcoólicas, 4,2% (n= 4) refere que sim e 95,8% (n= 93) refere que não.

Gráfico 24 - Distribuição de alunos no que respeita a comer mais do que o costume

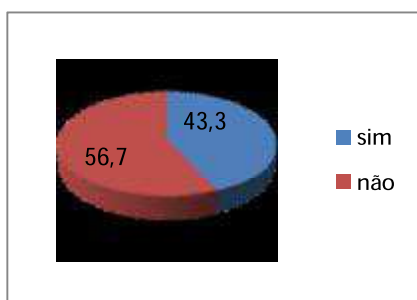
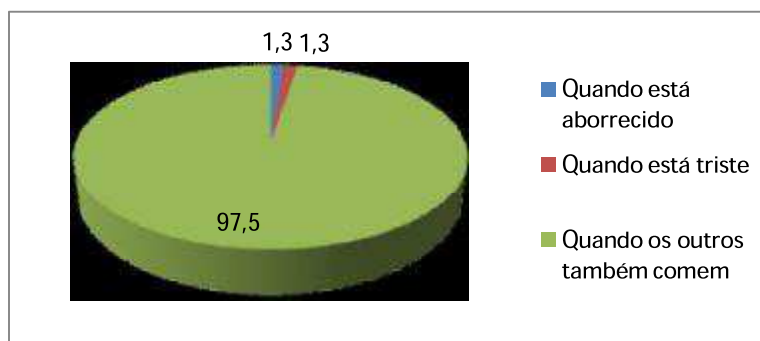


Gráfico 25 - Distribuição dos alunos sobre quando come mais do que o costume



Na questão: “Há momentos do dia em que a criança come mais do que o costume?”, 56,7% (n= 55) responderam que não e 43,3% (n= 42) responderam que sim. Destes, 87,5% (n= 85) comem mais depois das aulas, 7,5% (n= 7) quando veem televisão e 5% (n= 5) depois do jantar.

Gráfico 26 - Distribuição de alunos no que respeita a situações em que sente mais necessidade de comer



As situações em que a criança sente mais necessidade de comer são identificadas pelos encarregados de educação como quando os outros também comem em 97,5% (n= 95) dos casos, tal como indicado no gráfico (gráfico nº 26).

Gráfico 27 - Distribuição de alunos no que respeita à prática de exercício físico

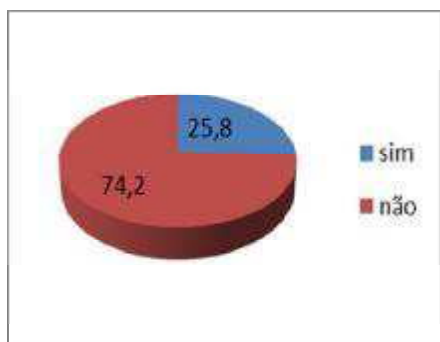
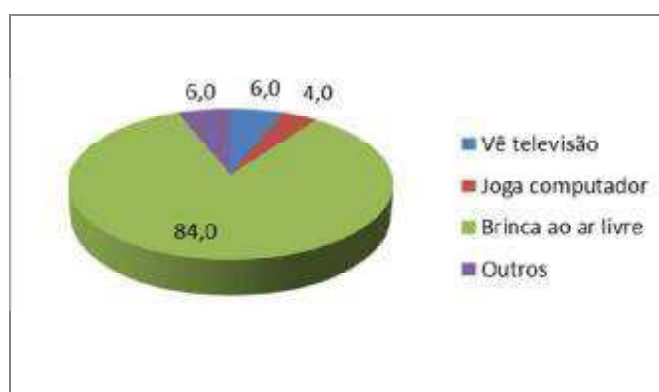


Gráfico 28 - Distribuição de alunos sobre a frequência da prática de exercício físico por semana



A prática de exercício físico é também objeto deste documento. Assim, quando inquiridos sobre a prática de exercício físico do seu educando, 74,2% (n= 72) responderam que a criança não pratica atividade física nos tempos livres e 25,8% (n= 25) referiram que pratica. Destes, 90,5% (n= 88) referem que a prática de exercício físico ocorre 2 horas por semana, 9,6% (n= 9) das respostas dividem equitativamente entre 2 a 4 horas e entre 4 a 6 horas por semana.

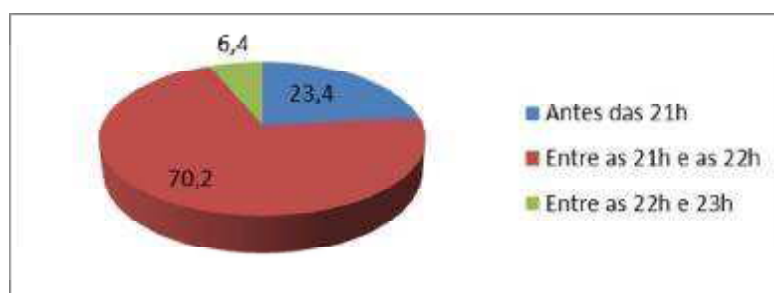
Gráfico 29 - Distribuição de alunos no que respeita às atividades realizadas nos tempos livres



Quando questionados sobre o que faz a criança nos tempos livres, 84% (n= 81) referem que a criança brinca ao ar livre, os restantes 16% (n= 16) no seu

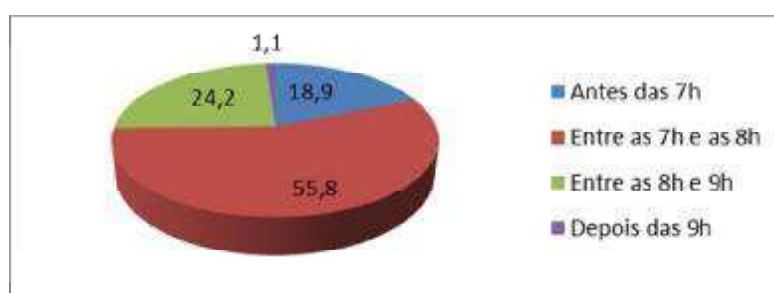
tempo livre veem televisão, jogam computador ou fazem outras atividades (gráfico nº 29).

Gráfico 30 - Distribuição de alunos no que respeita a que horas vão para a cama



Quanto aos hábitos de sono da criança, evidenciados no gráfico anterior, os encarregados de educação referem que a criança, habitualmente, vai para a cama, em 70,2% (n= 68) dos casos, entre as 21h e as 22h, em 23,4% (n= 23) dos casos, as crianças vão para a cama antes das 21 horas e, em 6,4% (n= 6) dos casos, entre as 22h e as 23h (gráfico nº 30).

Gráfico 31 – Distribuição de alunos no que respeita a que horas se levantam de manhã



Quanto à hora de acordar 55,8% (n= 55) das crianças acorda entre as 7 e as 8 horas, 24,2% (n= 23) entre as 8 e as 9 horas. 18,9% (n= 18) das crianças acordam antes das 7 horas e 1,1% (n= 1) das crianças acorda depois das 9 horas (gráfico nº 31). A média de sono das crianças é de 10h 30min.

Os encarregados de educação foram inquiridos relativamente aos hábitos do banho, da higiene das mãos e da higiene oral.

Gráfico 32 - Distribuição de alunos que respeita a hábitos de higiene (banho)

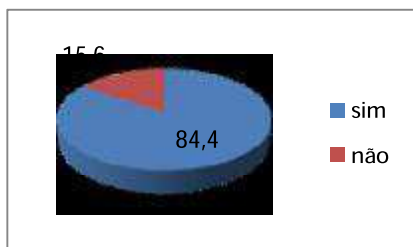
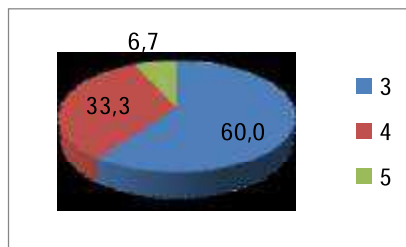


Gráfico 33 - Distribuição de alunos relativamente à frequência de banho por semana



Segundo os encarregados de educação, 84,4% (n= 82) das crianças toma banho diariamente enquanto 15,6% (n= 15) das crianças que não tem este hábito. Deste último grupo 60% (n=59) toma banho 3 vezes por semana, 33,3% (n=32) toma banho 4 vezes por semana e 6,7% (n= 6) toma banho 5 vezes por semana.

Gráfico 34 - Distribuição de alunos relativamente à lavagem das mãos antes das refeições

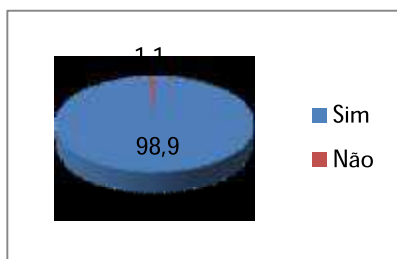
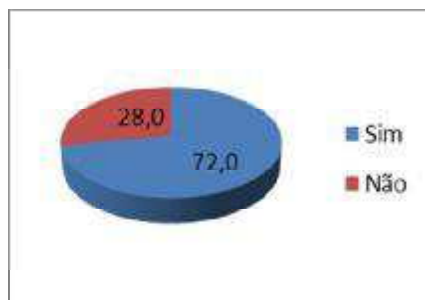


Gráfico 35 - Distribuição de alunos relativamente à lavagem das mãos após as refeições



O gráfico nº 34 indica que 98,9% (n= 96) das crianças lavam as mãos antes das refeições e 1,1% (n= 1) não lavam. Após as refeições, 72% (n= 70) das crianças lavam as mãos enquanto 28% (n= 27) das crianças não lavam (gráfico nº35).

Gráfico 36 - Distribuição de alunos no que respeita à lavagem das mãos antes das idas ao WC

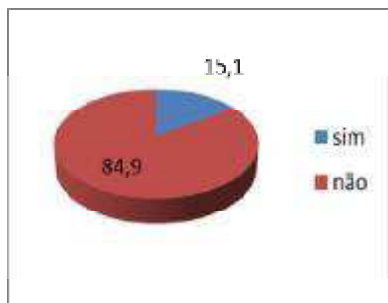
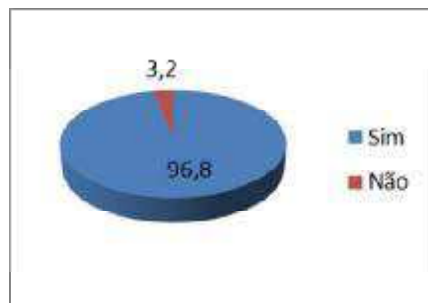
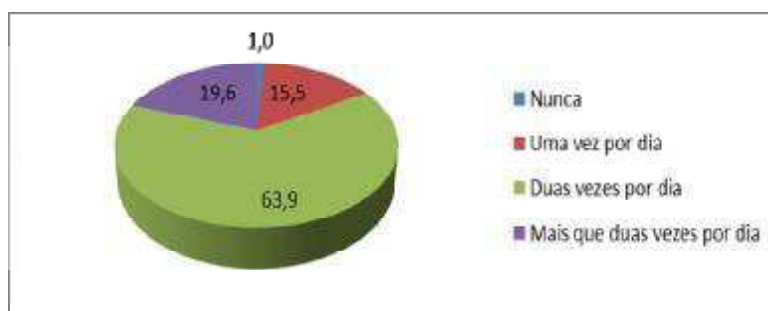


Gráfico 37 - Distribuição de alunos no que respeita à lavagem das mãos após as idas ao WC



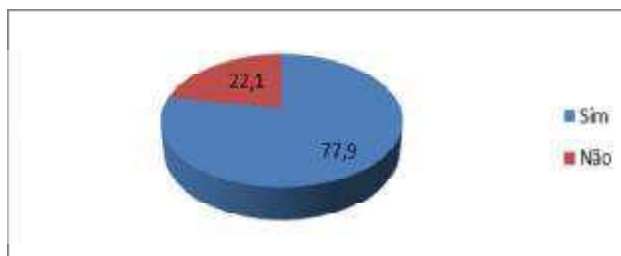
Os hábitos de higiene das mãos antes de ir à casa de banho (wc) foram identificados por 15,1% (n= 15) dos encarregados de educação contrapondo com os 84,9% (n= 82) dos que responderam que as crianças não lavam as mãos antes de ir ao wc. Após ir ao wc 96,8% (n= 94) dos encarregados de educação referem que as crianças lavam as mãos e 3,2% (n= 3) referem que as crianças não lavam as mãos.

Gráfico 38 - Distribuição de alunos no que respeita ao hábito de escovagem dos dentes



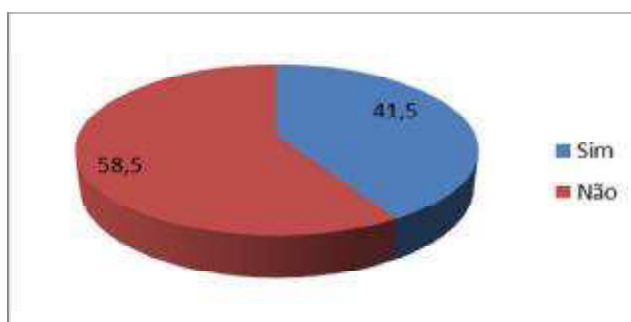
O gráfico anterior apresenta o hábito de escovagem dos dentes das crianças. 63,9% (n= 62) dos encarregados de educação responderam que as crianças lavam os dentes duas vezes por dia, 19,6% (n= 19) lavam mais do que duas vezes, 15,5% (n= 15) lavam uma vez e 1,0% (n= 1) não lavam os dentes.

Gráfico 39 - Distribuição de alunos no que respeita ao hábito de lavagem dos dentes na escola



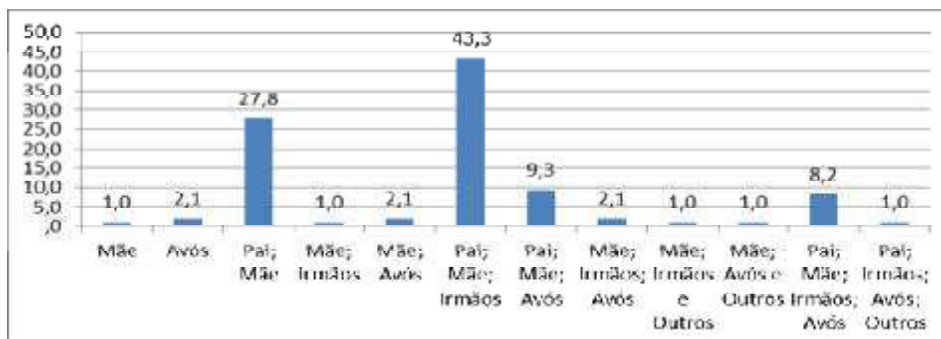
Quanto à escovagem na escola, 77,9% (n=75) referem que a criança lava os dentes na escola e 22,1% (n= 22) referem que não a criança não lava os dentes na escola (gráfico nº 39).

Gráfico 40 - Distribuição de alunos no que respeita à visita ao dentista/por ano



Quando questionados sobre as visitas da criança ao dentista, 58,5% (n= 57) dizem que a criança vai ao dentista pelo menos uma vez por ano e 41,5% (n= 40) dizem que não vai (gráfico nº 40).

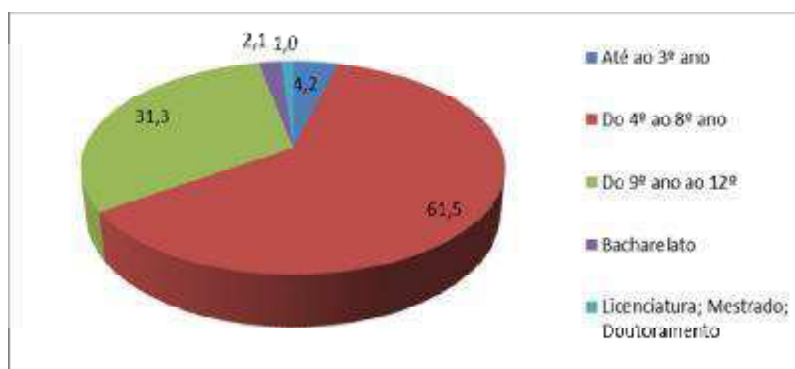
Gráfico 41 - Distribuição de alunos no que respeita aos familiares que vivem com a criança



A última parte do questionário procura caracterizar a família da criança. A criança reside com os pais e os irmãos em 43,3% (n= 42) dos casos, 27,8% (n= 27) com os pais, 9,3% (n= 9) com os pais e avós, 8,2% (n= 8) com os pais, irmãos e avós e os restantes só com um dos progenitores e outros familiares (gráfico nº 41).

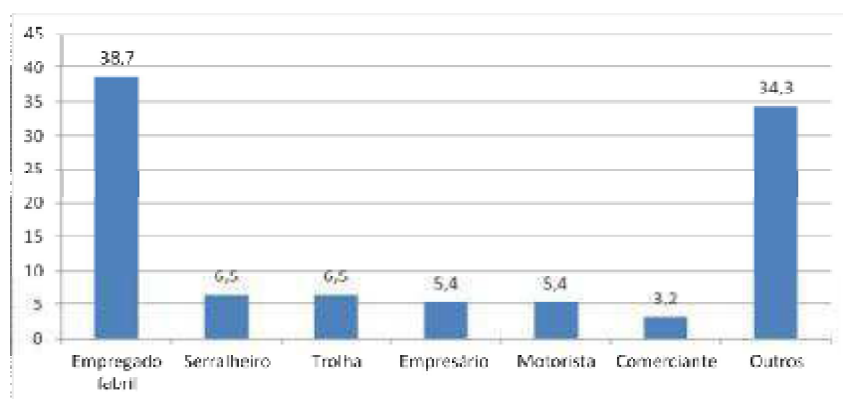
A caracterização dos pais quanto à profissão e grau de escolaridade encontra-se nos gráficos seguintes.

Gráfico 42 - Distribuição de alunos no que respeita à formação académica do pai



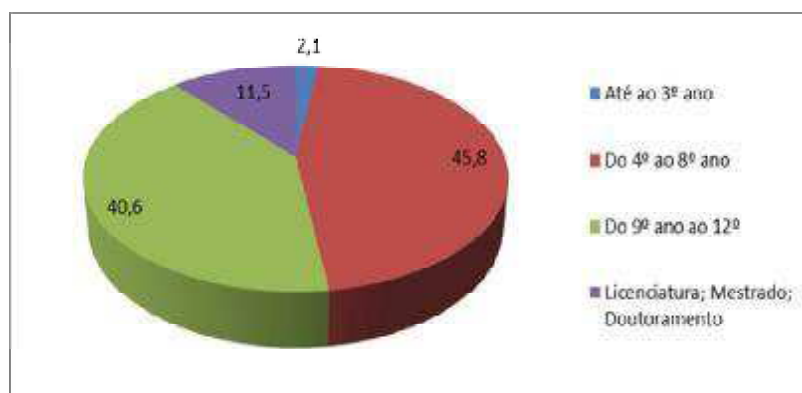
Relativamente ao pai, de acordo com o gráfico nº 42, observamos que 4,2% (n= 4) têm menos do 4º ano de escolaridade, 61,5% (n= 60) dos pais têm entre o 4.º e o 8.º ano de escolaridade, 31,3% (n= 30) têm uma escolaridade compreendida entre o 9º ano e 12º ano e 3,1% (n= 3) apresentam um grau académico igual ou superior a Bacharelato.

Gráfico 43 - Distribuição de alunos no que respeita à profissão do pai



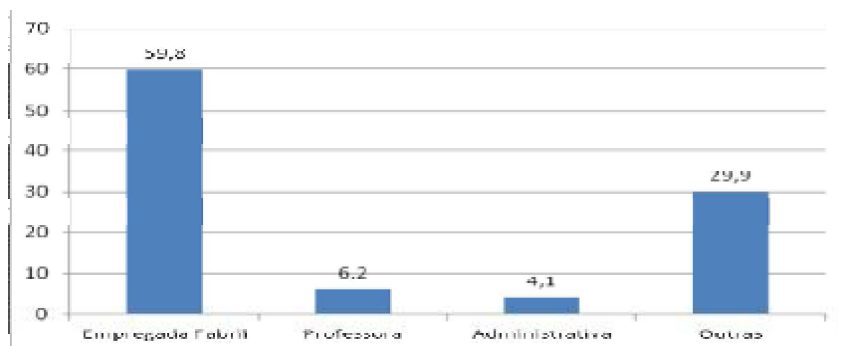
Quanto à profissão 38,7 % (n= 38) trabalham em fábricas, 13,0% (n=13) são serralheiros (6,5%) ou trabalhadores da construção civil (6,5%), 10,8% (n= 10) são motoristas (5,4%) ou empresários (5,4%), 3,2% (n= 3) comerciantes, sendo que 34,3% (n= 33) distribuídos por outras profissões.

Gráfico 44 - Distribuição de alunos no que respeita à formação académica da mãe



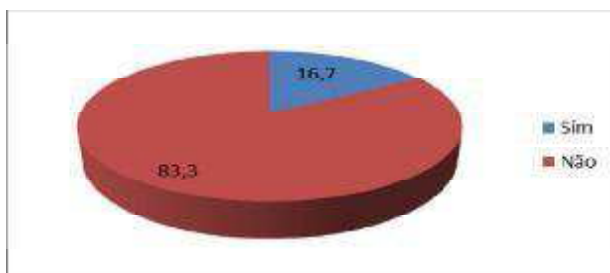
O grau de escolaridade da mãe encontra-se distribuído da seguinte forma: 2,1% (n= 2) com grau inferior ao 4º ano, 45,8% (n= 45) com escolaridade compreendida entre o 4º e 8º ano de escolaridade, 40,6% (n= 39) entre o 9º e 12º ano e 11,5% (n= 11) apresentam um grau académico igual ou superior a Bacharelato (gráfico nº 44).

Gráfico 45 - Distribuição de alunos no que respeita à profissão da mãe



Quanto à profissão da mãe, segundo o gráfico nº 45, 59,8% (n= 58) trabalham numa fábrica, 6,2% (n= 6) são professoras, 4,1% (n=4) administrativas, restando 29,9% (n= 29) distribuídos por outras profissões.

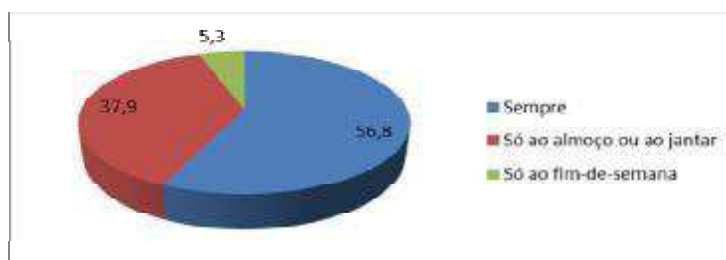
Gráfico 46 - Distribuição de alunos no que respeita a um coabitante desempregado



No gráfico nº 46, constata-se que 16,7% (n= 16) das crianças tem pelo menos um familiar coabitante desempregado.

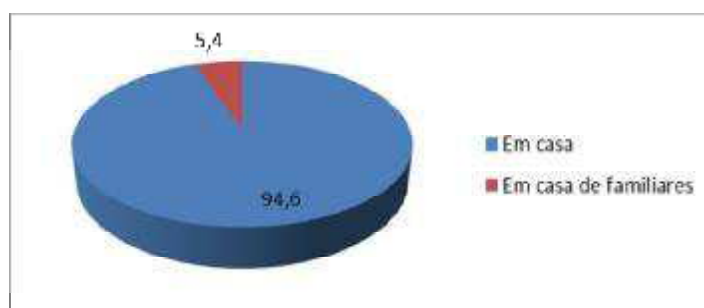
A caracterização da família quanto aos seus hábitos sociais é descrita nos gráficos seguintes.

Gráfico 47 - Distribuição de alunos no que respeita à reunião da família às refeições



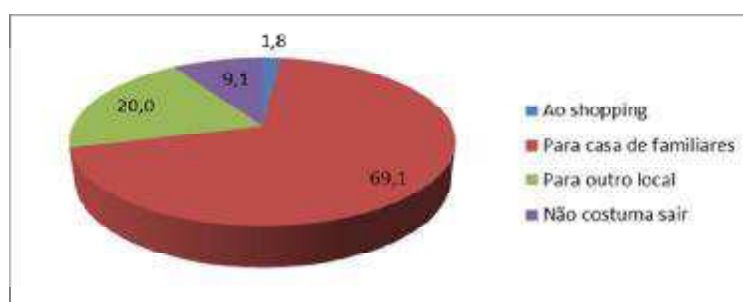
Quanto à questão: “Habitualmente, a família junta-se para as refeições?”, 56,8% (n= 55) respondeu sempre, 37,9% (n= 37) respondeu só ao almoço ou ao jantar e 5,3% (n= 5) respondeu que só se junta ao fim-de-semana.

Gráfico 48 - Distribuição de alunos no que respeita ao local onde a família almoça e janta



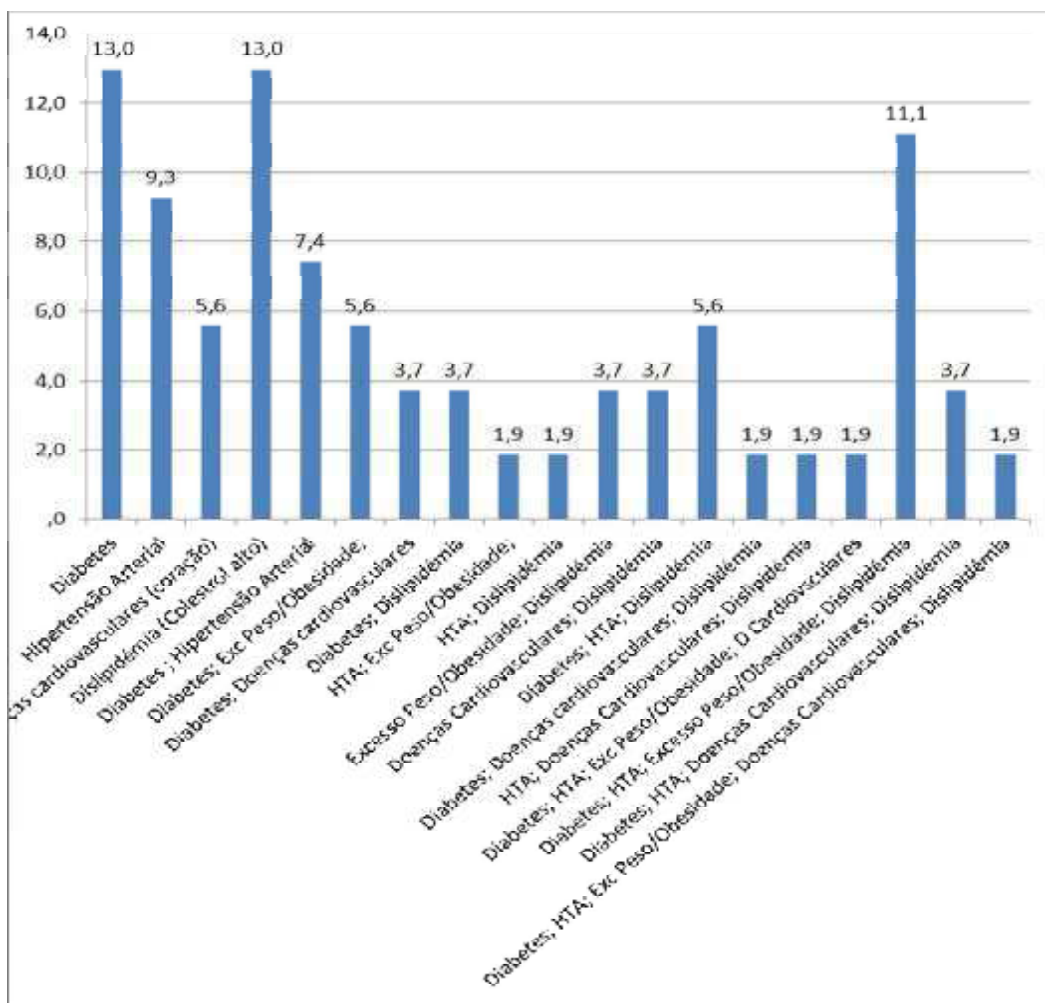
No que diz respeito ao local onde a família almoça e janta, 94,6% (n= 92) fazem as refeições em casa e 5,4% (n= 5) em casa de familiares (gráfico nº 48).

Gráfico 49 - Distribuição de alunos no que respeita aos locais onde a família habitualmente gosta de ir passear



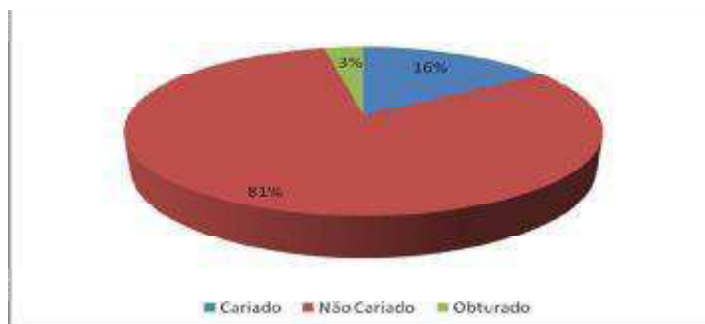
Relativamente aos tempos livres 69,1% (n= 67) das famílias vai para casa de outros familiares, 9,1% (n= 9) não costuma sair e 1,8% (n= 1) vão ao shopping (gráfico nº 49).

Gráfico 50 - Distribuição de alunos no que respeita à história de doença na família



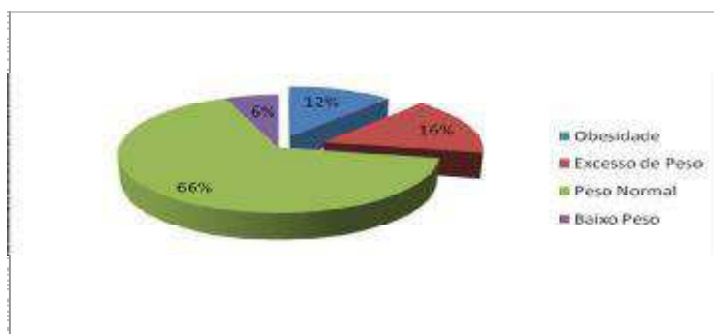
A análise do gráfico 50 revela que as doenças familiares mais prevalentes são a diabetes e dislipidémia com 13 % (n= 13), a hipertensão arterial com 9% (n= 9), doenças cardiovasculares com 5,6% (n= 5), surgindo uma associação de doenças tais como: diabetes, hipertensão arterial, excesso de peso/obesidade e dislipidémia com uma percentagem de 11,1% (n= 11), hipertensão arterial e diabetes com 7,5% (n= 7), diabetes, excesso de peso/obesidade com 5,6% (n=5) e diabetes, hipertensão arterial e dislipidémia também com 5,6% (n= 5).

Gráfico 51 - Distribuição de alunos no que respeita ao estado dos dentes



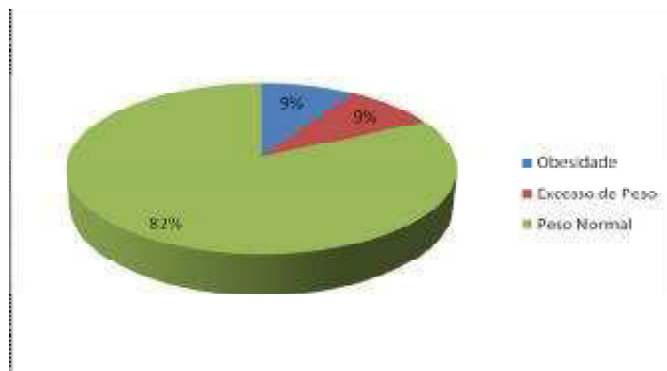
Após o tratamento dos dados relativos à observação dos dentes de todas as crianças, observa-se que 81% (n= 79) das crianças não tem dentes cariados, 16% (n=15) tem pelo menos 1 dente cariado e 3% (n= 3) tem pelo menos 1 dente obturado, tal como apresentado no gráfico anterior (gráfico nº 51).

Gráfico 52 - Distribuição de alunos no que respeita ao IMC de alunos do sexo feminino



A avaliação do IMC e posterior tratamento de dados para a avaliação de percentil permite a análise dos dados apresentados nos gráficos seguintes. Das meninas avaliadas (n=50), 66% (n= 33) apresentam peso normal, 16% (n= 8) apresentam excesso de peso, 12% (n= 6) são obesas e 6% (n= 3) estão com baixo peso (gráfico nº 52).

Gráfico 53 - Distribuição de alunos no que respeita ao IMC dos alunos do sexo masculino



Dos meninos avaliados (n=45), 82% (n= 37) apresentam peso normal, 9% (n= 4) têm excesso de peso e 9% (n= 4) são obesos (gráfico nº 53).

2.2.6 - Discussão dos resultados

As crianças do Agrupamento de Escolas de Idães que frequentam o Jardim-de-Infância têm idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, sendo cerca de 57% meninas e 43% meninos. Maioritariamente, a mãe assume o papel de encarregado de educação. As crianças utilizam os serviços de saúde (privados ou públicos) principalmente por rotina (vigilância). A vigilância de saúde da criança de acordo com as indicações da DGS (2005b) é fundamental para monitorizar e acompanhar o desenvolvimento da criança garantindo o seu crescimento saudável.

O conhecimento sobre os estilos de vida das crianças é essencial. A promoção e educação para a saúde começa pelo conhecimento dos hábitos e rotinas das crianças e família para melhor compreender o que se deve manter, reforçar ou alterar.

Segundo a APSI (2011) Portugal é o pior país da União Europeia relativamente à segurança rodoviária, com taxas de mortalidade infantil equivalentes ao dobro da média europeia. No entanto os encarregados de educação referem que as crianças viajam no banco de trás e em cadeira apropriada (95,9%). A

maioria das crianças vai de carro para a escola mas 13% vão a pé. A intervenção a este nível pode ser necessária, no entanto não foram recolhidos dados que o comprovem.

A alimentação infantil segue a adequação como regra fundamental. Não apenas à idade mas também à criança, aos hábitos da família e da sociedade. Não só os alimentos são importantes mas também o ritual que os acompanha, como os horários, tudo com bom senso (Cordeiro, 2009).

O número de refeições diárias varia entre as 6 refeições feitas por cerca de 24% das crianças, as 5 refeições feitas por aproximadamente metade das crianças e os 21% que fazem entre 2 e 4 refeições. Santos (2005) refere no seu estudo “Hábitos Alimentares de Crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico” que 65% das crianças inquiridas fazem 4 refeições diárias.

Estes e outros estudos salientam a necessidade de intervir nesta temática uma vez que, se recomenda que a distribuição da comida necessária diariamente deve ser repartida por várias refeições, em intervalos de 3 a 4 horas, com pequeno-almoço suficiente, completo e equilibrado (Belliot, 1986; Peres, 1994; Edideco, 1996, cit. por Santos, 2005).

O pequeno-almoço é a primeira e principal refeição do dia, é fundamental que todas as crianças tomem o pequeno-almoço e que este seja equilibrado. Apesar de 40% das crianças tomar leite ou iogurte com cereais ou pão e 10% tomar leite ou iogurte com bolachas, 3% das crianças não tomam o pequeno-almoço e nenhuma das crianças come fruta e 37% só toma leite ou iogurte.

O lanche da manhã e da tarde é variado sendo positivo que a maioria das crianças beba leite ou coma iogurte.

A confeção dos alimentos é também essencial e da responsabilidade dos educadores. Segundo os encarregados de educação, tanto ao almoço como ao jantar, as crianças comem habitualmente refeições grelhadas, cozidas ou estufadas, sendo por isso refeições maioritariamente saudáveis. A grande maioria come sopa ao almoço ou ao jantar, tal como comem habitualmente peixe. E mais de 60% come legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições.

O estudo de Mendes & Forte (2011) apresenta resultados semelhantes. Quando inquiridas, as crianças entre os 7 e 10 anos, de 3 escolas do 1º ciclo da cidade de Fátima, referem comer sopa às principais refeições (80,9%), quando a sopa estava presente. No mesmo estudo se houvesse vegetais no prato principal, 66,4% comiam sempre, 31,8% comiam “às vezes” e 1,8% nunca comiam.

Os resultados obtidos indicam que 94% das famílias referem almoçar e jantar em casa, é positivo que sigam as recomendações para uma alimentação saudável. O facto da família se juntar para as refeições em 57% dos casos será positivo para que todos tenham hábitos alimentares saudáveis, pois uma família que diariamente se consegue juntar para partilhar as suas refeições está sem dúvida a contribuir para um espaço de convívio onde se reforçam os laços de afeto entre todos (Abreu, 2009).

Os 38% que se juntam só ao almoço ou ao jantar e os 5% que só se juntam ao fim de semana poderão não ter hábitos saudáveis partilhados por toda a família mas tal situação não foi objeto de estudo.

A ceia não é uma refeição essencial, desde que após o jantar a criança não passe demasiado tempo acordada.

Tabela 3 – Hábitos de ceiar e a sua necessidade

		Habitualmente a criança ceia?		
		Sim	Não	Total
Habitualmente a criança demora mais de 2h30min a deitar-se depois de jantar?	Sim	28	8	36
	Não	36	24	60
Total		64	32	96

Assim, cruzando as questões sobre se a criança habitualmente ceia e se demora mais de 2h30min a deitar-se após o jantar (Tabela 3), verifica-se que

cerca de 30 crianças habitualmente demoram mais de 2h30min a deitar-se depois do jantar, o que será adequado. Tal como as 24 crianças que não demoram mais de 2h30 a deitar-se depois do jantar e também não ceiam. No entanto 36 crianças ceiam apesar de se deitarem num intervalo de tempo inferior a 2h30min após o jantar e quase 10 crianças não ceiam apesar de habitualmente demorarem mais de 2h30min a se deitarem depois do jantar, sendo por isso mais de 40 crianças com hábitos não aconselhados.

O estudo de Santos (2005), com crianças em idade de frequentar as escolas do 1º Ciclo da localidade de Montalegre, em relação a ceia, refere que, quando questionados 78% dos encarregados de educação dizem que o seu educando faz esta refeição.

O consumo de fruta é também essencial para uma alimentação saudável. A DGS recomenda o consumo de 3 a 5 peças de fruta diárias. Segundo os encarregados de educação as crianças comem fruta pelo menos 1 a 2 vezes por dia (88,4%) o que é considerado insuficiente. Embora o consumo 1 vez por dia possa não corresponder a 1 porção de fruta (tal não foi explícito no questionário), foi entendido que mesmo que este seja superior mantém-se um hábito errado pois, este consumo deve ser realizado ao longo do dia, mantendo-se assim a importância de intervir nesta área. O estudo de Mendes e Forte (2011) apresenta dados semelhantes pois apenas 22% das crianças consomem 3 ou mais vezes fruta por dia e os restantes 78% consomem fruta duas ou menos vezes por dia.

Depois do primeiro ano de vida e até à idade escolar, são frequentes alguns erros alimentares, que se tornam verdadeiros maus hábitos com consequências determinantes para a vida da criança, quer nesta idade, quer sobretudo depois, na vida adulta. Por exemplo, ingestão exagerada de guloseimas, gelados, batatas fritas e refrigerantes (Cordeiro, 2009).

Os encarregados de educação referem que 2% das crianças nunca comem batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces mas, 58,8% das crianças comem 1 vez por semana, 37,1% come 2 ou 3 vezes por semana e 2,1% comem todos os dias. Esta é sem dúvida uma área de

intervenção. Os refrigerantes ocupam de igual forma um lugar negativo de destaque, pois 37,5% bebe refrigerantes 2 ou 3 vezes por semana, 32,3% bebe refrigerantes uma vez por semana e 5,2% bebe todos os dias. De realçar que 25% das crianças nunca bebe refrigerantes.

As crianças em estudo não consomem bebidas alcoólicas apesar de 4% já terem provado e 1% beber às vezes.

O estudo realizado por Santos (2010a) em crianças de um externato lisbonense, com idades entre os 3 e os 7 anos, indica que 34,2% das crianças comem 1 a 3 vezes por semana chocolate, e ainda 20,6% ingere snacks de chocolate 1 a 3 vezes por semana.

Mendes e Forte (2011) no seu estudo, também indicam que em relação à frequência do consumo de doces (chocolates, rebuçados, bolachas, chupas, gelados, bolos, etc.), 5,5% das crianças consumiam todos os dias vários doces, 16,4% das crianças consumiam todos os dias um doce, e 54,5% das crianças apenas consumiam doces nalguns dias da semana. O estudo referido refere também que a bebida eleita pelas crianças, nas principais refeições, foi a água, em 82,7%. No entanto, 64,6% referiram consumir refrigerantes com regularidade.

Apesar da aplicação do questionário, considerou-se fundamental avaliar as crianças presencialmente. As crianças com o percentil de peso entre os 5 e os 85 são consideradas como tendo o peso normal, sendo que este difere de meninas para meninos. Das meninas avaliadas verificou-se que 16% apresentam excesso de peso, 12% são obesos e 6% estão com baixo peso, sendo tal facto preocupante. Dos meninos avaliados 9% têm excesso de peso e 9% são obesos.

O estudo de Santos (2010a) já referido indica que a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 44,3% (20,8% de excesso de peso e 23,5% de obesidade).

O estudo de Mendes e Forte (2011) também já referido, na avaliação de IMC refere que 2,7% das crianças têm peso baixo, 70% das crianças têm peso normal, 17,3% das crianças têm excesso de peso e 10% das crianças têm

obesidade, o que perfaz uma percentagem de 27,3% com excesso de peso e obesidade.

Ainda outro estudo, de Santos (2010a), realizado em 20 centros de saúde nacionais em crianças portuguesas entre os 2 e os 5 anos, indica que 19,0% das crianças apresentavam pré obesidade, 13,9% apresentavam obesidade e 32,9% das crianças apresentavam obesidade.

Saber em que momento do dia as crianças comem mais é relevante para se criarem estratégias para, se necessário, diminuir esse consumo. Os inquiridos responderam que 56% das crianças inquiridas não têm momentos em que comem mais mas, 43% têm. Estas, habitualmente comem mais depois das aulas. Também são identificados pelos encarregados de educação os momentos em que os outros também comem, como sendo os momentos de maior consumo das crianças. O que comprova que as crianças são influenciadas pelos outros, sendo a família o fator mais relevante nesta faixa etária. Uma vez que este é um momento da responsabilidade da família, é importante educar as crianças e os pais para que este consumo não seja exagerado.

A prática de exercício físico aliada a hábitos alimentares saudáveis é a receita de sucesso para um desenvolvimento saudável. Quando questionados sobre a prática de exercício dos seus educandos, 74% dos inquiridos respondeu que a criança não pratica atividade física nos tempos livres. Das crianças que praticam exercício físico 90% pratica apenas 2 horas por semana, sendo por isso também insuficiente.

No entanto, quando questionados sobre as atividades da criança nos tempos livres, a grande maioria respondeu que a criança brinca ao ar livre, o que é positivo.

O estudo de Santos (2010a) já referido anteriormente, realizado a crianças com idades entre os 3 e os 7 anos, menciona que 52,3% das crianças não pratica um desporto extracurricular.

A análise dos hábitos de sono das crianças permite referir que as crianças em estudo dormem em média 10h30min por noite, seguindo assim as

recomendações para crianças entre os 3 e os 5 anos (Cordeiro, 2009). Este não é portanto um problema identificado.

Tabela 4 - Cruzamento de dados sobre os hábitos de sono

		Habitualmente, a que horas a criança acorda?				Total
		Antes das 7h	Entre as 7h e as 8h	Entre as 8h e 9h	Depois das 9h	
Habitualmente, a que horas a criança vai para a cama?	Antes das 21h	7	14	1	0	22
	Entre as 21h e as 22h	11	37	16	1	65
	Entre as 22h e 23h	0	1	5	0	6
Total		18	52	22	1	93

O estudo com crianças portuguesas entre os 3 e os 7 anos, realizado por Santos (2010a) relativamente às horas que as crianças dormem durante a noite, apresenta resultados semelhantes pois demonstra que, 31,9% das crianças dormem cerca de 9 horas por noite, e 27,7% dorme cerca de 10 horas por noite.

O banho e a higiene das mãos são hábitos que devem fazer parte de uma educação continuada e responsável na qual o exemplo dos pais e outros educadores é fundamental. O conhecimento teórico não basta sendo necessário a interiorização dos hábitos através da prática diária (Cordeiro, 2009).

Segundo os encarregados de educação 84% das crianças toma banho diariamente mas 16% não o faz, sendo que destes 60% só tomam banho 3 vezes por semana.

O estudo de Esteves e Anastásio (2011), apresenta resultados inferiores para o banho diário. Segundo os autores, no estudo que realizaram a crianças em dois Jardins-de-infância portuguesas, referem que quando questionadas acerca da frequência e do momento do banho, 38,1% referem que tomam banho todos os dias seja “todos os dias à noite” ou “todos os dias de manhã” e os outros

62,9% tomam banho “uns dias à noite”, “uns dias de manhã” ou “uns dias à noite e uns dias de manhã”.

A higiene das mãos é um dos mais eficientes métodos de prevenção de doenças. Este é um comportamento que deve ser aprendido desde cedo e quando a criança tem autonomia deve ser reforçado pelos educadores.

Quando inquiridos sobre a higiene das mãos os encarregados de educação referem que 98% das crianças lavam as mãos antes das refeições mas após as refeições o número diminui para 72%. Já a higiene das mãos antes de ir ao WC é realizada por 85% das crianças e após a ida ao WC, por 97% das crianças. Estes dados não refletem os dados referidos por José Tereso citado pela Pública (2008, p. 12) que refere que *“De acordo com a OMS, a proporção de pessoas que lavam as mãos com sabão ou sabonete em 'momentos críticos' (...) varia entre zero e 34 por cento.”*

Os resultados do estudo de Esteves e Anastásio (2011) já referido, apresentavam resultados semelhantes pois indica que, as crianças quando questionadas sobre se lavam muitas vezes as mãos por dia, 90,5% responderam que “sim”, 7,1% que “não” e 2,4% “não sei”. Os momentos em que as crianças deste estudo praticam esta ação foram igualmente alvo de análise. Quando questionados se lavam as mãos “antes de comer”, 88,1% respondeu que “sim”, 9,5% respondeu que “não” e 2,4% não respondeu. No que diz respeito ao momento “depois de ir à casa de banho”, 81% respondeu que “sim” e 16,7% que “não”.

Segundo Cordeiro (2009) curiosa e paradoxalmente, a cárie dentária não representa uma fonte de preocupação para muitos pais mas, é a doença mais frequente da população juvenil e, simultaneamente, a sua prevenção é eficaz e eficiente, existindo já todos os saberes que permitem baixar, de modo fácil e económico, a sua incidência e a sua prevalência para valores de cerca de um quinto dos valores atuais.

Quando inquiridos sobre os hábitos de escovagem dos dentes das crianças 20% responderam que as crianças lavam os dentes mais do que duas vezes

por dia, 64% responderam que as crianças lavam os dentes duas vezes por dia mas 15% lavam apenas uma vez e 1% não lava os dentes.

Apesar da escovagem de dentes estar implementada em todas as escolas do agrupamento, segundo os encarregados de educação 22% das crianças não lavam os dentes na escola. Este aspeto suscitou algumas dúvidas ao grupo de trabalho que decidiu apresentar esta situação à enfermeira da UCC responsável pelo projeto. A escovagem dos dentes encontra-se implementada em todas as escolas, no entanto, alguns encarregados de educação não aderiram ao projeto, recusando a participação dos seus educandos.

A primeira visita ao dentista deve ser agradável e precoce, pois quanto mais cedo for, maior a probabilidade de prevenir problemas (Cordeiro, 2009). Os encarregados de educação dizem que apenas 58% das crianças vai ao dentista, pelo menos uma vez por ano.

A observação dos dentes permite avaliar se os hábitos de higiene referidos pelos encarregados de educação serão de facto eficazes. A observação permitiu concluir que 81% das crianças não tem dentes cariados.

O estudo *“Saúde e Higiene Oral em Jardins-de-Infância: um benefício ou um risco”*, realizado em crianças dos 3 aos 6 anos, apresenta resultados inferiores pois refere que 60.5% das crianças apresentam uma boca livre de cáries e 39% apresentavam pelo menos 1 ou mais cáries (Esteves, 2010).

Apesar de não ser possível neste momento comprovar que as crianças que não têm bons hábitos de higiene oral são as que têm dentes cariados ou obturados, o facto é que os que têm diminutos hábitos de higiene oral (16%) e aqueles que têm dentes cariados e/ou obturados (19%), representam percentagens semelhantes. Seria importante comprovar esta hipótese e agir diretamente na resolução deste problema, tal como refere Esteves (2010) *“é importante que a higiene oral esteja presente no contexto de educação pré-escolar permitindo às crianças um bem-estar e uma qualidade de vida futura.”*

A família, enquanto primeiro e principal agente de socialização, é fundamental na transmissão de comportamentos e estilos de vida. É por isso que conhecer

a família das crianças constitui o primeiro passo para uma educação para a saúde eficaz.

As crianças em estudo residem com os pais e irmãos em 43% dos casos, 8% das crianças além dos pais e irmãos também residem com os avós. Cerca de 28% reside apenas com os pais e 9% com os pais e avós. Os restantes 11% residem só com um dos progenitores e outros familiares o que, é semelhante ao resto do país no qual, aumentou o número de famílias monoparentais, de situação de família dupla e de outras formas de estrutura familiar (Wall, 2003).

Destas famílias, 17% residem com os avós. Estas eram em tempos as famílias mais comuns, em que as gerações mais jovens cuidavam das mais velhas. Este tipo de estrutura familiar foi-se perdendo. Contudo, as dificuldades económicas atuais podem levar ao seu aumento.

Das famílias inquiridas, 17% têm pelo menos um elemento desempregado. A escolaridade do pai é inferior ao 9º ano em 65% dos casos, enquanto a escolaridade da mãe é inferior ao 9º ano em 47% dos inquiridos e 40% entre o 9º e 12º ano. Quanto às profissões, a maioria trabalha em fábricas (cerca de 40% dos pais e 60% das mães). A maioria das famílias inquiridas passa os tempos livres na casa de familiares.

As doenças familiares com maior prevalência são a diabetes e dislipidémia com 13,0%, a hipertensão arterial com 9,0%, doenças cardiovasculares com 5,6%, surgindo uma associação de doenças tais como: diabetes, hipertensão arterial, excesso de peso/obesidade e dislipidémia com uma percentagem de 11,1%, hipertensão arterial e diabetes com 7,5%, diabetes, excesso de peso/obesidade com 5,6% e diabetes, hipertensão arterial e dislipidémia também com 5,6%. É de realçar que entre as principais doenças preveníveis na Europa se encontram a doença coronária, a doença cerebrovascular, a diabetes e o cancro (ARS Norte, 2011).

2.2.7 - Lista de problemas

Depois de analisados e discutidos os dados, os problemas identificados foram:

A. Hábitos alimentares desadequados:

- 21% das crianças fazem entre 2 a 4 refeições por dia;
- 40% das crianças não toma um pequeno-almoço equilibrado;
- 0% das crianças comem fruta ao pequeno-almoço;
- 45% das crianças têm hábitos incorretos relativamente à ceia;
- 70% das crianças consomem menos fruta do que o recomendado;
- 39% das crianças comem doces mais do que 2 vezes por semana;
- 75% das crianças bebe refrigerantes pelo menos 1 vez por semana;
- 34% das meninas têm problemas de peso;
- 18% dos meninos têm problemas de peso.

B. Ausência de Exercício Físico extracurricular

- 74% das crianças não pratica exercício físico nos tempos livres

C. Hábitos de higiene insuficientes

- 16% das crianças não toma banho diariamente;
- 16% das crianças lava os dentes menos de 2 vezes por dia;
- 22% das crianças não lava os dentes na escola
- 42% das crianças não vai ao dentista
- 19% das crianças tem pelo menos 1 dente cariado e/ou obturado

No item seguinte serão definidas as prioridades, de acordo com a lista de problemas apresentados.

2.3 - Prioridades dos Problemas

Na fase de definição de prioridades selecionam-se os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1986).

No final da etapa anterior, o diagnóstico de situação, foram identificados os problemas de saúde. A hierarquização desses problemas será feita nesta etapa de escolha de prioridades.

Para fazer a seleção de prioridades recorre-se ao uso de critérios. A seleção destes critérios é muito subjetiva, dependendo do próprio planificador (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1986) a escolha e ponderação dos critérios depende excessivamente do gosto e experiência dos planificadores. Para controlar este facto convém que o grupo seja extenso e multidisciplinar sendo os critérios a propor o resultado do seu consenso.

Segundo Tavares (1990) as técnicas para determinação de prioridades mais usuais são:

- Grelha de análise
- Método de Hanlon
- Método DARE (Decision Alternative Racional Evaluation)
- Método Simplex
- Método CENDES/OPS
- Técnicas gerais de ordenação (escala de medida linear, comparação por pares)
- Procedimento de Triagem

Uma vez que o grupo de trabalho é composto apenas por 4 enfermeiros, a objetividade da escolha depende apenas dos critérios individuais de cada elemento pelo que, apesar da intenção de imparcialidade, esta dificilmente é alcançada. De qualquer modo e de forma a minimizar este problema, a seleção

de prioridades foi realizada pelos 4 enfermeiros do grupo e pela enfermeira da UCC, responsável pelo acompanhamento do estudo no terreno.

A técnica de seleção de prioridade escolhida foi a de comparação por pares, seguidamente apresentada.

A comparação por pares permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros. Por cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Os problemas identificados são: Hábitos alimentares (P1); Exercício Físico (P2); Higiene (P3).

Após a seleção de prioridades (Anexo 7) os problemas identificados foram priorizados da seguinte forma:

1º Hábitos alimentares desadequados (P1=9)

2º Hábitos de Higiene insuficientes (P2=2)

3º Ausência de Exercício Físico Extracurricular (P3=4)

Uma vez determinadas as prioridades de intervenção, segue-se a terceira etapa do processo de planeamento, a fixação de objetivos.

2.4 - Objetivos

A etapa de fixação dos objetivos *“é fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”* (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 43).

Os objetivos devem ser: pertinentes, pois devem adequar-se às situações que suscitam intervenção; precisos, pois contêm em si a exatidão do percurso a efetuar e do novo estado pretendido; realizáveis, para ser alcançado;

mensurável, de forma a possibilitar a correta avaliação posterior (Tavares, 1990).

O **Objetivo Geral** é: Aumentar em 50% os hábitos de alimentação saudável nas crianças dos Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, até 2014. Foram definidos objetivos específicos, a serem cumpridos pelo grupo de trabalho até término do estágio e outros, a terem continuidade pelos profissionais de saúde da UCC de Felgueiras.

Assim, foram definidos os seguintes **objetivos específicos** a serem cumpridos até término do estágio:

1. Conseguir que até final de Janeiro de 2012, 90% das crianças adiram a uma atividade;
2. Conseguir que até Janeiro de 2012, 50% dos encarregados de educação adiram a uma atividade;
3. Conseguir que até Janeiro 2012, 50% dos encarregados de educação demonstrem conhecimentos sobre a importância do consumo de fruta;
4. Conseguir que até Janeiro 2012, 50% dos encarregados de educação demonstrem conhecimento sobre hábitos corretos relativos à ceia;
5. Conseguir que até Janeiro 2012, 50% dos encarregados de educação demonstrem conhecimento sobre a importância de reduzir o consumo de doces e refrigerantes.

Os seguintes **objetivos específicos** foram definidos de modo a serem atingidos até ao término do projeto:

6. Conseguir que até 2014, 90% das crianças adiram a pelo menos 3 atividades previstas no projeto;
7. Conseguir que até 2014, 80% das crianças tomem um pequeno-almoço equilibrado;
8. Conseguir que até 2014, 90% das crianças que se deitam 2h30min após o jantar façam a ceia;

9. Conseguir que até 2014, 80% das crianças comam pelo menos 3 peças de fruta por dia;
10. Conseguir que até 2014, 80% das crianças comam doces apenas 1 vez por semana;
11. Conseguir que até 2014, 80% das crianças bebam refrigerantes apenas 1 vez por mês;
12. Conseguir que até 2014, 90% das crianças tenham peso entre o percentil ≥ 5 e ≤ 85 ;
13. Conseguir que até 2014, 90% dos encarregados de educação adiram às duas atividades previstas no projeto;
14. Conseguir que até 2014, 80% dos encarregados de educação demonstrem conhecimentos sobre a constituição de um pequeno-almoço saudável;
15. Conseguir que até 2014, 90% dos encarregados de educação demonstrem conhecimentos sobre a importância do consumo de fruta;
16. Conseguir que até 2014, 90% dos encarregados de educação demonstrem conhecimento sobre hábitos corretos relativos à ceia;
17. Conseguir que até 2014, 90% dos encarregados de educação demonstrem conhecimento sobre a importância de reduzir o consumo de doces e refrigerantes;
18. Conseguir que até 2014, 90% dos encarregados de educação elaborem o lanche das crianças de forma saudável.

A etapa seguinte do processo de planeamento é a seleção de estratégias. Segundo Tavares (1990, p. 30) *“fixar objetivos consiste em definir exatamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias (...)”*.

2.5 - Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias “pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 65). Nesta fase pretende-se propor novas formas de atuação, através de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1986). São sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, sendo de selecionar a mais adequada. Na tomada de decisão, aspetos como a análise de custo-benefício ou de recursos disponíveis devem ser considerados (Tavares, 1990).

As estratégias definidas foram:

- Desenvolver ações de Educação para a Saúde, sobre alimentação saudável para os encarregados de educação/pais;
- Monitorizar o IMC das crianças;
- Desenvolver atividades lúdicas para as crianças sobre Alimentação saudável;
- Monitorizar os lanches escolares fornecidos pelos pais.

Para a implementação das estratégias definidas para as crianças pretende-se desenvolver atividades expositivas mas também dinâmicas, com recurso, por exemplo, a jogos e puzzles que, de forma simples e prática, transmitam conhecimento e estimulem as boas práticas saudáveis das crianças alvo deste projeto.

Para a implementação das estratégias definidas para os encarregados de educação pretende-se desenvolver sessões de educação para a saúde de carácter expositivo com recurso a dinâmicas de grupo quando pertinente.

A escolha das técnicas a utilizar prende-se com as necessidades de motivação, atenção e concentração das crianças destas faixas etárias.

A monitorização dos lanches, realizada pela equipa, pretende verificar o lanche enviado pelos encarregados de educação. Esta avaliação será realizada sem agendamento prévio.

Uma vez definidas as prioridades, fixados os objetivos e selecionadas as estratégias, é o momento da elaboração de programas e projetos.

Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 86). Um projeto “é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 86). A característica que melhor distingue um programa de um projeto é o desenvolvimento temporal, uma vez que um programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo e um projeto decorre num período de tempo bem delimitado (Imperatori & Giraldes, 1986).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), tal como referido anteriormente, define como uma das áreas prioritárias a alimentação saudável e, a ARS Norte elaborou o programa PASSE com o mesmo intuito.

O Projeto apresentado vai ao encontro ao objetivo definido, ou seja, pretende aumentar os hábitos de alimentação saudável nas crianças dos Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães. Para tal, são seguidas as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar e da bibliografia consultada.

2.6 - Projeto “Aprender a Comer melhor!”

Historicamente a alimentação esteve diretamente ligada à carência. Atualmente está ligada à abundância que, na maior parte das vezes, origina graves erros alimentares. Este é um problema que se tem agravado com o tempo.

“A OMS tem vindo a manifestar uma enorme preocupação com as questões relativas a consumos alimentares das populações, sobretudo da população jovem. De facto, o paradigma da saúde mudou: a sobrenutrição passou a ser alvo de uma atenção tão grande quanto a subnutrição” (Batista, 2006).

É de conhecimento geral que a alimentação tem consequências diretas na saúde, uma vez que se estima *“que um excesso de peso na ordem dos 40% seja suficiente para duplicar o risco de morte prematura, quando comparado com um indivíduo normoponderal”* (Batista, 2006).

Uma alimentação saudável e equilibrada é fundamental para a saúde, uma vez que, prevenindo os erros alimentares, se evitam gastos em saúde. Estima-se que 3,5% das despesas totais que o Estado Português tem com a Saúde se devem à obesidade (custos diretos) (DGS, 2005a).

A maioria das doenças de hoje tem causas diversas, com destaque para os hábitos alimentares incorretos. A adoção deste tipo de padrões alimentares é causadora de vários tipos de doenças como diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro, doenças osteoarticulares, osteoporose, cárie dentária e doença diverticular (Loureiro, 1999).

Os jovens são hoje rodeados por produtos atrativos com grandes quantidades de açúcar, sal e gordura, saborosos e duráveis, mas na maioria das vezes mais pobres nutritivamente. Na maioria dos países esses produtos custam menos e estão mais facilmente disponíveis do que as opções alimentares saudáveis (World Health Organization European Office, 2006 cit. por Gomes, 2009).

Portugal integra-se neste contexto de abundância e de comportamentos padronizados, pelo que apresenta um modelo alimentar com consequências preocupantes.

As escolas, enquanto espaços educativos e promotores de saúde, devem criar cenários valorizadores de uma alimentação saudável, a União Europeia (UE) é bem clara quanto ao papel que a escola deve ter, nomeadamente na não oferta de guloseimas (doces e batatas fritas) e no apelo aos governos para que estes adotem políticas de apoio a regimes alimentares equilibrados e limitem a disponibilidade de produtos com elevados teores de sal, açúcar e gordura (UE, 2006).

Os pais e encarregados de educação têm um papel fundamental na orientação dos seus filhos/educandos. Desde cedo que lhes compete o papel de transmitir saberes, revelando condutas alimentares que ajudem a posterior modelação de comportamentos salutareos dos seus filhos/educandos.

Assim, escola e famílias devem cooperar no sentido de uma educação para uma alimentação saudável.

É fundamental salientar que os hábitos adquiridos nos primeiros anos de vida são determinantes numa série de comportamentos futuros.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve abordar os principais aspetos de uma alimentação saudável, tendo em conta as necessidades da população em questão. Para tal é necessária a atuação de uma equipa multidisciplinar, desde enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, professores e a família, focando apenas um ponto, a promoção de hábitos alimentares saudáveis (Barbosa, 2009).

Um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa (Imperatori & Giraldes, 1986). A relatividade na abordagem dos conceitos de Plano, Programa e Projeto reside no facto de nem sempre ser claro até onde deve ir o Plano e o Programa e onde começa o Projeto, dependendo, em parte, do Projeto estar ou não inserido no contexto mais global de um Plano com Programas (Tavares, 1990).

Este projeto de intervenção pretende ser um projeto-piloto possível de implementar noutras escolas.

Além do precioso envolvimento dos educadores de infância, o envolvimento de outros profissionais que não os autores do projeto seria uma mais-valia para garantir essa continuidade, para que outros alunos e/ou outras escolas possam usufruir do mesmo.

2.6.1 - Identificação do projeto

Título: Aprender a comer melhor!

Local de Intervenção: Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, Felgueiras

Duração do projeto: 3 anos

Início Previsto: Outubro de 2011

Constituição da Equipa: Alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária até Janeiro de 2012. Posteriormente, os Enfermeiros da UCC de Felgueiras.

Caracterização do Problema/Justificação: A carência de hábitos alimentares saudáveis na infância é uma preocupação pois limita o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. A alimentação é uma parte essencial da vida de cada indivíduo.

População-Alvo: Alunos do Jardim de Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, do Concelho de Felgueiras.

2.6.2 - Atividades

Esta etapa caracteriza-se pela especificação das atividades constituintes do projeto. Estas devem ser definidas em função dos objetivos (Tavares, 1990).

Para a concretização deste projeto, pretende-se criar um ambiente dinâmico, participativo, colaborativo e reflexivo, potenciador de uma maior aprendizagem,

uma vez que as atividades foram direcionadas com o objetivo claro de promover o desenvolvimento holístico da criança acerca deste tema.

O projeto apresentado concretiza-se com a realização de 12 atividades distribuídas ao longo de 9 meses. Sempre que se considere oportuno, tanto pelos autores do projeto como pelos docentes ou pelos alunos, as sessões/atividades poderão ser repetidas. Estas atividades que se apresentam foram planeadas para serem realizadas em sala de aula ou nos espaços de recreio dos alunos. O projeto pretende não ser uma iniciativa estanque e meramente académica, mas sim um projeto ativo e contínuo.

Na tabela seguinte, apresentam-se as atividades previstas, sendo referido como serão desenvolvidas e com que objetivo.

Tabela 5 - Plano de Atividades

Objetivo	Objetivos específicos	Atividade	Execução
1, 2,6,13	Motivar a equipa para colaborar no projeto.	1. Apresentação do Projeto à Equipa PES e aos Educadores de Infância	Reunião com o coordenador e com os educadores. Esclarecimento de todas as dúvidas acerca do projeto.
	Estimular o interesse dos EE para a sua participação no projeto. Convidar os EE para as sessões de educação para a saúde.	2. Apresentação do projeto aos encarregados de educação	Entrega do panfleto “Aprender a Comer Melhor” aos alunos, para posterior leitura pelos encarregados de educação (Anexo 6).
3,4,5 7 a 18	Salientar a importância da alimentação saudável, com ênfase na importância do pequeno-almoço, lanche da manhã e da tarde e ceia.	3. Hábitos alimentares das crianças	Sessão de educação para a saúde para os encarregados de educação: Apresentação em Power Point “Hábitos Alimentares das Crianças” (Anexo 8); Convívio com oferta de lanche saudável (Anexo 9); Registo de avaliação da sessão (Anexo 10); Aplicação de um Questionário (Anexo 11).
1 6 a 12	Salientar a importância do pequeno-almoço, lanche da manhã e da tarde e ceia e dos alimentos saudáveis.	4. Comer é divertido!	Sessão de educação para a saúde para as crianças. Dinamização da história infantil: “O João não é veloz!” (Anexo 12). Dinâmica “Preparação de batidos” (Anexo 13).

Objetivo	Objetivos específicos	Atividade	Execução
6 a 12	Pretende-se nesta atividade a interação das crianças com os alimentos.	5.Vamos todos lanchar!	Elaboração de um lanche saudável (Anexo 14).
	Manter os alunos motivados. Colaborar com a equipa de docentes. Promover os alimentos saudáveis.	6.Máscaras de Carnaval	Elaborar as máscaras para o carnaval com imagens alusivas aos alimentos saudáveis (Anexo 15).
	Conhecer as preferências alimentares das crianças.	7.Passa a bola!	Dinamizar um jogo (Anexo 16).
	Dar a conhecer às crianças alimentos saudáveis e a sua importância no combate à obesidade.	8.Aprender a comer bem com vitaminix!	Visionar um filme (Anexo 17).
	Manter os alunos motivados. Colaborar com a equipa de docentes Promover os alimentos saudáveis.	9.Teatro: "Os alimentos a brincar!"	Ensaiar com as crianças um teatro para a festa da escola (Anexo 18).
13 a 18	Salientar a importância da alimentação saudável Apresentar aos EE os principais resultados das atividades com as crianças	10.Alimentação Saudável	Sessão de educação para a saúde para os encarregados de educação: Apresentação em Power Point "A Alimentação Infantil" (Anexo 19); Convívio com oferta de lanche saudável (Anexo 9); Registo de avaliação da sessão (Anexo 10); Aplicação de um Questionário (Anexo 20).

A apresentação do projeto à equipa PES (Projeto Educação para a Saúde) e aos educadores de infância foi a primeira etapa.

A saúde escolar em Portugal foi iniciada em 1901 e apesar de sujeita a diversas reformas, mantém-se nos dias de hoje com a preocupação de se adaptar às necessidades de saúde atuais, seguindo as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2007). O envolvimento dos professores é vital para a concretização do projeto, no sentido de promover a colaboração entre as equipas e para manter os alunos motivados. O profissional de educação dispõe dos recursos e das técnicas pedagógicas que permitem a facilitação dos diversos conteúdos de aprendizagem.

A adesão dos alunos e encarregados de educação ao projeto só é possível se estes forem devidamente informados e envolvidos, de forma a não serem meros espectadores. Desta forma, desenvolveu-se uma atividade que pretendeu promover essa envolvimento.

As atividades desenvolvidas pretenderam promover hábitos alimentares saudáveis, através de apresentações em Power Point e da realização de jogos pedagógicos, bem como a realização de atividades lúdicas, nunca esquecendo a vertente pedagógica.

Mais do que uma longa explanação, uma imagem tem a capacidade de expressar muitas informações de forma concentrada e ressonante. Quanto mais aplicável for uma imagem a um problema que a criança tem que resolver, maior a probabilidade de que sua nova percepção do significado seja mais profunda e de que seja mais fácil para ela mudar a sua atitude. O uso de imagens e objetos que fazem parte do que o aluno já conhece bem para representar um problema ou um comportamento, oferece a vantagem de tornar imediatamente concretos, conceitos mais abstratos. Um conjunto de pequenos itens de informação é lembrado com mais facilidade do que longos discursos. Dividir a tarefa em pequenas atividades e formular claramente as instruções em pequenas unidades, é de melhor compreensão para o aluno (Beaulieu, 2004).

A melhor forma de apelar à criatividade e autonomia da criança é com recurso a atividades que estimulem todos os sentidos, ou seja, que eles possam mexer (como um puzzle), que eles possam sentir (como um jogo) e que eles possam cheirar (como um lanche). O recurso a atividades mais coloridas e divertidas é também estimulante, como as apresentações (*PowerPoint*) com imagens ou a visualização de filmes.

Os alunos identificados como tendo excesso de peso ou obesidade (após avaliação de IMC), foram encaminhados para consulta de nutrição no ACES.

A avaliação da eficácia das atividades será realizada através da monitorização dos lanches ao longo de cada ano do projeto.

A avaliação do IMC (Anexo 2) deverá ser realizada no primeiro e último contacto com as crianças, em cada ano do projeto. A primeira e a última coincidem com o diagnóstico da situação.

A monitorização e registo dos lanches (Anexo 21) deverão ser realizados em cada ida às escolas, no mínimo de 3 vezes, não coincidente com as atividades que incluem a dinâmica de preparação de lanche saudável. Este registo pretende avaliar a eficácia das sessões de educação para a saúde e a sua comparação com os dados colhidos no diagnóstico de situação.

A previsão da realização das atividades encontra-se no cronograma seguinte.

2.6.3 - Cronograma

O cronograma apresentado exemplifica a planificação das atividades do projeto ao longo de um ano letivo, sendo previsto para os anos letivos de 2011/2012, 2012/2013 e 2013/2014. As atividades que decorreram no período de estágio, foram realizadas de acordo com a calendarização prevista.

Tabela 6 – Cronograma do Projeto “Aprender a comer melhor”

Anos Lectivos 20011, 2012 e 2013										
Actividades	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Junho	Julho
Actividade 1										
Actividade 2										
Actividade 3										
Actividade 4										
Actividade 5										
Actividade 6										
Actividade 7										
Actividade 8										
Actividade 9										
Actividade 10										
Monitorização do IMC										
Monitorização dos Lanches										
Tratamento de Dados										
Avaliação										

2.7 - Avaliação

A avaliação é um modo sistemático de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores, integrando-se em cada uma das etapas do planeamento (Tavares, 1990).

O momento de avaliar surge a cada passo do processo de planeamento. Em linhas simples a avaliação pretende demonstrar a eficácia e eficiência do planeamento realizado. Poder-se ia dizer que foram cumpridas todas as etapas do planeamento da saúde e os objetivos definidos foram atingidos. No entanto, também se poderia constatar que as características académicas que impõem uma limitação de tempo tão significativa são um entrave ao desenvolvimento de todo o processo de planeamento.

Após a conclusão do estágio o que se pretende é que o planeamento em saúde seja continuado pela equipa da UCC. Pelo que, além da conclusão das atividades previstas no projeto, propõe-se uma nova avaliação dos estilos de vida saudáveis das crianças através da realização do diagnóstico de situação no final dos 3 anos previstos pelo projeto. A avaliação do IMC e a observação dos dentes deve ser realizada no início e final de cada ano letivo.

A avaliação do projeto ao longo do seu desenvolvimento é essencial para aperfeiçoar e adaptar as atividades previstas e no final para confirmar a realização dos objetivos ou reorientar estratégias futuras (Tavares, 1990).

Na avaliação deste projeto foram utilizados os seguintes instrumentos de registo:

1. Registo de presença dos alunos e/ou dos encarregados de educação nas atividades (Anexo 22), este registo foi realizado em todas as atividades e permitiu verificar a percentagem de adesão às sessões;
2. Questionários de conhecimentos dos encarregados de educação (Anexo 11) para avaliar se foram adquiridos conhecimentos;

3. Questionário de avaliação das sessões pelo encarregado de educação (Anexo 10) para avaliar o formador e a pertinência das sessões realizadas.

Os seguintes indicadores foram estabelecidos para avaliação dos objetivos definidos:

1. Percentagem de crianças que aderiram a uma atividade até Janeiro 2012;
2. Percentagem de encarregados de educação que aderiram a uma atividade até Janeiro 2012;
3. Percentagem de encarregados de educação que, em Janeiro 2012, demonstram conhecimento sobre a importância do consumo de fruta;
4. Percentagem de encarregados de educação que, em Janeiro 2012, demonstram conhecimento sobre a hábitos corretos relativos à ceia;
5. Percentagem de encarregados de educação que, em Janeiro 2012, demonstram conhecimento sobre a importância de reduzir o consumo de doces e refrigerantes;
6. Percentagem de crianças que, até 2014, aderiram a pelo menos 3 atividades previstas no projeto;
7. Percentagem de crianças que, em 2014, tomam um pequeno-almoço equilibrado;
8. Percentagem de crianças que, em 2014, se deitam 2h30min após o jantar e fazem a ceia;
9. Percentagem de crianças que, em 2014, comem pelo menos 3 peças de fruta por dia;
10. Percentagem de crianças que, em 2014, comem doces apenas 1 vez por semana;
11. Percentagem de crianças que, em 2014, bebem refrigerantes apenas 1 vez por mês;
12. Percentagem de crianças que, em 2014, têm peso entre o percentil ≥ 5 e ≤ 85 ;

13. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, aderiram às duas atividades previstas no projeto;
14. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, demonstrem conhecimentos sobre a constituição de um pequeno-almoço saudável;
15. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, demonstrem conhecimentos sobre a importância do consumo de fruta;
16. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, demonstrem conhecimentos sobre hábitos corretos relativos à ceia;
17. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, demonstrem conhecimentos sobre a importância de reduzir o consumo de doces e refrigerantes;
18. Percentagem de encarregados de educação que, em 2014, elaboram o lanche das crianças de forma saudável

Uma vez que a aplicação do projeto “Aprender a Comer Melhor!” decorreu durante o período de estágio, apenas foram realizadas as atividades 1 a 4 pelo que apenas estas poderão ser avaliadas.

2.7.1 - Avaliação intercalar

Das 114 crianças inscritas, 5 nunca frequentaram o jardim-de-infância pelo que foram convidados para aderir ao projeto 109 encarregados de educação, sendo esta a amostra em estudo.

A 1ª atividade – apresentação do projeto à equipa PES foi produtiva pois a professora responsável pela equipa PES recebeu o grupo com simpatia, mostrando disponibilidade para colaborar em todas as atividades. Esta apresentação decorreu na sede do Agrupamento, com a duração de 1 hora.

A apresentação aos educadores de infância foi também proveitosa pois também estes se manifestaram disponíveis para participar. Foram realizadas

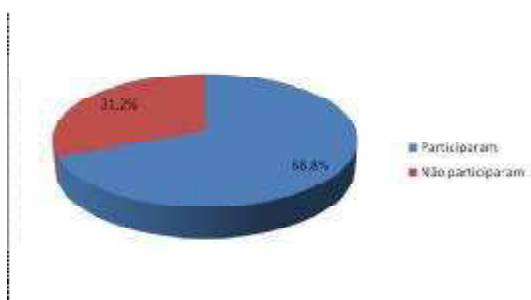
cinco apresentações, uma em cada jardim-de-infância, com a duração de aproximadamente 30 minutos cada.

A 2ª atividade – apresentação do projeto aos encarregados de educação foi realizada através da entrega do panfleto. O grupo deslocou-se novamente a cada jardim-de-infância para entregar pessoalmente os panfletos aos educadores de infância. Esta atividade foi realizada com sucesso uma vez que aquando da 3ª atividade os pais referiram ter conhecimento do projeto tal como referido no panfleto.

A 3ª atividade – “Hábitos alimentares das crianças” foi realizada nos jardins-de-infância. A atividade teve a duração de 1 hora na qual foi realizada uma apresentação em *PowerPoint* com a duração de 20 minutos, depois realizou-se a partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas relacionados com o tema. No final foi realizado um convívio com oferta de um lanche saudável. A partilha de experiências e o esclarecimento de dúvidas permitiu que cada um dos cinco momentos fosse dinamizado de forma individual, de acordo com as necessidades de cada grupo de encarregados de educação.

Esta atividade teve a adesão de 68,8% dos encarregados de educação, tal como evidencia o gráfico seguinte. O objetivo definido de conseguir que até Janeiro 50% dos encarregados de educação aderissem à atividade prevista foi atingido e até superado.

Gráfico 54 - Encarregados de educação que aderiram à atividade "Hábitos alimentares das crianças" (nº de encarregados de educação que aderiram à atividade / nº total de encarregados de educação abrangidos pelo projeto * 100)



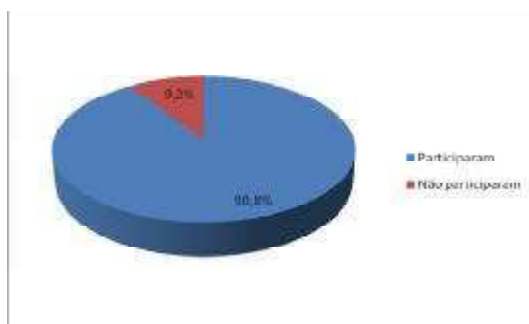
A avaliação da sessão pelo encarregado de educação apresenta como resultados principais que os encarregados de educação consideram o tema apresentado como sendo do seu interesse, consideram um tema importante e que gostariam de aprender mais sobre este tema. Os encarregados de educação também referem que gostariam de participar em mais atividades sobre saúde. A análise dos resultados da avaliação da sessão encontra-se em anexo (Anexo 23).

A 4ª atividade – “Comer é divertido!” teve uma adesão de 90.8% das crianças, tal como indica o gráfico seguinte. A atividade decorreu nos limites de tempo previamente definidos, ou seja, teve a duração de aproximadamente 90 minutos em cada jardim-de-infância. Durante os primeiros 30 minutos foi dinamizada a história infantil com crianças. De seguida prepararam-se os batidos com colaboração das crianças.

No final da atividade, foi entregue um livro com a história a cada criança, juntamente com um separador de livro com algumas receitas de batidos, permitindo assim a dinamização da atividade em casa.

O grupo considerou que as crianças estiveram atentas e interessadas, interagindo com o grupo e entre elas. A partilha do lanche foi um momento descontraído no qual as crianças estiveram motivadas, atentas e muito participativas. Consideram-se atingidos os objetivos definidos.

Gráfico 55 - Crianças que aderiram à atividade "Comer é divertido!" (nº de crianças que aderiram à atividade / nº total de crianças abrangidas pelo projeto * 100)



O questionário respondido pelos encarregados de educação, no final da atividade “Hábitos alimentares das crianças”, pretendia avaliar os conhecimentos dos encarregados de educação. Os dados obtidos no diagnóstico de situação seriam comparados com os dados obtidos no final da 3ª e da 10ª atividade. Nesta fase, esta comparação não é possível, pelo que serão apresentados os dados obtidos na primeira aplicação deste questionário.

2.7.2 - Apresentação da análise dos dados da avaliação

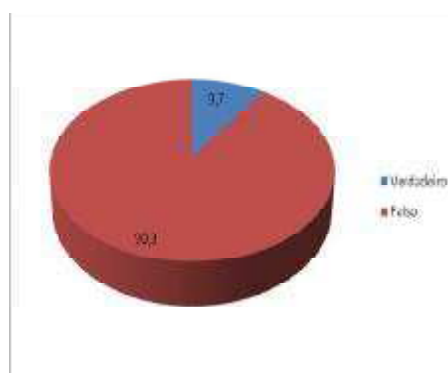
Os questionários foram aplicados no final da sessão de educação para a saúde da atividade “Hábitos alimentares das crianças”. Os dados colhidos através do questionário são apresentados seguidamente. Na sessão, estiveram presentes 65,8% (n= 75) dos encarregados de educação, num total de 114 crianças inscritas. Todos os presentes aceitaram responder ao questionário.

O questionário foi constituído por 2 partes: a primeira com questões sobre os hábitos alimentares que a criança deve ter e a segunda sobre os hábitos que não deve ter. O encarregado de educação foi instruído a responder se considerava as afirmações apresentadas como verdadeiras ou falsas. A análise que se segue é apresentada de acordo com os tópicos das questões e não pela ordem das questões.

Gráfico 56 - A criança deve, ao pequeno-almoço beber leite e comer pão com manteiga

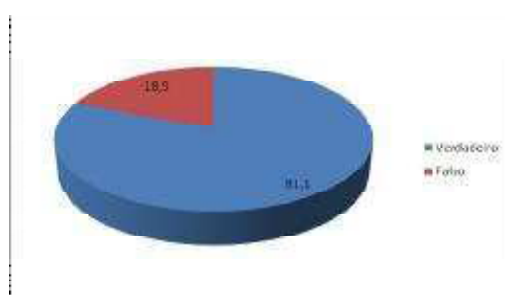


Gráfico 57 - A criança deve, ao pequeno-almoço comer na escola



Os gráficos anteriores exemplificam as respostas à afirmação: a criança deve, ao pequeno-almoço beber leite e comer pão com manteiga, que foi considerada verdadeira por 90,7% (n= 68) dos encarregados de educação e à afirmação: a criança deve tomar o pequeno-almoço na Escola que foi considerada falsa por 90,3% (n= 68) dos encarregados de educação.

Gráfico 58 - A criança não deve sair de casa sem tomar o pequeno-almoço



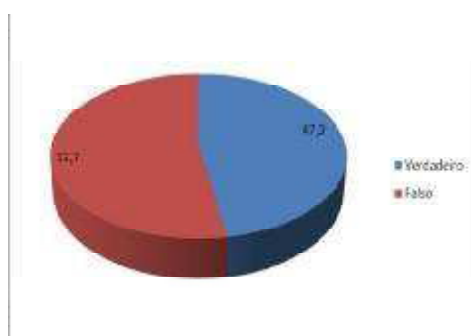
O gráfico anterior apresenta os dados relativos à afirmação: A criança não deve sair de casa sem tomar o pequeno-almoço que é considerada verdadeira por 81,1% (n= 61) dos encarregados de educação.

Gráfico 59 - A criança deve comer fruta ao pequeno-almoço



Na afirmação: A criança deve comer fruta ao pequeno-almoço, 91,8% (n= 69) dos encarregados de educação consideraram a afirmação verdadeira, tal como evidencia o gráfico 59.

Gráfico 60 - A criança não deve comer leite com cereais ao pequeno-almoço



A afirmação: a criança não deve comer leite com cereais ao pequeno-almoço foi considerada falsa por 52,7% (n= 40) dos encarregados de educação e em oposição considerada verdadeira pelos restantes 47,3% (n= 35).

Gráfico 61 - A criança deve comer um bolo ao lanche

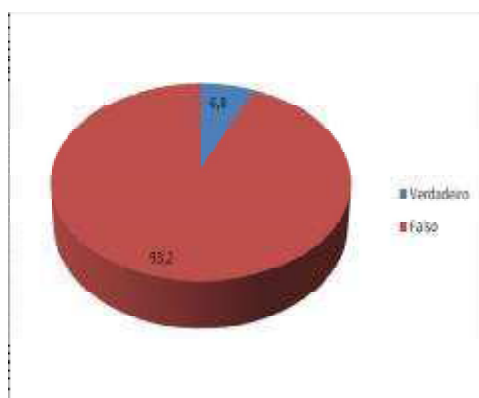
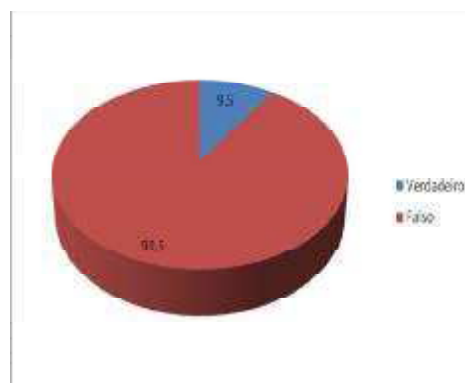


Gráfico 62 - A criança deve beber sumo néctar ao lanche



A afirmação que refere que a criança deve comer um bolo ao lanche foi considerada falsa por 93,2% (n= 70) dos encarregados de educação. E a criança deve beber sumo néctar ao lanche foi uma afirmação considerada falsa por 90,5% (n= 68) dos encarregados de educação.

Gráfico 63 - A criança não deve comer pão com manteiga ao lanche

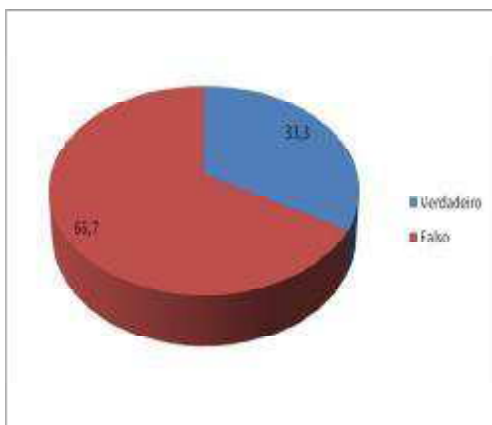
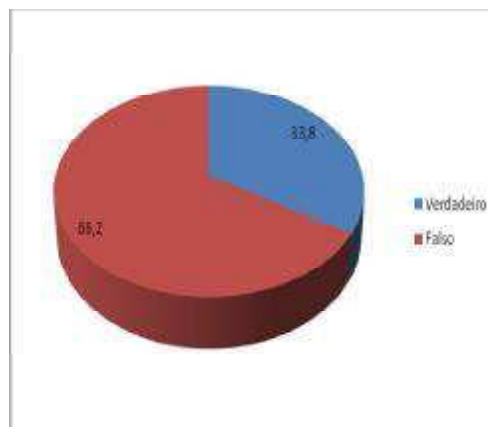
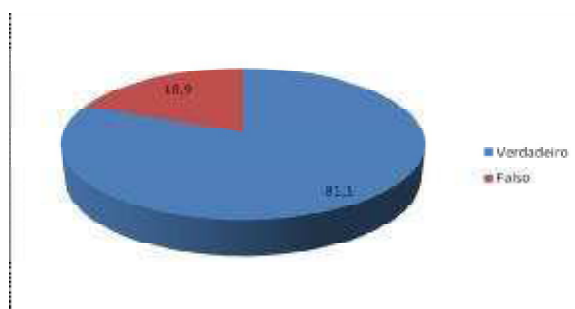


Gráfico 64 - A criança não deve comer fruta ao lanche



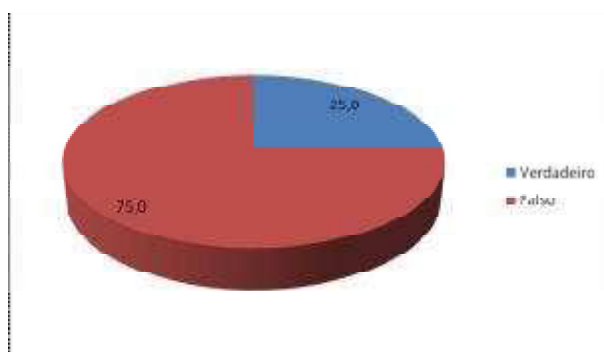
A criança não deve comer pão com manteiga ao lanche foi uma afirmação considerada falsa por 66,7% (n= 50) dos encarregados de educação. A afirmação que refere que a criança não deve comer fruta ao lanche foi considerada falsa por 66,2% (n= 50) dos encarregados de educação e verdadeira pelos restantes 33,8% (n= 25).

Gráfico 65 - A criança deve ceiar quando se deita 2h30min depois de jantar



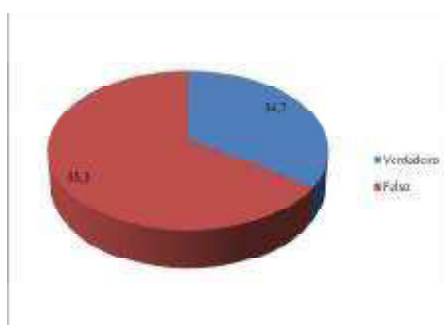
A afirmação relativa à necessidade da criança ceiar quando se deita 2h30min depois de jantar é considerada verdadeira por 81,1% (n= 61) dos encarregados de educação.

Gráfico 66 - A criança não deve beber leite antes de se deitar



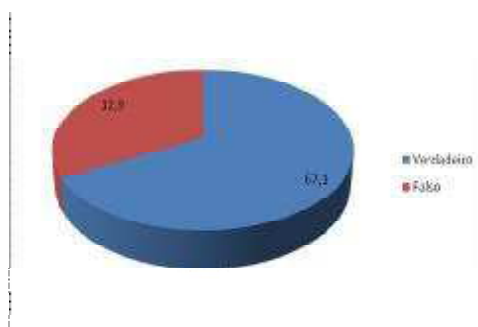
A afirmação: a criança não deve beber leite antes de se deitar foi considerada falsa por 75,0% (n= 56) dos encarregados de educação.

Gráfico 67 - A criança não deve comer a meio da manhã



A afirmação: a criança não deve comer a meio da manhã, foi considerada falsa por 65,3% (n= 49) dos encarregados de educação.

Gráfico 68 - A criança não deve comer bolachas de chocolate a meio da manhã



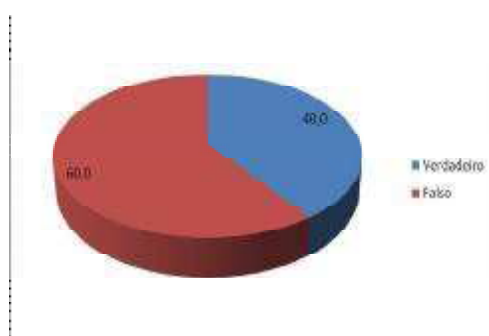
A afirmação: a criança não deve comer bolachas de chocolate a meio da manhã foi identificada como verdadeira por 67,1% (n= 50) dos encarregados de educação.

Gráfico 69 - A criança deve beber leite com chocolate e açúcar



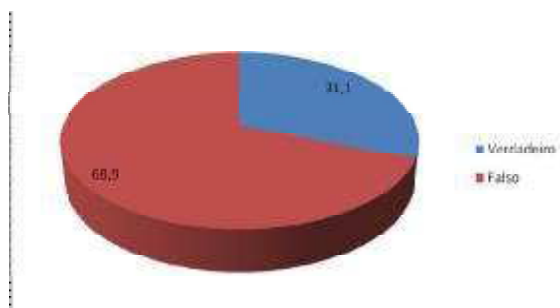
A afirmação: A criança deve beber leite com chocolate e açúcar foi considerada falsa por 94,6% (n= 71) dos encarregados de educação, como indicado no gráfico seguinte.

Gráfico 70 - A criança deve comer pão com queijo e fiambre



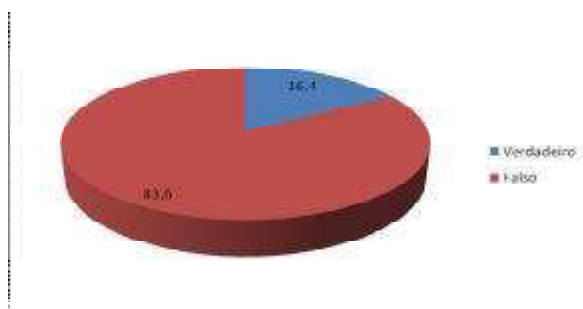
Na afirmação: A criança deve comer pão com queijo e fiambre, 60% (n= 45) dos encarregados de educação responderam ser uma afirmação falsa em oposição aos 40% (n= 30) que consideraram ser uma afirmação verdadeira.

Gráfico 71 - A criança não deve beber batidos de fruta



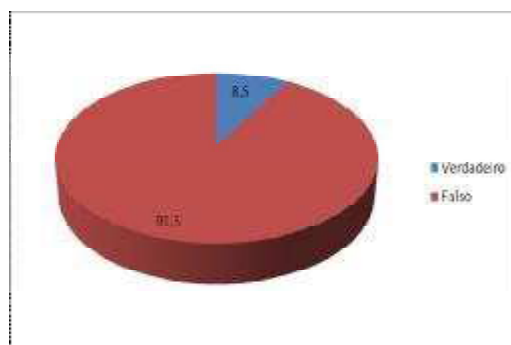
Quando afirmado que a criança não deve beber batidos de fruta, 68,9% (n= 52) dos encarregados de educação responderam ser falso e 31,1% (n= 23) responderam ser verdade.

Gráfico 72 - A criança deve beber água só às refeições



A afirmação: A criança deve beber água só às refeições, foi considerada falsa por 83,6% (n= 63) dos encarregados de educação.

Gráfico 73 - A criança deve comer gomas e rebuçados pelo menos 3 vezes por semana



Na afirmação: A criança deve comer gomas e rebuçados pelo menos 3 vezes por semana, 91,5% (N= 69) dos encarregados de educação responderam ser falso.

Gráfico 74 - A criança não deve beber refrigerantes

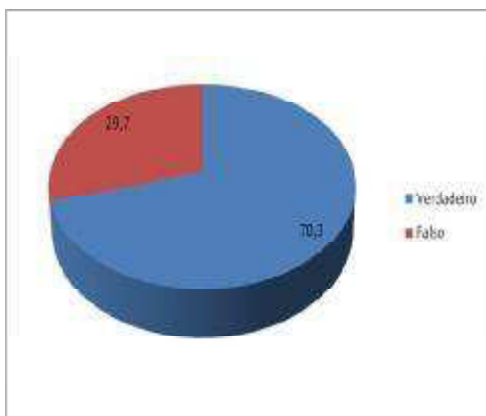
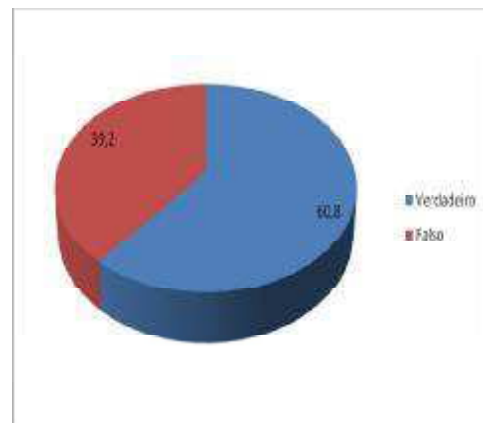


Gráfico 75 - A criança não deve beber sumos sem gás



Os gráficos anteriores são referentes às questões sobre o consumo de refrigerantes e sumos sem gás. Assim, na afirmação: a criança não deve beber refrigerantes, 70,3% (n= 53) dos encarregados de educação responderam que a afirmação é verdadeira. Na afirmação: a criança não deve beber sumos sem gás, 60,8% (n= 46) dos encarregados de educação respondeu verdadeiro e 39,2% (n= 29) respondeu falso.

2.7.3 - Reflexão da Avaliação

Os dados colhidos no diagnóstico de situação relativos aos hábitos alimentares e os dados colhidos no questionário de avaliação de conhecimentos (aplicado após a realização das sessões) não permitem extrapolar as conclusões para outros contextos. Contudo permitem refletir sobre os ganhos obtidos até ao momento em que se fez esta avaliação e após a intervenção nesta amostra e definir estratégias de melhoria para futuro.

No diagnóstico de situação foram identificados problemas relacionados com os hábitos alimentares desadequados das crianças. Por isso, nas sessões de educação para a saúde foram desenvolvidos esses temas de modo a promover hábitos alimentares saudáveis e adequados. O papel dos pais/encarregados de educação na alimentação das crianças é um dos principais fatores a considerar. Para tal, os Enfermeiros devem garantir que os pais/encarregados de educação possuem os conhecimentos corretos uma vez que *“a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais”* (Ramos & Stein, 2000, p.229).

Os conhecimentos corretos permitirão aos pais/encarregados de educação contribuir para a melhoria dos hábitos alimentares das crianças. No seu estudo Ramos e Stein (2000) constata-se que a preocupação dos pais se centra na quantidade da alimentação, e não em desenvolver hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo.

No diagnóstico de situação um dos problemas identificados referia-se ao consumo de fruta, isto porque 70% das crianças consomem menos fruta do que o recomendado e nenhuma criança da amostra comia fruta ao pequeno-almoço. No questionário de conhecimentos, 91,8% dos encarregados de educação referem que as crianças devem comer fruta ao pequeno-almoço e 66,2% consideram que a criança deve comer fruta ao lanche. Considera-se assim que o conhecimento foi adquirido.

No diagnóstico de situação 45% das crianças têm hábitos incorretos relativamente à ceia. No questionário de conhecimentos, 81,1% dos encarregados de educação consideram que a criança deve ceiar quando se deita 2h30min depois de jantar. Considera-se então que o conhecimento foi adquirido.

No diagnóstico de situação 39% das crianças comem doces mais do que 2 vezes por semana e 75% das crianças bebe refrigerantes pelo menos 1 vez por semana. No questionário de conhecimentos mais de 90% dos encarregados de

educação consideram que a criança não deve comer um bolo ao lanche, não deve beber sumo néctar ao lanche, nem comer doces 3 vezes por semana.

Já relativamente ao consumo de refrigerantes, 70% dos encarregados de educação consideram que a criança não os deve beber mas 60,8% consideram que as crianças não devem beber sumos sem gás. Considera-se que o conhecimento foi adquirido mas deve ser reforçado em sessões futuras realizadas com a mesma finalidade.

No diagnóstico de situação, 21% das crianças fazem entre 2 a 4 refeições por dia. No diagnóstico de situação, 81,1% dos encarregados de educação compreenderam a importância de não sair de casa sem tomar o pequeno-almoço e de cear (tal como referido anteriormente). No entanto, 65,3% responderam que a criança deve comer a meio da manhã, restando ainda 34,7% que consideram que não deve comer a meio da manhã. Embora se considere que os conhecimentos foram adquiridos, deve ser reforçado noutras sessões a importância da refeição a meio da manhã. Além disso, apenas 67,1% consideram que a criança não deve comer bolachas com chocolate a meio da manhã.

Os alimentos escolhidos para o pequeno-almoço, o lanche da manhã e da tarde e da ceia, pode ser também objeto de reflexão. Apesar de 94,6% dos encarregados de educação considerar que a criança não deve beber leite com chocolate e açúcar, apenas 60% consideram que a criança não deve comer pão com queijo e fiambre e 68,9% consideram que a criança deve beber batidos. Estes aspetos devem ser referidos nas sessões seguintes.

Em resumo, verificou-se que os problemas identificados no diagnóstico de situação relativos ao diminuto consumo de fruta, ao excesso no consumo de doces e sumos e aos erros relativos ao pequeno-almoço, lanche da manhã e tarde e à ceia, poderão ser resolvidos através dos conhecimentos adquiridos pelos pais, relativamente à importância do pequeno-almoço e da ceia, e à importância de aumentar o consumo de fruta e diminuir o consumo de doces e sumos. O grupo de trabalho acredita que a melhoria de conhecimentos dos pais/encarregados de educação terá resultados diretos na melhoria dos hábitos

alimentares das crianças, até porque “o processo de aprendizagem é um dos fatores determinantes do comportamento alimentar da criança” (Ramos & Stein, 2000, p.229).

3 - Nota Final

O trabalho elaborado e aqui apresentado teve como objetivo apresentar o planeamento em saúde realizado ao longo do estágio de planeamento em saúde.

O objetivo do planeamento em saúde foi identificar as alterações nos estilos de vida das crianças entre os 3 e os 6 anos.

Desde logo foi perceptível que o tempo de estágio estabelecido não seria suficiente para dar cumprimento a todo processo. Desde o primeiro dia que se procurou desenvolver um trabalho útil e pertinente, com a certeza que não poderia ser concluído durante o período académico. A parceria com a UCC de Felgueiras foi essencial para permitir essa continuidade, no futuro, pois o trabalho desenvolvido não chegou ao fim mas apenas à passagem para quem se segue.

A falta de conhecimento sobre o Planeamento em Saúde e as suas etapas, apesar de ser uma limitação inicial, manifestou-se uma vantagem pois o grupo partiu sem estereótipos ou falsos conceitos e juntamente com dedicação, trabalho de grupo e a excelente orientação, rapidamente superou as dificuldades previstas inicialmente.

Na etapa do Diagnóstico de Situação, agiu-se em contrarrelógio, devido ao receio de não obter respostas ou de estas serem tardias, e assim limitar as etapas seguintes. Após análise do questionário, o grupo consideraria algumas alterações, nomeadamente questões que permitissem uma melhor caracterização dos hábitos relacionados com a segurança e a prevenção de acidentes.

A idade das crianças em estudo (3 a 6 anos) poderá ser considerada uma limitação se analisada do ponto de vista de participação nas atividades. O facto de as crianças não saberem ler nem escrever constituiu um maior desafio no planeamento. Por isso, o diagnóstico de situação foi aplicado aos encarregados de educação.

Quando analisadas as respostas ao questionário com os dados de IMC, a avaliação dos dentes, a opinião dos educadores e as opiniões pessoais do grupo, surge a dúvida se os encarregados de educação terão respondido com base nos factos ou com base no que consideram correto para os seus educandos. Em qualquer das situações intervir na resolução dos problemas identificados foi fundamental.

Os 15 problemas identificados foram agrupados em 3 grupos principais: hábitos alimentares desadequados; ausência de exercício físico extracurricular; hábitos de higiene insuficientes.

Após o Diagnóstico de Situação, as etapas seguintes: a Definição de prioridades, a Fixação de Objetivos e a Seleção de Estratégias, decorreram com normalidade, uma vez que estava bem definido pelo grupo e pelos orientadores, o que se pretendia. Com a pertinente pesquisa bibliográfica e a adequada orientação foram cumpridas as etapas, em tempo útil e de forma coordenada.

O projeto “Aprender a Comer Melhor!” foi desenvolvido com o objetivo de aumentar em 50% os hábitos de alimentação saudável nas crianças dos Jardins-de-Infância do Agrupamento de Escolas de Idães, até 2014. Foram também definidos objetivos específicos, a serem cumpridos pelo grupo de trabalho até término do estágio e outros, a terem continuidade pelos profissionais de saúde da UCC de Felgueiras.

O projeto foi elaborado, tendo em conta a idade das crianças e os objetivos definidos. Para o grupo foi um bom exercício de aprendizagem, planear atividades para decorrerem posteriormente ao estágio mas também conscientes de que as atividades realizadas pelo grupo afetariam o desenrolar do projeto no futuro. Com persistência, foram superadas as dificuldades inerentes ao agendamento das atividades e à sua realização, cumprindo o tempo definido. A receptividade pelas educadoras, pelos alunos e pelos encarregados de educação foi muito positiva. As respostas dos encarregados de educação demonstram o seu interesse na continuação do projeto e até no desenvolvimento de outros projetos.

A análise do questionário de conhecimento aplicado aos encarregados de educação, no final da atividade, quando comparado com os resultados do diagnóstico de situação não permitem extrapolar conclusões.

No entanto, acreditando que conhecimentos adequados dos encarregados de educação permitirão comportamentos adequados das crianças, verificou-se que os problemas identificados no diagnóstico de situação poderão ser resolvidos através dos conhecimentos adquiridos pelos pais. Assim, o diminuto consumo de fruta, o excesso no consumo de doces e sumos e os erros relativos ao pequeno-almoço, lanche da manhã e tarde e à ceia, poderão ser resolvidos uma vez que os encarregados de educação demonstram conhecimentos sobre a importância do pequeno-almoço e da ceia, sobre a importância de aumentar o consumo de fruta e diminuir o consumo de doces e sumos.

A limitação inerente ao tempo de estágio também não permitiu alargar o Planeamento em Saúde a mais do que um Agrupamento de Escolas do Concelho. Seria pertinente que o Planeamento realizado fosse mais abrangente, no mínimo a todas as escolas do concelho e até alargado a outros concelhos. No entanto, recomendam-se algumas alterações, nomeadamente no questionário do Diagnóstico de Situação, incluir questões que permitissem uma melhor caracterização dos hábitos relacionados com a segurança e a prevenção de acidentes. No questionário de Avaliação de conhecimentos dos encarregados de educação recomenda-se a inclusão de questões que permitam clarificar os conhecimentos dos encarregados de educação relativamente ao pequeno-almoço e ao lanche.

No final, conclui-se que o caminho percorrido foi longo e trabalhoso. O grupo acredita ter cumprido os objetivos a que se propôs e acredita que o planeamento em saúde apresentado pode ter continuidade e inclusive ser aplicado em qualquer outro local. Este foi apenas o primeiro passo, enquanto Enfermeiros especialistas e mestrandos em Enfermagem Comunitária. Agora importa continuar e aplicar os conhecimentos adquiridos noutras realidades profissionais, conscientes que *“É hoje que devemos criar o mundo do futuro...”*

Num sentido muito real, o amanhã é hoje” Eleanor Roosevelt cit. por Bevis & Watson (2005).

4 - Bibliografia

Abreu, R. (2009). *O Grande Livro da Alimentação Infantil: do período pré-natal aos 5 anos*. 1ª Ed. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Aces Tâmega III Vale do Sousa Norte (2010). *Plano de Ação da UCC de Felgueiras*. Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras.

Agência Portuguesa do Ambiente (2011). 4ª Conferência Ministerial Ambiente e Saúde: Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional. Acedido a Novembro 2011, disponível em: http://www.iambiente.pt/portal/page?_pageid=73,408080&_dad=portal&_schema=PORTAL&docs=10139336&id_doc=6105

Agrupamento de Escolas de Idães (2010). Regulamento Interno do Agrupamento de Escolas de Idães. Acedido a: 16 de Outubro de 2011, disponível em: http://www.e-idaes.org/index.php?option=com_content&view=article&id=121&Itemid=119

Almeida, C.; Petersen, P.; André, S. & Toscano, A. (2003). *Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal*. Acedido a 30 de Novembro de 2011. Disponível em: <http://gus-pb.blogspot.com/>

Amann, G.P.V. (2011) As crianças e os acidentes de viação. Acedido a Novembro 2011, disponível em: www.dgs.pt

Amann, G.P.V. (2011). Resolução da OMS sobre a Prevenção dos Acidentes com crianças: Resolução da OMS sobre Jovens e Riscos de Saúde. Acedido em Novembro 2011, disponível em: www.dgs.pt

Aragão, S. et al. (2002). *Desenvolvimento Infantil*. Lisboa: Educação Física, Saúde e Desporto – ISCS-N.

Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (1996). *Bioética*. 1ª Ed. (S.I) Editorial Verbo

ARS (2011). *PELT: Programa Escolas Livres de Tabaco*. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Pro mo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde/Tabaco/PELT%20-%20Progama%20Escolas%20Livres%20de%20Tabaco>

ARS Centro. (2008). Planeamento em saúde. Acedido a 29 de Janeiro de 2012, disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/SAUDEPUBLICA/PLANEAMENTOSAUDE/Paginas/default.aspx>

ARS Norte (2010). PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar. Acedido em 22 de Novembro de 2011, disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Pro mo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde/PASSE%20%E2%80%93%20Programa%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20Saud%C3%A1vel%20em%20Sa%C3%BAde%20Escolar>

Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil (2011). *Segurança Rodoviária*. Acedido a 22 de Novembro de 2011, disponível em: <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&langpair=en%7Cpt&u=http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm>
<http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952>

Barbosa, V.L.P. (2009). *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência*. 2ª Ed. (S.I) Editora Manole.

Batista, M. (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar: Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. (S.I), Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.

Beaulieu, D. (2004). *Técnicas de Impacto na Sala de Aula*. Brasil: Editora Vozes.

Berryman, J.C.; Hargreaves, D.; Herbert, M.; Taylor, A. (2002). *A Psicologia do desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

Bevis, O. & Watson, J. (2005). *Rumo a um Curriculum de Cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.

Câmara municipal de Felgueiras (2011). Mapa Concelho de Felgueiras. Acedido a 22 de Novembro de 2011, disponível em: <http://www.cm-felgueiras.pt/VSD/Felgueiras/vPT/Publica/OConcelho/MapaConcelho/>

Carmo, H. & Ferreira, M.M. (2008). *Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem* (2ª Ed) Lisboa: Universidade Aberta.

Cole, M. & Cole, S. (2003). *O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cordeiro, M. (2009). *O livro da criança*. Lisboa: A esfera dos livros.

Declaração de Genebra dos Direitos da Criança. (1924). Acedido a 15 de Dezembro de 2011, disponível em: <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&langpair=en%7Cpt&u=http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm>

Declaração dos Direitos da Criança. (1959). Acedido a 12 de Janeiro de 2012, disponível em: [www: <URL: http://www.infopedia.pt/\\$declaracao-dos-direitos-da-crianca-\(1959\)>](http://www.infopedia.pt/$declaracao-dos-direitos-da-crianca-(1959)>).

Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DGS. (2005a) *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS (2005b). *Saúde Infantil e Juvenil: programa tipo de atuação* (2ª Ed.) Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Acedido a 13 de Novembro de 2011, disponível em: <http://www.min->

saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf

DGS (2007). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://www.dgs.pt>

DGS (2008a). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. *Ministério da Saúde*. Portugal. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/17134258/Estudo-Saude-Oral>

DGS. (2008b). Plataforma contra a obesidade: Programa Integrado de Avaliação do Estado Nutricional, Hábitos Alimentares e Abordagem do Sobrepeso e Obesidade em Crianças do Ensino Básico. *Municípios do Fundão, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo*: Ministério da Saúde.

DGS (2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Plano B. Acedido a 2 de Janeiro 2012, disponível em: www.dgs.pt.

Dias, M. (2009). *Estudo dos factores de risco em saúde oral em crianças escolarizadas*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Esteves, I.A. (2010). Saúde e higiene oral em jardins de infância: um benefício ou um risco?. Acedido a 03 de janeiro de 2012, disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/14712>

Esteves, I. & Anastásio, Z. (2011). Promoção da saúde entre crianças de jardim-de-infância. Acedido a 02 de janeiro de 2012, disponível em:

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15533/1/Artigo_%20SEFLS%20Isabel%20Esteves%20%26%20Z%C3%A9lia%20Anast%C3%A1cio.pdf

Fortin, M.F. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusoditacta.

Gavin, M. L.; et al. (2004). *Crianças em forma: Um guia prático para crianças saudáveis e activas do nascimento à adolescência*. Porto: Civilização Editores.

Gomes, A. (2009). *Estilos de Vida dos Jovens e Obesidade: Estudo Comparativo*. Acedido a 21 de Novembro de 2011, disponível em: http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/259/1/msc_appgomes.pdf

Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2004). *Diferenças de Estilos de Vida Entre Populações Jovens de Meio Rural (Boticas) e de Meio Urbano (Braga)*. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1022>

Gouveia, C., Silva, L., Virella, D., Silva, P. & Amaral, J. (2007). *Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa*. Acedidos a 02 de janeiro de 2012, disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/6/20080422124939_APP_VOL_38_N1_AO_Actividade_fisica.pdf

Hicks, C.M. (2006). *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos: concepção de projectos de aplicação de análise*. 3ª Ed. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J., Wilson, D. & Winkelstein, M.L. (2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ªEd., Brasil: Elsevier Editora, Lda.

Hospital de Santa Maria (2005). Procedimento Geral: Lavagem Higiénica das mãos. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://santana2.files.wordpress.com/2010/09/anexo-1-caderneta-medicina-interna.pdf>

IDT (2011). Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. ECATD/2011: European School Survey on Alcohol and other Drugs – Portugal /ESPAD-Portugal/2011). Acedido a Novembro, disponível em: http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD_ESPAD_Portugal_2011_ComImp.pdf

Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (2ª Ed.). Lisboa: Obras Avulsas da Escola Nacional de Saúde Pública.

Jornal Oficial da União Europeia (2009). Plano de Acção Europeu: Ambiente e Saúde - 2004/2010. Acedido a Novembro 2011, disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:295E:0083:0089:PT:PDF>

Lusa (2005). Portugal tem a pior higiene oral da Europa. Jornal Público em 20.05.2005. Acedido em Novembro 2011, disponível em: http://www.publico.pt/Sociedade/portugal-tem-a-pior-higiene-oral-da-europa_1223810

Magalhães, L. (2007). Publicidade televisiva e obesidade infantil. *Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação* (pp. 1827-1843). Braga: Universidade do Minho.

Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética [Versão eletrónica]. *Revista Pensar em Enfermagem: Artigos de Reflexão*. (Vol.12 nº2). Acedido a Janeiro 2012, disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

Massad,E., Menezes,R., Silveira,P. & Ortega,N. (2004). *Métodos quantitativos em Medicina*. Brasil: Manole Ltda.

Mendes, C.N. & Forte, S. (2011). Riscos para excesso de peso e obesidade: estudo de alunos do 1º ciclo. Acedido a 02 de janeiro de 2012, disponível em: http://www.hal.min-saude.pt/media/6323/artigo_original_2.pdf

Mussen, P. H.; Conger, J.J.; Kagan, J, et Huston, A. C. (1998). *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. São Paulo: Editora Harbra.

Nunes, E. Brenda, J. (?). *Manual para Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: EUROPRESS, Lda.

O.M.S. (2004). *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. Genebra: Relatório da consultadoria da OMS. Brasil: Roca Editora

Opperman, C.S. & Cassandra, K.A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência

Ordem do Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Acedido a 8 de Novembro de 2011, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Papalia, D. E.; Olds, S. W. (1992). *Psicologia del desarrollo de la infancia a la adolescência*. México: MCGraw-Hill.

Pimenta, A.P.A.A. e Palma, A. (2001). Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. Acedidos a 02 de janeiro de 2012, disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/19895358/585322694/name/obesidade+infantil+perfil+epidemiol%C3%B3gico.pdf>

Prazeres, T., & Fonseca, J. (01 de 04 de 2010). Rastreio da obesidade infantil: três anos de jornadas nacionais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 122-126.

Pública (2008). Lava as mãos depois de ir à casa de banho. Acedido a Janeiro 2012, disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Imprensa/Clipping/Documents/24112008221014.pdf>

Ramos, M. & Stein, L.M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Acedido a 30 de Janeiro de 2012, disponível em: <http://www.fag.edu.br/professores/fabiana/Est%E1gio%20ESCOLA/Desenvolvimento%20do%20comportamneto%20alimentar%20infantil.pdf>

Relvas, A.P., (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, I. (2010a). *Obesidade e ingestão nutricional em crianças portuguesas dos dois aos cinco anos de idade*. Acedido a 02 de janeiro de 2012, disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2749/1/605756_Tese.pdf

Santos, L.A. (2005). *Hábitos alimentares de crianças do 1º ciclo do ensino básico: um estudo de caso*. Acedido a 03 de janeiro de 2012, disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3150/3/tese%20final.pdf>

Santos, N.P.P. (2010b). *Avaliação dos Hábitos Alimentares de Crianças entre os 3 e os 7 anos de Idade do Externato Lisbonense*. Acedido a 02 de janeiro de 2012, disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54776/1/139064_1055TCD55.pdf

Seabra, A. et al. (2008). *Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes*. Acedido a 12 de Novembro de 2011, disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n4/02.pdf>

Silva, J.M.F. (2007). *Avaliação da frequência do consumo de alimentos cariogénicos e sua relação com a cárie dentária numa amostra de crianças*. Acedido a 02 de janeiro de 2012, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54450>

Souza, et al. (2007). *Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar*. Acedido a 13 de Novembro de 2011, disponível em www.dgicd.min-edu.pt/.../consumospa_prevencaomeioescolar.pdf

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, familiares e indivíduos*. Loures: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (S.I) Ministério da Saúde.

Thompson, I.E., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wall, K. (2003). Famílias monoparentais. Acedido em 03 de janeiro de 2012, disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-65292003000300005&script=sci_arttext

5 - Anexos

Anexo 1 - Instrumento Colheita de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



QUESTIONÁRIO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DOS JARDINS DE INFÂNCIA DO
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE IDÃES

Realizado por:

Eliana Firmino

Estela Vieira

Marta Ferreira

Nuno Meireles

Felgueiras, Outubro de 2011

Este inquérito destina-se à recolha de informação sobre os Hábitos de Saúde do seu/sua filho(a) /educando.

Com este questionário pretende-se conhecer o estilo de vida seu/sua filho(a) /educando, assim como conhecer a família para melhor compreender o seu filho(a).

Foi construído por um grupo de alunos do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Vale de Sousa, no âmbito do estágio de Planeamento em Saúde, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras.

Os resultados serão tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato de todos os participantes. Os resultados deste estudo poderão ser-lhe facultados, caso manifeste esse interesse, poderá consultá-los na secretaria da escola do seu/sua filho(a) a partir de 30 de Janeiro de 2012.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração no preenchimento do questionário, que deverá ser entregue a educadora do seu educando **até ao dia seguinte da recepção.**

Definição de termos: *por habitualmente* entenda-se com uma frequência igual ou superior a metade das vezes.

Selecione com um **circulo a opção** que mais se adequa à rotina do dia-a-dia do seu filho/a, durante o período de aulas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Questionário

Caracterização da criança

1. Idade da criança: _____

2. Género sexual da criança:

- a) Masculino
- b) Feminino

3. Nacionalidade da criança:

- a) Portuguesa
 - b) Outra
- Qual? _____

4. Quem é o encarregado de educação?

- a) Mãe
 - b) Pai
 - c) Outro
- Quem? _____

5. A criança utiliza os serviços de saúde?

- a) Sim
- b) Não

6. Se sim, quando?

- a) Por rotina (vigilância)
- b) Por doença
- c) Ambas as opções anteriores

7. A criança habitualmente vai para a escola:

- a) A pé
- b) De carro
- c) De autocarro
- d) Outro

Qual? _____

8. Habitualmente, quando viajam de carro, a criança vai em cadeira apropriada?

- a) Sim
- b) Não

9. Habitualmente, quando viajam de carro, a criança vai:

- a) No banco da frente
- b) No banco de trás

Caracterização dos hábitos alimentares/exercício físico da criança

1. Habitualmente, quantas refeições a criança faz por dia? _____

2. Habitualmente, no que respeita ao pequeno-almoço a criança:

- a) Não toma
- b) Só toma leite ou iogurte
- c) Toma leite/iogurte com cereais/pão
- d) Toma leite/iogurte com bolachas
- e) Toma leite/iogurte com cereais/pão e fruta
- f) Outros

Quais? _____

3. Habitualmente, no que respeita ao lanche da manhã a criança:

- a) Não toma
- b) Toma leite/iogurte com cereais/pão
- c) Toma refrigerante ou sumos não naturais
- d) Toma leite/iogurte com bolachas
- e) Toma só bolachas/pão
- f) Toma leite/iogurte com cereais/pão e fruta
- g) Outros

Quais? _____

4. Habitualmente, a criança ao almoço come:
- a) Fritos/assado/guisados
 - b) Grelhados/cozidos/ estufados
5. Habitualmente, no que respeita ao lanche da tarde a criança:
- a) Não toma
 - b) Toma leite/iogurte com cereais/pão
 - c) Toma refrigerante ou sumos não naturais
 - d) Toma leite/iogurte com bolachas
 - e) Toma só bolachas/pão
 - f) Toma leite/iogurte com cereais/pão e fruta
 - g) Outros
- Quais? _____
6. Habitualmente, a criança ao jantar come:
- a) Fritos/assado/guisados
 - b) Grelhados/cozidos/ estufados
7. Habitualmente a criança demora mais de 2h30min a deitar-se depois de jantar?
- a) Sim
 - b) Não
8. Habitualmente a criança ceia?
- a) Sim
 - b) Não
9. Habitualmente a criança come legumes cozidos ou saladas a acompanhar as refeições?
- a) Sim
 - b) Não
10. Habitualmente, ao almoço ou ao jantar a criança come sopa?
- a) Sim
 - b) Não
11. Habitualmente, a criança come peixe?
- a) Sim
 - b) Não
12. Quantas vezes **por dia** a criança come fruta?
- a) Nunca come
 - b) 1 a 2 vezes por dia
 - c) 3 a 5 vezes por dia
 - d) Mais que 5 vezes por dia

13. Quantas vezes **por semana** a criança come: batatas fritas, bolos, chocolates, rebuçados, gomas ou outros doces?

- a) Nunca come
- b) 1 vez por semana
- c) 2 ou 3 vezes por semana
- d) Todos os dias

14. Quantas vezes **por semana** a criança bebe refrigerantes?

- a) Nunca bebe
- b) 1 vez por semana
- c) 2 ou 3 vezes por semana
- d) Todos os dias

15. A criança bebe bebidas alcoólicas?

- a) Nunca bebe
- b) Só às vezes

16. Alguma vez a criança bebeu bebidas alcoólicas?

- a) Sim
- b) Não

17. O que faz a criança nos tempos livres?

- a) Vê televisão
 - b) Joga computador
 - c) Brinca ao ar livre
 - d) Outros
- Qual? _____

18. A criança pratica uma actividade física nos tempos livres?

- a) Sim
- b) Não

19. Se sim, quantas horas por semana?

- a) Até 2 horas
- b) Entre 2 até 4 horas
- c) Entre 4 até 6 horas
- d) Mais de 6 horas

20. Há momentos do dia em que a criança come mais do que o costume?

- a) Sim
- b) Não

21. Se sim, quando?

- a) Depois das aulas
- b) Depois do jantar
- c) Quando vê televisão

22. Em que situações a criança tem mais necessidade de comer (pode escolher mais que uma opção):

- a) Quando está aborrecido (a)
- b) Quando está zangado (a)
- c) Quando está triste
- d) Quando os outros também comem

23. Habitualmente, a que horas a criança vai para a cama?

- a) Antes da 21h
- b) Entre as 21h e as 22h
- c) Entre as 22h e 23h
- d) Depois das 23h

24. Habitualmente, a que horas a criança acorda?

- a) Antes da 7h
- b) Entre as 7h e as 8h
- c) Entre as 8h e 9h
- d) Depois das 9h

Caracterização dos hábitos de higiene da criança

1. A criança toma banho diariamente?

- a) Sim
- b) Não

2. Se não, quantas vezes por semana? _____

3. A criança lava as mãos antes das refeições?

- a) Sim
- b) Não

4. A criança lava as mãos depois das refeições?

- a) Sim
- b) Não

5. A criança lava as mãos antes de ir ao WC?

- a) Sim
- b) Não

6. A criança lava as mãos após ir ao WC?

- a) Sim
- b) Não

7. A criança escova os dentes:

- a) Nunca
- b) Uma vez por dia
- c) Duas vezes por dia
- d) Mais que duas vezes por dia

8. A criança escova os dentes na escola?

- a) Sim
- b) Não

9. A criança vai ao dentista pelo menos uma vez por ano?

- a) Sim
- b) Não

Caracterização da família da criança

1. Quais os familiares que residem com a criança (pode seleccionar mais que uma opção)?

- a) Pai
 - b) Mãe
 - c) Irmãos
 - d) Avós
 - e) Outros
- Quem? _____

2. Qual a profissão do pai? _____
3. Qual a profissão da mãe? _____
4. Qual a profissão do encarregado de educação (caso não seja nenhuma das opções anteriores)? _____
5. Qual o grau de escolaridade do pai?
- a) Até ao 3º ano
 - b) Do 4º ao 8º ano
 - c) Do 9º ano ao 12º
 - d) Bacharelato
 - e) Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento
6. Qual o grau de escolaridade da mãe?
- a) Até ao 3º ano
 - b) Do 4º ao 8º ano
 - c) Do 9º ano ao 12º
 - d) Bacharelato
 - e) Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento
7. Qual o grau de escolaridade do encarregado de educação (caso não seja nenhuma das opções anteriores)?
- a) Até ao 3º ano
 - b) Do 4º ao 8º ano
 - c) Do 9º ano ao 12º
 - d) Bacharelato
 - e) Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento
8. Existe alguém desempregado?
- a) Sim
 - b) Não
- Quem? _____

9. Habitualmente a família junta-se para as refeições?

- a) Sempre
- b) Só ao almoço ou ao jantar
- c) Só ao fim-de-semana

10. Habitualmente a família almoça e janta:

- a) Em casa
- b) No restaurante
- c) Em casa de familiares

11. Nos tempos livres, a família habitualmente gosta de ir passear:

- a) Ao shopping
- b) Para casa de familiares
- c) Para praia
- d) Para outro local
- e) Não costuma sair

12. Alguém na família tem:

- a) Diabetes Quem? _____
- b) Hipertensão Arterial Quem? _____
- c) Excesso de peso/Obesidade Quem? _____
- d) Doenças cardiovasculares (coração) Quem? _____
- e) Dislipidémia (Colesterol alto) Quem? _____

Anexo 2 - Avaliação de dados antropométricos

Anexo 3 - Observação dos dentes

A.R.S. _____
 SUB-REGIÃO _____
 C.DE SAÚDE _____

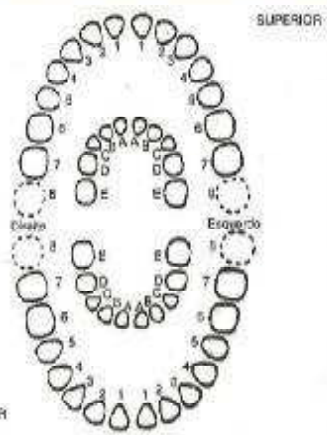
**FICHA INDIVIDUAL DE SAÚDE ORAL
 EM SAÚDE ESCOLAR**

Nome: _____
 Idade: _____
 Data da Observação: ____/____/____

ESCOLA: _____
 PROFESSOR: _____

ESTADO DOS DENTES	DENTIÇÃO	NÚMERO DE DENTES
SÃO	T	
	P	
CARIADO	T	
	P	
PERDIDO	T	
	P	
OBTURADO	T	
	P	

Legenda: T - Temporária P - Permanente



C O D I G O	ESTADO DO DENTE	SINALIZAÇÃO	
		FORMA	CÓDICO
•	SÃO	Sobre o DENTE	⊙
C	CARIADO	Furo do DENTE	⊖
X	PERDIDO	Sobre o DENTE	⊗
O	OBTURADO	Furo do DENTE	⊕
-	EXCLUÍDO	Sobre o DENTE	⊖

OBSERVAÇÕES:

L E G E N D A	DENTIÇÃO TEMPORÁRIA		DENTIÇÃO PERMANENTE			
	G	A	Incisivos centrais	1	Incisivos centrais	5
E	B	Incisivos laterais	2	Incisivos laterais	6	1 ^{as} Molares (dentes 5 anos)
N	C	Caninos	3	Caninos	7	2 ^{as} Molares
D	D	1 ^{as} Molares (de leite)	4	1 ^{as} Pré-Molares	8	3 ^{as} Molares (dentes siso)
A	E	2 ^{as} Molares (de leite)				

Anexo 4 - Pedido de colaboração dirigido ao Diretor do Agrupamento de
Escolas de Idães

Exm. Sr. Director do Agrupamento
De Escolas de Idães

ASSUNTO: Pedido de colaboração dos Jardins de Infância das Cruzes, Rande,
Revinhade, Sousa

A UCC Felgueiras (Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras) do Centro de Felgueiras vem por este meio solicitar a colaboração para o desenvolvimento de um trabalho que irá permitir a caracterização da sua população escolar, no âmbito do estágio de Planeamento de Saúde.

Este trabalho será realizado por Enfermeiros a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da CESPU, que se encontram a estagiar nesta unidade.

Este trabalho tem duas fases: a primeira tem como finalidade a elaboração de um diagnóstico de situação com a aplicação de um questionário de forma a apurar as necessidades a nível dos Hábitos de Saúde; na segunda fase do trabalho, serão desenvolvidas intervenções que darão resposta às necessidades de saúde detectadas na primeira fase.

Durante a realização deste trabalho irão trabalhar em articulação com Coordenadora PES e em colaboração com as educadoras dos respectivos Jardins de Infância.

Esta recolha de dados (1ª fase) deverá decorrer preferencialmente até dia 4 de Novembro de 2011, em dias a combinar com os respectivos educadores de cada Jardim de Infância. A 2ª fase decorrerá de 14 de Novembro de 2011 a 6 de Janeiro de 2012.

Para qualquer esclarecimento poderá contactar a Sr.ª Enfermeira orientadora Iola Ferronha, na UCC de Felgueiras através do número de telefone 255 312 983.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Felgueiras, 17 de Outubro de 2011



Benvida Ribeiro

Enfermeira Chefe e Coordenadora da UCC



Anexo 5 - Consentimento Informado

Exmo. Sr. Encarregado de Educação

Somos um grupo de Enfermeiros a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da CESPU, a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras, do ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte, no âmbito do estágio de Planeamento de Saúde, vimos por este meio solicitar o seu consentimento para o desenvolvimento de um trabalho que irá permitir a caracterização da população da escola do seu educando.

Este trabalho tem duas fases: a primeira tem como finalidade a elaboração de um diagnóstico de situação de forma a apurar as necessidades a nível dos Hábitos de Saúde; na segunda fase do trabalho serão desenvolvidas intervenções que darão resposta às necessidades de saúde detectadas na primeira fase.

Para a realização deste trabalho iremos necessitar da sua colaboração, assim como do consentimento para avaliação do Índice de Massa Corporal e do Índice de cpod (dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) do seu filho/educando.

Esta recolha de dados (1ª fase) irá decorrer, preferencialmente, até dia 28 de Outubro de 2011, na qual iremos distribuir e recolher o questionário, sendo a sua colaboração preciosa. A 2ª fase irá decorrer de 14 de Novembro de 2011 a 6 de Janeiro de 2012, onde iremos trabalhar com o seu educando, em colaboração com a família e com a educadora.

Para qualquer esclarecimento poderá contactar-nos ou a Sr.ª Enfermeira Iola Ferronha, Enfermeira orientadora, na UCC de Felgueiras através do número de telefone 255 312 983.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Felgueiras, 20 de Outubro de 2011

Alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária:

Eliana Firmino

Estela Vieira

Marta Ferreira

Nuno Meireles

Eu, _____, encarregado de
educação do aluno _____, da turma _____,
do jardim-de-infância de _____, dou o meu consentimento
informado (autorização) para a avaliação do Índice de Massa Corporal, assim como do Índice
de cpod do meu educando.

Assinatura _____

Anexo 6 - Panfleto "Aprender a Comer Melhor!"

Uma alimentação saudável e equilibrada é fundamental para a saúde, uma vez que prevenindo erros alimentares evitam-se complicações graves no futuro.

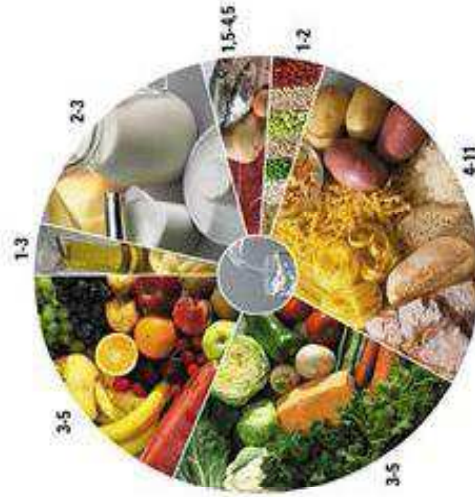
Os pais e encarregados de educação têm um papel fundamental nesta área, pois, desde cedo transmitem os saberes às crianças.

Deste modo, queremos convidar todos os pais e encarregados de educação dos alunos do Jardim de Infância das Cruzes (Idães) para uma sessão de educação para a saúde intitulada “O que devemos comer”, que se irá realizar dia 2 de Dezembro de 2011, pelas 18h30min, no Jardim de Infância do seu filho/ educando.

Contamos com a sua presença!

Roda dos Alimentos

... um guia para uma boa escolha alimentar diária!



Fonte: ESCOLAR - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

De uma forma simples, a roda dos alimentos diz-nos que a alimentação deve ser completa, equilibrada e variada.

Equivalente a uma porção	Porção/dia
Cereais e derivados, tubérculos: 1 pão (50g) 1 fatia fina de brio (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crua (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	4 a 11
Hortícolas: 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	3 a 5
Fruta 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	3 a 5
Lactínicos 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	2 a 3
Carnes, pescado e ovos Carnes / pescado cru (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	1,5 a 4,5
Leguminosas 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	1 a 2
Gorduras e óleos 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	1 a 3

Anexo 7 - Seleção de Prioridades

As tabelas seguintes identificam a seleção através da comparação por pares realizada por cada elemento da equipa.

	Problema	Comparação por pares	Valor Final
Enf. 1	P1	P1 P1 P2 P3	P1=2
	P2	P2 P2 P1 P3	P2=1
	P3	P3 P3 P1 P2	P3=0

	Problema	Comparação por pares	Valor Final
Enf. 2	P1	P1 P1 P2 P3	P1=2
	P2	P2 P2 P1 P3	P2=0
	P3	P3 P3 P1 P2	P3=1

	Problema	Comparação por pares	Valor Final
Enf. 3	P1	P1 P1 P2 P3	P1=2
	P2	P2 P2 P1 P3	P2=1
	P3	P3 P3 P1 P2	P3=0

	Problema	Comparação por pares	Valor Final
Enf.4	P1	P1 P1 P2 P3	P1=1
	P2	P2 P2 P1 P3	P2=0
	P3	P3 P3 P1 P2	P3=2

	Problema	Comparação por pares	Valor Final
Enf.5	P1	P1 P1 P2 P3	P1=2
	P2	P2 P2 P1 P3	P2=0
	P3	P3 P3 P1 P2	P3=1

Anexo 8 - Apresentação em *PowerPoint* "Hábitos Alimentares das Crianças"



Hábitos Alimentares das Crianças

Apresentação da Base de Dados
Fevereiro 2018

Reprodução
Autor: Ana Carolina de Oliveira

RODA DOS ALIMENTOS



- Completa** - conter alimentos de cada grupo e serem igualmente.
- Equilibrada** - conter maior quantidade de alimentos dos grupos maiores.
- Variada** - conter alimentos diversos dentro de cada grupo (verduras, legumes, cereais e produtos lácteos).

RODA DOS ALIMENTOS

Cereais e derivados, tubérculos



4-11 Porções

- Ricos em hidratos de carbono.
- Fonte natural de energia orgânica.
- Baixo teor de gordura.
- Absorção lenta e gradual.

1 pão - 50g
 1 fatia pão - 70g
 5 colheres de sopa de cereais - 35g
 8 bolachas - tipo Maria/água e sal
 1,5 betão
 4 colheres sopa arroz/ massa cozinhado



RODA DOS ALIMENTOS

Hortícolas



3-5 Porções

- Ricos em fibras e vitaminas.
- Baixo teor de gordura e calorias.
- Ricos em sabor: cebola, alho, ...

2 chávenas almofaradas de hortícolas cruas (180g)
 1 chávena almofarada de hortícolas cozinhadas (140g)



RODA DOS ALIMENTOS

Fruta



3-5 Porções

- Ricos em vitaminas, minerais e fibras.
- Devemos variar tanto quanto possível.

1/2 peça de fruta - de tamanho médio cozinhado - 200g



RODA DOS ALIMENTOS

Lactínios



2-3 Porções

- Fornecedores de proteínas.
- Ricos em cálcio e fósforo.

1 chávena almofarada leite - 250 ml
 1 iogurte líquido
 1,5 iogurte sólido
 2 fatias finas queijo - 40g
 1,4 queijo fresco - 50g
 1,2 requeijão - 100g



RODA DOS ALIMENTOS

Carne, pescado e ovos



Ricos em proteínas;
Fornecedores de vitaminas e minerais (ferro, fósforo e iodo).

1,5-4,5 Porções

- > Carnes ou peixes crus (30gr)
- > Carnes ou peixes cozinhados (25gr)
- > 1 ovotestículo médio (55gr)

- Carnes magras (aves, coelho ou carne de porco magra);
- Peixes gordos (sardinha, salmão, cavala...)



RODA DOS ALIMENTOS

Leguminosas



Ricos em hidratos de carbono e em fibras;

Fornecedores de proteínas;

Ricos em vitaminas e minerais.

1-2 Porções

- > 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas - 25gr)
- > 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, fava - 80gr)
- > 3 colheres de sopa de leguminosas secas frescas cozinhadas (80gr)



RODA DOS ALIMENTOS

Gorduras e óleos



Fornecedores de algumas vitaminas;

Gorduras animais - colesterol;

Azeite - gordura de eleição.

1-3 Porções

- 1 colher de sopa de azeite - 10g;
- 1 colher de sobremesa de margarina/margarina - 15g;



RODA DOS ALIMENTOS

Água




Está presente em todos os alimentos;

Deve-se ingerir diariamente cerca de 1,5 a 2 litros;



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Fazer 6 a 7 refeições diárias;
- Não ficar mais de 3h - 3h30m sem comer;
- Evitar jejum noturno superior a 8 - 9h;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras, tais como:
 - Hortaliças/legumes;
 - Frutos frescos;
 - Leguminosas (feijão, grão, ervilhas...)



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- ✔ Preferir **alimentos ricos em fibras e com baixo teor de gordura saturada** (pão de mistura, pão centeio, arroz vaporizado...)
- ⇒ Evitar os refrigerantes e os sumos açucarados;
- ⇒ Restringir o consumo de açúcar, mel e produtos açucarados;
- ⇒ Limitar o consumo de sal e de alimentos salgados;



DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES

Pequeno-almoço

- Leite ou iogurte
- Pão (preferir o mais escuro)
- Peça de fruta à escolha




• Fornece energia e nutrientes para as primeiras horas do novo dia.
• Evita a sensação de fome e cansaço no final da manhã.
• Reduz o apetite para o almoço.
• Permite uma distribuição alimentar e calórica mais saudável e equilibrada ao longo do dia.

DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES

Merendas do meio da manhã e da tarde:

1. Peça de fruta;
2. Iogurte;
3. Pão escuro com queijo ou fiambre.



DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES

Cela



RECEITA DO BATIDO

- Ingredientes (para 2 pessoas):
 - 1 laranja
 - ½ banana
 - 1 iogurte natural
- Preparação:
 - Coloque os ingredientes na trituradora ou liquidificador e role-os.
 - Sirva de imediato.

Os pais são *“Os modelos que as crianças tentam seguir e, portanto, só adquirem bons hábitos se tiverem bons exemplos no dia-a-dia”* (Cordeiro, 2009, p. 165).



Obrigada pela atenção!

Anexo 9 - Convívio com oferta de lanche saudável

Dinâmica: Convívio com oferta de lanche saudável com os pais

Objetivos:

Estabelecer proximidade com os pais / encarregados de educação;

Elaborar lanche saudável

Procedimento:

Distribuir numa mesa no centro da sala um batido e bolachas que constituem um lanche saudável;

Os pais/encarregados de educação dirigem-se ao local e seleccionam os alimentos que irão constituir o seu lanche;

O dinamizador deve fazer uma reflexão com os pais/encarregados de educação sobre a constituição do lanche.

Material:

Batido constituído por banana, laranja e iogurte natural;

Bolachas tipo "Maria" e bolacha tipo "torrada"

Mesa

Guardanapos

Anexo 10 - Registo de avaliação da sessão

Grelha de Avaliação da Sessão

Preencha a seguinte avaliação, em que 1 corresponde a discordo totalmente, 2 a discordo, 3 a concordo, 4 a concordo muito e 5 a concordo totalmente.

1- O FORMADOR:

	1	2	3	4	5
Domina os conteúdos que apresenta					
Relaciona a explicação com os interesses dos formandos					
Motiva os formandos para a actividade					
Utiliza adequadamente a voz					
Gere, adequadamente, a sua movimentação no espaço					
Revela flexibilidade face a situações não-previstas					
Coloca questões para verificar se o formando assimilou os conteúdos					
Escuta pacientemente e com atenção					
Elogia de forma apropriada					

2- A FORMAÇÃO:

	1	2	3	4	5
É sobre um tema do meu interesse					
Os conteúdos abordados foram adequados					
Decorreu no tempo necessário					

3- A SESSÃO:

	1	2	3	4	5
Considera o tema importante					
Gostaria de aprender mais sobre este tema					
Gostaria de participar em mais actividades sobre Saúde					

Sugestões:

ASSINATURA:

Data:

Obrigado pela colaboração!

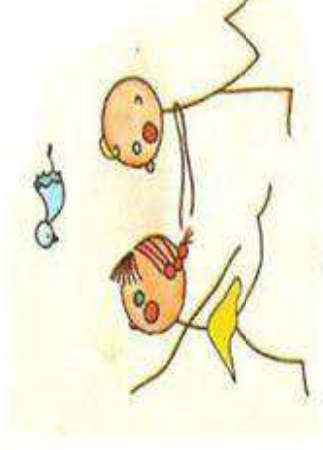
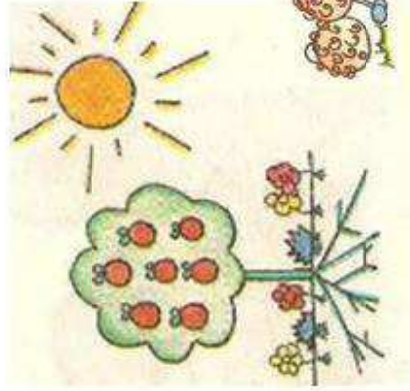
Alunos do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária do IPSN

Anexo 11 - Questionário de conhecimentos - I

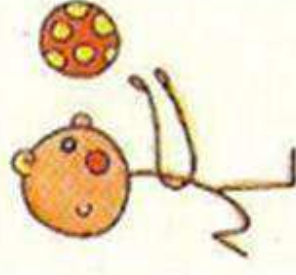
Anexo 12 - História infantil "O João não é veloz!"



*O João não é
veloz!*



*O João é um menino muito
divertido.*



*Ele gosta muito
de jogar à bola e
brincar com os
amigos.*



Um dia, o João, foi à festa da Rita e comeu bolo, chocolate, rebuçados e bebeu muito, muito sumo.

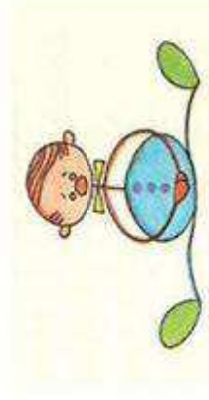


Ficou muito contente!

No dia seguinte, foi jogar futebol com os amigos. Começou a correr, a correr e não conseguia correr muito depressa.



O João corria, corria mas não era veloz. Então, parou e sentou-se no chão, muito triste.

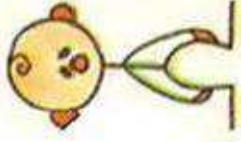
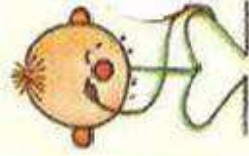




O amigo
Afonso
foi ter
com ele e

perguntou: João, o que se
passa? Porque não és veloz?

O João disse, a
chorar: Eu não
sei, dói-me a
barriga!

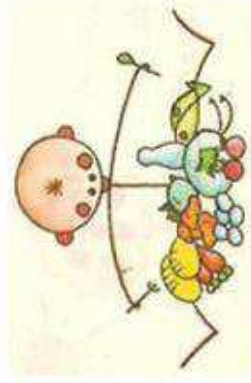


O João foi para
casa muito triste.

Em casa, a mãe
cuidou do João. E
disse: João, não
podes comer tantos
doces, pois ficas
doente!



No dia seguinte, a mãe do João fez o



pequeno-almoço. Era um pequeno-almoço muito bom! Tinha um pão com manteiga, um copo de leite e uma banana.

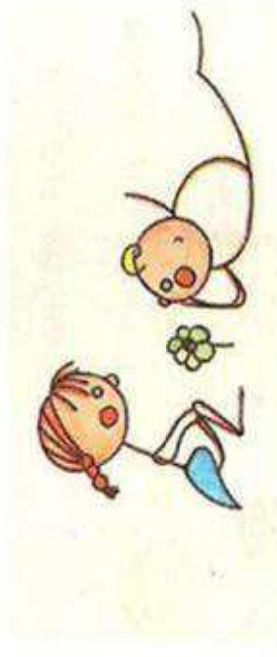


O João comeu e ficou bem-disposto e cheio de energia!

Na escola, o João jogou muito futebol e foi muito veloz.



Que contente ficou o João!



O João aprendeu que se tiver uma alimentação saudável é muito mais feliz!

FIM!

Anexo 13 - Dinâmica "Preparação de batidos"

Dinâmica "Elaboração de Batidos"

Objectivos:

- Promover o convívio entre os alunos com a equipa;
- Aquisição de conhecimentos relativamente à elaboração de um lanche saudável.

Procedimento:

- Sentar os alunos num semi-círculo;
- O dinamizador coloca-se diante de uma mesa, onde se encontra o liquidificador;
- O dinamizador coloca a fruta partido dentro de copos de plástico e coloca os copos em cima de uma mesa;
- O aluno, com supervisão, pega no copo com a fruta e coloca-a dentro do liquidificador;
- O dinamizador procede à preparação do batido;
- O dinamizador expõe os cestos com bolachas na mesa;
- O aluno escolhe as bolachas para o seu lanche;
- Cada aluno pega num copo com batido;
- A atividade termina com a realização de um lanche saudável com batido e bolachas.

Material:

- Liquidificador;
- Copos de plástico;
- Fruta (banana e laranja);
- Iogurte Natural
- Cestos com 3 tipos de bolachas (bolacha Maria, bolacha de Aveia, bolacha Maria torrada)
- Mesa
- Toalha de mesa
- Faca
- Guardanapos
- Extensão eléctrica.

Anexo 14 - Elaboração de um lanche saudável com os alunos

Dinâmica:

Convívio com oferta de lanche saudável com os alunos

Objetivos:

Estabelecer proximidade com os alunos;

Elaborar lanche saudável

Procedimento:

Distribuir numa mesa no centro da sala um batido (previamente elaborado com a ajuda dos alunos) e bolachas que constituem um lanche saudável;

Fornecer a cada aluno um batido e bolachas saudáveis;

O dinamizador deve fazer uma reflexão com os alunos sobre a constituição do lanche.

Material:

Batido (ver dinâmica "Preparação de Batidos")

Bolachas tipo "Maria" e bolacha tipo "torrada"

Mesa

Guardanapos

Anexo 15 - Máscaras de Carnaval

Dinâmica: "Elaboração de Máscara de Carnaval com Alimentos"

Objectivos:

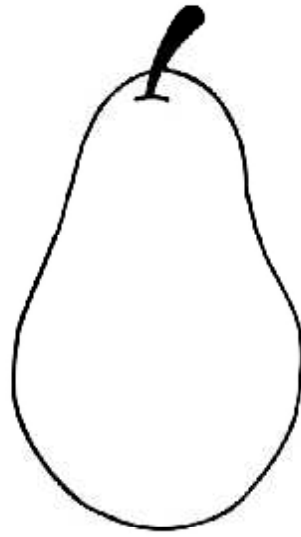
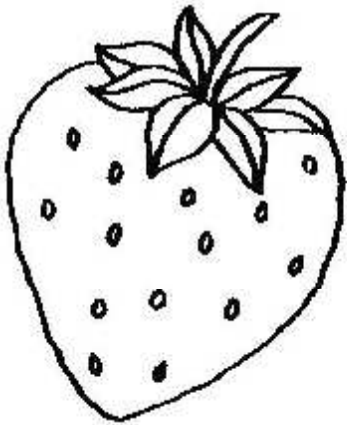
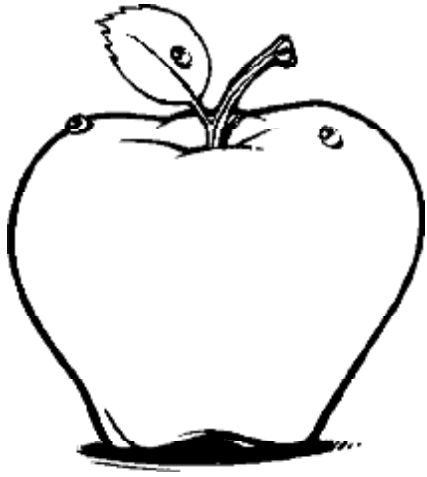
- Elaborar máscaras de Carnaval com imagens alusivas à alimentação saudável.

Procedimento:

- Distribuir por cada criança uma folha onde se encontra uma imagem alusiva à alimentação (fruta, legumes...);
- Com a ajuda de lápis de cor as crianças irão pintar as imagens que lhes foram fornecidas;
- Após a pintura das imagens, com a nossa ajuda, estas serão recordadas com o intuito de realizar uma máscara de carnaval;
- Colocamos os elásticos e as máscaras de carnaval ficam prontas para que as crianças possam usar na festa de Carnaval a realizar no Jardim de Infância.

Material:

- Folhas brancas com imagens impressas;
- Lápis de cor;
- Mesas;
- Cadeiras;
- Elásticos;
- Tesouras.



Anexo 16 - Jogo "Passa a bola!"

Dinâmica "Passa a Bola"

Objectivos:

- Desenvolver proximidade com os alunos e os elementos da equipa;
- Conhecer as preferências alimentares dos alunos.

Procedimento:

- Inicialmente os alunos colocam-se em pé, formando um círculo;
- O dinamizador coloca-se no centro com uma bola de papel a qual a passa a um aluno;
- O aluno com a bola tem de se apresentar e dizer um alimento preferido;
- O aluno que se apresentou atira a bola a um colega e sai da roda;
- O jogo só termina quando todos os alunos se tiverem apresentado.

Material:

- Bola de papel.

Anexo 17 - Filme "Vitaminix!"

Dinâmica: "Aprender a comer bem com Vitaminix"



Anexo 18 - Teatro "Os alimentos a brincar"

Dinâmica: “Os alimentos a brincar”

Objectivos:

- Estimular e incentivar as crianças ao consumo de alimentos saudáveis.

Procedimentos:

- Elaboração de fantoches para a realização da peça de teatro;

Material:

- Papel de feltro de várias cores;
- Tesouras;
- Cola.

1. Peça de teatro:

Couve:

- Olá meninos. Sabem quem eu sou? Tenho uma amiga para vos apresentar.

Laranja:

- Eu sou a Rainha dos Alimentos. Sabem porquê? Vocês gostam todos de mim, inteira ou espremida, sou sempre vossa amiga. Além disso eu tenho a famosa vitamina C que ajuda a curar constipações.

Couve:

- Não sejas tão vaidosa, porque não é só o teu sumo que alimenta todos estes meninos! Eu também sou muito importante, quando sou servida numa sopa. Tenho muita vitamina E que ajuda a combater a fadiga quando ficais cansados.

Batata e Cenoura:

- Alto lá, alto lá, não és só tu que fazes parte da sopa. Sem nós a sopa não presta.

Batata:

- Eu tenho hidratos de carbono que vos dão muita energia para as vossas brincadeiras.

Cenoura:

- E eu não sou menos importante. Não ouvem os vossos pais dizerem que a cenoura faz os olhos bonitos?

Faz os olhos bonitos e que vêm bem!

Laranja:

- Não sejam tão retilhões, pois só fazeis parte da entrada de uma refeição.

Batata e Cenoura:

- E tu, minha Lambida? Só fazes da sobremesa!

Couve:

- Bem, bem. Vamos lá parar com essa discussão! E o prato principal? De que é constituído?

Bife:

- Sou o Bife bem passado e muito apetitoso. Sou o preferido do prato principal. Tenho muitas proteínas que dão forças para crescer! Por isso sou o maior!

Peixe:

- Calma aí, amigo bife, que eu também faço parte do prato principal!

Devem sempre comer, ora eu ao almoço e tu ao jantar e vice-versa, tu ao almoço e eu ao jantar. Eu sou bom para os meninos que estão na escola estudarem melhor!

Pão:

- E eu? Que sou tão bom quando acordam esfomeados. Tenho muitos cereais e com o leite. Somos amigos inseparáveis ao pequeno-almoço.

Leite:

- Quem chamou por mim?

Pão:

- Fui eu, fui eu! Diz lá se não combinamos bem? Eu sou bom para segurar nos intestinos. E tu?

Leite:

- Pois é, pois é. Eu tenho cálcio que nos ajuda a ver e que é bom para fortalecer os dentes e os ossos!

Guloseimas:

- E nós? E nós? Somos a atracção principal da festa!

Escova de dentes:

- Claro! Claro! Vocês têm razão. Mas é só de vez em quando que os meninos vos podem comer.

Mas atenção meninos! Depois não se esqueçam de escovar sempre muito bem os dentes para não ficarem estragados.

2. Fantoches:

Anexo 19 - Apresentação em *PowerPoint* "Alimentação Infantil"

"Alimentação Saudável"



Agendamento de Paços de Rãdas
1 Novembro 2014

Organizado por:
Clube de Futebol em Defesa dos Cidadãos



Definição

É toda a alimentação adequada ao normal funcionamento do organismo.

- Deve fornecer **energia** em quantidade suficiente para manter:
 - A temperatura corporal;
 - O organismo activo físico e intelectualmente;
 - O organismo a realizar todas as funções vitais.

2

Definição

- Deve ser promotora de uma normal **actividade digestiva**.
- Deve saciar a fome e a sede, ser agradável ao olfacto, paladar e visão e **proporcionar bem-estar**.
- **Não deve** ser excessiva, nem conter elementos prejudiciais ou indutores de doença.
- Deve ser protectora, ajudando a **prevenir a doença**.



3

Princípios de uma "Alimentação Saudável"

- Para que uma alimentação seja saudável necessita ser:
 - Equilibrada;
 - Variada;
 - De boa qualidade;
 - Em quantidade adequada.

4

O Equilíbrio

- Uma **alimentação equilibrada** contém os vários constituintes dos alimentos:
 - Proteínas
 - Hidratos de Carbono
 - Gorduras
 - Vitaminas
 - Minerais
 - Fibras
- Dividimos então assim os alimentos em vários grupos e diferentes proporções elaborando a "**Roda dos Alimentos**".

5

A Roda dos Alimentos

O QUE É?

- Imagem ou representação gráfica
- Que ajuda a escolher e combinar os alimentos
- Que deverão fazer parte da nossa alimentação diária
- Baseada na Alimentação Portuguesa



6

A Roda dos Alimentos

- **Como é constituída:**
 - Por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões;
 - Cada grupo indica a proporção e peso que cada um deve ter na nossa alimentação diária;
 - Cereais;
 - Hortícolas;
 - Fruta;
 - Lacticínios;
 - Carne, pescado e ovos;
 - Leguminosas;
 - Gorduras e óleos.

7

A Roda dos Alimentos

- **A Água**
 - A água está representada em todos eles;
 - Imprescindível à vida;
 - As necessidades podem variar de 1,5 a 3 litros/dia.



8

A Roda dos Alimentos

- **Lacticínios**
 - Leite e derivados;
 - Caracterizado por fornecer proteínas de alto valor biológico, grande quantidade de cálcio, vitaminas A, D, E e do complexo B;
 - Ex. - leite, iogurte, queijos, sobremesas lácteas, leites fermentados.



9

A Roda dos Alimentos

- **Carne, Peixe e Ovos**
 - Carnes, ovos, peixe e mariscos;
 - Caracterizado por alimentos ricos em proteínas de alto valor biológico, ferro, vitaminas A e do complexo B.



10

A Roda dos Alimentos

- **Gorduras e Óleos**
 - Gorduras e óleos;
 - Caracterizada por alimentos constituídos essencialmente por gordura (origem animal ou vegetal);
 - Ex. - óleo, azeite, margarina, banha, manteiga.



11

A Roda dos Alimentos

- **Cereais, derivados e tubérculos**
 - Cereais, derivados e produtos açucarados;
 - Caracterizado por:
 - Alimentos ricos em hidratos de carbono;
 - Quantidades variáveis de proteínas de origem vegetal (baixo valor biológico);
 - Ferro, vitaminas B1, PP e fibras.
 - Ex. - cereais, pão, massa, batata, arroz, bolachas, açúcar.



12

A Roda dos Alimentos

- **Leguminosas**
 - Leguminosas;
 - Caracterizado por:
 - Alimentos ricos em hidratos de carbono;
 - Quantidades variáveis de proteínas de origem vegetal (baixo valor biológico);
 - Ferro, vitaminas B1, PP e Fibras.
 - Ex. - grão de bico, feijão, ervilhas, favas, lentilhas.



13

A Roda dos Alimentos

- **Fruta**
 - Frutas;
 - Caracterizado por:
 - Alimentos muito ricos em vitaminas e fibras;
 - Com quantidades variáveis de hidratos de carbono.



14

A Roda dos Alimentos

- **Hortícolas**
 - Legumes e vegetais;
 - Caracterizado por:
 - Alimentos muito ricos em vitaminas e fibras;
 - Com quantidades variáveis de hidratos de carbono.



15

As Doses

- Depois de conhecer os grupos dos alimentos é necessário conhecer as proporções em que cada um dos grupos deve ser consumido, assim temos:
- **Lacticínios** - 2-3 doses, em que uma dose é:
 - 1 chávena almocedeira de leite (250ml)
 - 1 iogurte líquido ou 1,5 sólido (200g)
 - 2 fatias finas de queijo (40g)
 - $\frac{1}{2}$ queijo fresco (50g)
 - $\frac{1}{2}$ queijão, tamanho médio (100g)



16

As Doses

- **Carne, peixe e ovos** - 1,5 - 4,5 doses, em que uma dose é:
 - Carne e peixe limpos de peles, gorduras, ossos e espinhas (30g)
 - Ovo tamanho médio (55g)
- **Gorduras e óleos** - 1-3 doses, em que uma dose é:
 - 1 colher de sopa de azeite/óleo (10g)
 - 1 colher de chá de banha (10g)
 - 4 colheres de sopa de nata (30ml)
 - 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina (15g)




17

As Doses

- **Cereais, derivados e tubérculos** - 4-11 doses, em que uma dose é:
 - 1 pão (50g)
 - 1 fatia fina de broa (70g)
 - 1,5 batatas, tamanho médio (125g)
 - 5 colheres de sopa de flocos de cereais (35g)
 - 6 bolachas tipo Maria/água e sal (35g)
 - 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g)
 - 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)





18



As Doses

- **Leguminosas** - 1-2 doses, em que uma dose é:
 - 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (25g)
 - 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (89g)
 - 3 colheres de sopa de leguminosas cozinhadas (90g)
- **Fruta** - 3-5 doses, em que uma dose é:
 - 1 peça de fruta, tamanho médio (160g) 
- **Hortícolas** - 3-5 doses, em que uma dose é:
 - 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 
 - 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhadas (140g)


19



As Doses


- O número de **porções recomendadas** depende das necessidades energéticas individuais;
- Em crianças com idades **entre 1-3 anos** devemos guiar-nos pelos limites inferiores;
- **Excepção** feita nos laticínios em que devemos reger-nos pela dose máxima.

20




Variiedade

- Alimentação variada significa **comer um pouco de tudo**;
- Assim **garantimos** todos os nutrientes e evitamos excessos;
- A **variiedade** torna a alimentação mais agradável e menos monótona;


 **Nenhum alimento é proibido**, mas alguns têm de ser consumidos com moderação (ocasionalmente e em pequenas quantidades).

21




Quantidade

- A **quantidade de alimentos** a ingerir varia com:
 - O sexo
 - A idade
 - O peso
 - A altura
 - A actividade física
- A **estabilidade do peso corporal** é o resultado do equilíbrio entre a quantidade de alimentos ingeridos e a energia gasta pelo nosso organismo.




22



Qualidade


- Um **alimento de qualidade** é um produto:
 - Natural;
 - Em bom estado de maturação;
 - Não contaminado por microrganismos;
 - Livre de substâncias químicas ou hormonais;
 - De aspecto, sabor e cheiro agradáveis.
- **Algo um pouco difícil de encontrar nos dias de hoje...**

23



Qualidade (algumas sugestões)

- A **aquisição de alimentos** é o primeiro passo para uma **alimentação saudável**;
- **Nas compras:**
 - Fazer uma lista de compras e cingir-nos a ela;
 - Evitar fazer compras de estômago vazio;
 - Preferir alimentos frescos ou conservados em cru, evitar os pré-confeccionados;
 - Preferir as frutas e legumes frescos da época;
 - Preferir derivados animais de origem conhecida e que garantam qualidade;
 - Ler as rótulos dos produtos (validade, origem, composição).



24




Qualidade (algumas sugestões)

- A **cozinha caseira** continua a ser a melhor opção para uma alimentação saudável.
- Ao cozinhar devemos:**
 - Utilizar o **mínimo** de gordura possível;
 - Retirar gorduras e peles visíveis das carnes;
 - Preferir os cozidos, grelhados, estufados, caldeiradas e assados sem gordura e muitos legumes;
 - Incluir nas refeições diárias alimentos crus como frutas e legumes;
 - Reduzir gradualmente a adição de sal na cozinha, substituindo-o por ervas aromáticas e especiarias.





25



Qualidade (algumas sugestões)

Higiene e Segurança Alimentar



Regras:

- Lavar muito bem as mãos e os utensílios de cozinha, antes e depois de comer ou cozinhar;
- Na cozinha nunca misturar comida crua com comida já confeccionada;
- Não misturar utensílios usados em diferentes tipos de preparação de comida;
- Cozinhar bem a comida, evitando por exemplo carne mal passada;
- Não deixar a comida cozinhada à temperatura ambiente;
- Lavar muito bem os alimentos que se comem crus.

26



As Refeições

- É importante fazer todas as refeições, **pequeno-almoço, merenda da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia**, não faltando a nenhuma.
- Não devemos ficar mais do que **3 horas** sem comer.
- Muito importante não esquecer de tomar o **pequeno-almoço**.
- Fazer uma refeição ligeira antes e depois de qualquer exercício físico mais intenso.
- Comer devagar e mastigar bem** os alimentos.

27



Almoço e Jantar

- Comer sempre a sopa no início da refeição.
- Esta deverá ser a apresentação de um prato à refeição:



- metade do prato deve estar preenchido com legumes;
- pouco mais do que um quarto com batata, ou arroz, ou massa, ou feijão, ou grão;
- e apenas um pouco de carne ou peixe;
- tudo temperado com muito pouca gordura, de preferência azeite.

28



Almoço e Jantar

- Evitar** comer pão à refeição;
- Comer** uma peça de fruta à sobremesa;
- Beber** de preferência água.





29



Merendas e Lanches

- Preferir** pão ou bolachas (tipo água e sal ou "Maria") com uma fatia de fiambre ou queijo;
- Acompanhado de 1 iogurte magro de aromas, ou natural;
- Ou acompanhado de 1 peça de fruta, ou sumo de uma peça de fruta;
- Evitando** os lanches de comida embalada/snacks (croissants, pasteis, batata frita, chocolates, bolos);
- Evitar** refrigerantes e sumos para acompanhar o lanche.

30



Às Refeições

Evitar

- Açúcar e produtos açucarados;
- Evitar gorduras prejudiciais e em excesso (manteiga, margarina, óleo);
- Evitar enlatados, fumados, enchidos, vísceras e miúdos;
- Leite e derivados gordos;
- Fritos, refogados, folhados e comida "pronta a comer";
- Bebidas alcoólicas e açucaradas.

Preferir

- Fruta fresca;
- Muitos legumes e hortaliças;
- Leite e derivados meio-gordo ou magro;
- Mais vezes peixe do que carne;
- Estufados, grelhados, cozidos;
- Sempre sopa no início da refeição;
- O azeite para temperar em cru;
- Beber água;
- Carnes magras - frango, galinha, peru e coelho.

31



Bebidas

- A melhor maneira de acabar com a sede é beber **água** - melhor acompanhamento a todas as refeições;
- Pode por vezes ser substituída por um **sumo natural** misturado com água, metade de cada e **chás sem cafeína** (camomila, cidreira, limão, tilia).



32



Bebidas

- **Evitar** bebidas que contenham adição de:
 - **Açúcar** (sumos e refrigerantes);
 - **Álcool** (vinho, cerveja, bebidas espirituosas, licores):
 - Com moderação e acompanhar as refeições (max 1-2 copos pequenos de vinho)
 - Totalmente desaconselhado em crianças, jovens, grávidas e uterinas
 - **Cafeína** (chás, café e colas):
 - A ingestão de cafeína deve estar limitada a 2-3 cafés por dia
 - É desaconselhado o consumo em jovens e adolescentes

33



Sal, Açúcar e Gordura

- Acabar com os excessos de Sal, Açúcar e Gordura;
- Presentes em alimentos como: fritos, folhados, fumados, enlatados, pastelaria, doces, guloseimas, refrigerantes e sumos;
- Substituir o sal por ervas, especiarias, limão, cozinhar com muitos legumes;
- Usar gorduras saudáveis como o azeite e de preferência em cru;
- **Ler atentamente os rótulos:**
 - **Açúcar** - sacarose, glicose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melão, xarope de...
 - **Sal** - o termo sódio isoladamente ou em combinação com outras palavras.


34



Necessidades da Criança

- Pelo menos $\frac{1}{2}$ litro de leite diariamente;
- Um consumo de fruta na ordem de 300 g diárias (3 peças de fruta); 
- A maior quantidade de legumes possível (se não de outra maneira, pelo menos na sopa);
- Uma média de 50 g de carne ou peixe limpas por refeição; 
- No máximo 3-4 ovos semanais;
- Pão e equivalentes (bolachas, massa, arroz, leguminosas) o que a criança desejar;
- Necessidades energéticas entre 1800 e 2000 Kcal;

35



Os Cuidados dos Pais

- A **melhor estratégia** para convencer as nossas crianças é dar o exemplo - na alimentação isso também acontece;
- **Não obrigar** as vossas filhas a fazer refeições exageradamente grandes, mas também não as deixem comer fora das refeições;
- **Deixem-nos servir** e só depois corrijam as quantidades e a qualidade das suas escolhas;

36



Os Cuidados dos Pais

- **Fazer as refeições** em ambiente calmo, comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- **Evitar** refeições fora de casa, e quando tiver que acontecer preferir a comida tradicional aos "Fast food";
- **Ter atenção** aos rótulos dos produtos de supermercado, principalmente no que diz respeito à quantidade de gordura/colesterol, açúcar e sal.

37



Pequeno Almoço da Criança

- A refeição **mais importante do dia**;
- **Tão importante** para as crianças como fazer os trabalhos de casa;
- **Evita** depressão, fadiga, ansiedade e irritação nas crianças;
- **Melhora** a memória, atenção, comportamento e rendimento escolar;
- **Deve conter** 1/3 a 1/4 da energia necessária para todo o dia, bem como proteínas, hidratos de carbono, gordura, fibras, vitaminas e minerais;



38



Pequeno Almoço da Criança

- **Preferir** nesta refeição **alimentos** como pão, cereais de pequeno-almoço, leite, iogurte, fruta, queijo, fiambre, em vez de preparados já prontos de supermercado - **além de mais saudável fica mais barato**;
- **Exemplos:**
 - iogurte com fruta e pão com fiambre;
 - sumo de fruta com 6 bolachas com queijo;
 - leite com cereais de pequeno-almoço e fruta;
 - batido de fruta e leite com 1 pão ou 6 bolachas.

39



O Excesso de Açúcar

- O **excesso de açúcar** pode ser um factor de irritabilidade, desatenção e baixo rendimento;
- O **excesso de açúcar** pode também provocar cáries;
- Utilizar os doces como recompensa é um hábito que se adquire em criança e fica para a vida - **um mau hábito**;



40



Como Evitar os Excessos de Açúcar

- Planear a ingestão de doces 1 a 2 vezes por semana e combinar **levar os dentes logo a seguir**;
- Usar apenas 2/3 a 3/4 do açúcar que as receitas indicam;
- Para adoçar usar açúcares naturais como os purés de fruta;
- Fazer sumos naturais com metade fruta, metade água;
- Não adicionar açúcar à fruta ou sumos;
- Cuidado com os alimentos embalados e prontos a comer, **contêm açúcares escondidos**;

41



Os legumes e os Vegetais

- **É preciso dar o exemplo**, as crianças seguem sempre o exemplo dos pais;
- **Vamos levar as crianças** às compras e deixá-las escolher os legumes que eles mais gostam;
- **Ter sopa** a todas as refeições, mesmo que passada - é um prato com legumes, rico em fibras, vitaminas e minerais;



42



Os legumes e os Vegetais

- **Fazer** estufados com muitos legumes e se necessário tritura-los para fazer um molho.
- **Juntar** legumes aos mais variados molhos.
- **Misturar** os legumes mais apetecidos com os menos populares.
- **Misturar** os legumes nas comidas preferidas - pizzas, esparquete, empadão, sanduíches.



46

"EDUCAR TAMBÉM É
CUIDAR!!!"

Anexo 20 - Questionário conhecimentos II

Questionário “Alimentação Saudável das crianças – parte II”

Este questionário foi construído por um grupo de alunos do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, no âmbito do estágio de Planeamento em Saúde, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras.

Os resultados serão tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato de todos os participantes. Os resultados poderão ser-lhe facultados.

Com este questionário pretende-se saber quais os hábitos alimentares que considera saudáveis para o seu filho/a.

Por favor, leia bem as frases e à frente de cada uma das frases seguintes, escreva um X se considera verdadeira ou falsa. Por favor, responda como achar melhor e **não deixe nenhuma em branco**.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Questionário

Neste conjunto de afirmações, selecione a opção (com um x) que mais se adequa à rotina do dia-a-dia do seu filho/a. Pode escolher mais do que uma opção.

1-Quantas refeições acha que uma criança deve fazer por dia?

- Uma (1) Duas (2) Três (3) Quatro (4)
 Cinco (5) Seis (6) Sete (7) Mais de sete.

2-Acha importante que uma criança tome o pequeno-almoço?

- Sim Não

3-O seu educando toma o pequeno-almoço?

- Sempre Às vezes Nunca

4-O que acha que uma criança deve comer ao pequeno- almoço? (Assinale com uma cruz (X) podendo escolher mais do que uma opção.)

- Leite Pão Bolos Bolicau
 Bolachas Cereais Iogurte Café
 Manteiga Fiambre Sumo Compota
 Fruta Queijo

5-O que costuma ele comer ao pequeno-almoço? Para cada alimento, assinale com uma cruz (X), um só retângulo:

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

6-O que leva o seu educando para lanchar a meio da manhã, na escola?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

7- Onde almoça o seu educando?

I Em casa Com quem? _____

L Na escola _ Noutra cantina L No restaurante.

8-Ao almoço, o que costuma comer o seu educando?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

9-Ao lanche da tarde, o que costuma comer o seu educando?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

10- Onde janta o seu educando?

I Em casa Com quem? _____

L Numa cantina L No restaurante.

11-Ao jantar, o que costuma comer o seu educando?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

12-Antes de ir para a cama, o seu educando costuma comer alguma coisa?

Sempre

Às vezes

Nunca

13-Antes de ir para a cama, o que costuma comer o seu educando?

	Sempre	Às vezes	Nunca
Água			
Arroz			
Batatas			
Batatas Fritas			
Bolachas			
Bolicau			
Bolos			
Carne			
Cereais			
Chocolates			
Coca-Cola			
Compota			
Doces			
Enlatados			
Fiambre			
Fruta			
Gelado			
Hambúrguer			
Iogurte			
Legumes			
Leite			
Leite Escolar			
Manteiga			
Massa			
Ovos			
Pão			
Peixe			
Pizza			
Queijo			
Salada			
Salsicha			
Sopa			
Sumo			
Vinho			
Outra			

Anexo 21 - Monitorização do Lanche

Nº Obs:

Grelha de Monitorização do Lanche:

Escola: _____

Nome: _____

Data: ___/___/____

Bebida:

Água

Sumo Natural

Sumo sem gás

Leite com choc.

Refrigerante

Leite simples

Comida:

Pão simples

Pão com 1

Bolo de pastelaria

Pão com 2

Bolo caseiro

Outro snack

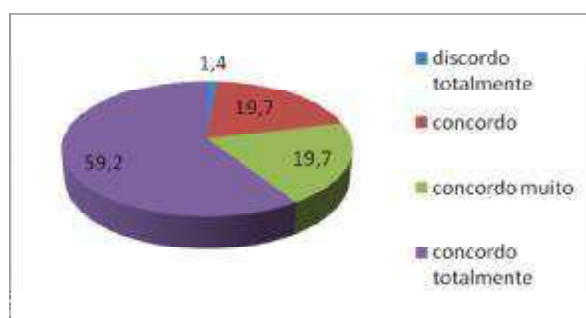
Anexo 22 - Registo de Presença dos Alunos/Encarregados de Educação

Anexo 23 - Análise e Discussão da Avaliação da Sessão

Análise e tratamento de dados da avaliação da sessão

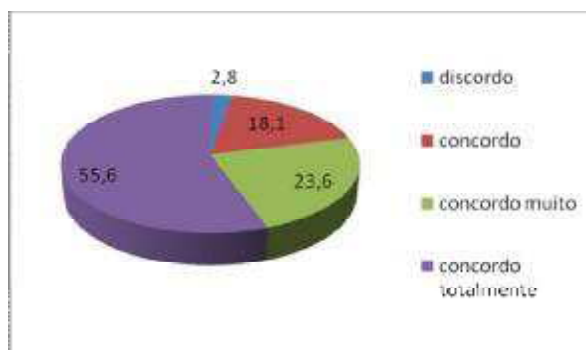
A avaliação da sessão foi realizada no final da sessão de educação para a saúde da atividade "Hábitos alimentares das crianças". Os dados obtidos são apresentados seguidamente. Na sessão estiveram presentes 65,8% (n= 75) dos encarregados de educação, num total de 114 crianças inscritas. Todos os presentes aceitaram preencher a avaliação da sessão.

Gráfico 1- O formador domina os conteúdos que apresenta



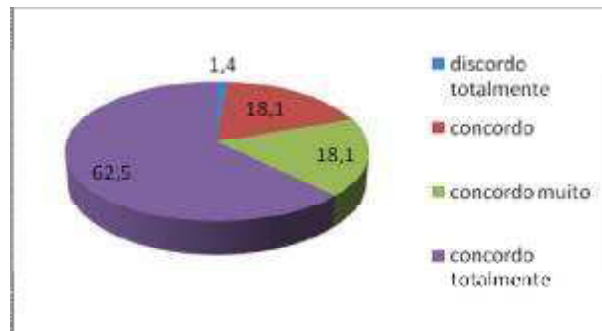
Os encarregados de educação consideram que o formador domina os conteúdos que apresenta (59,2% (n= 44) concordam totalmente, 19,7% (n= 15) concordam muito, 19,7% (n= 15) concordam e 1,4% (n= 1) discorda totalmente).

Gráfico 2- O formador relaciona a explicação com os interesses dos formandos



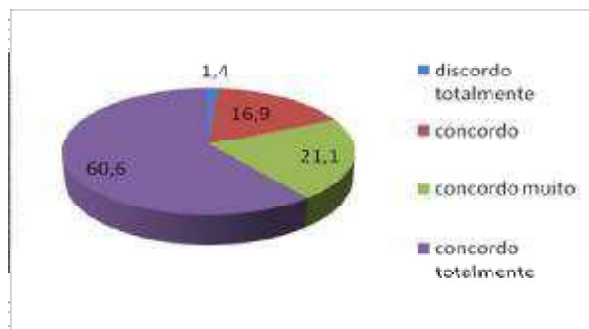
Na questão: o formador relaciona a explicação com os interesses dos formandos, 55,6% (n= 42) dos encarregados de educação respondeu que concorda totalmente, 23,6% (n= 18) que concordam muito, 18,1% (n= 13) concordam e 2,8% (n= 2) discordam.

Gráfico 3- O formador motiva os formandos para a actividade



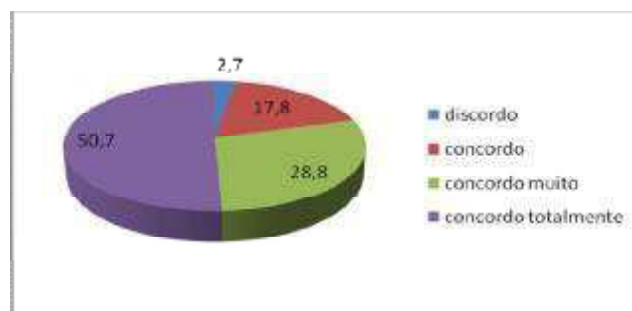
Na questão: o formador motiva os formandos para a atividade, 62,5% (n= 47) dos encarregados de educação concorda totalmente, 18,1% (n= 13) concorda muito, 18,1% (n= 13) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 4- O formador utiliza adequadamente a voz



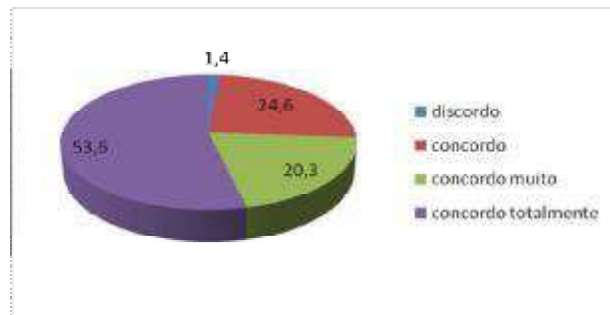
Na questão: o formador utiliza adequadamente a voz, 60,6% (n= 45) dos encarregados de educação concorda totalmente, 21,1% (n= 16) concorda muito, 16,9% (n= 13) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 5- O formador gere, adequadamente, a sua movimentação



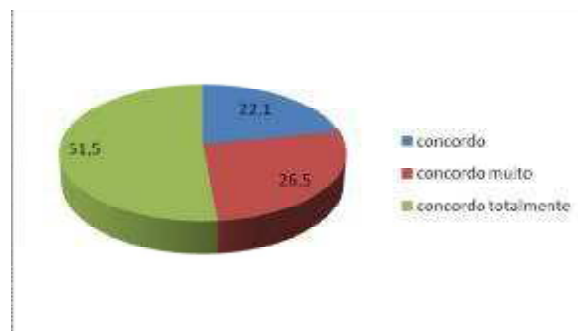
Na questão: o formador gere, adequadamente, a sua movimentação, 50,7% (n= 38) dos encarregados de educação concorda totalmente, 28,8% (n= 22) concorda muito, 17,8% (n= 13) concorda, 2,7% (n= 2) discorda.

Gráfico 6- O formador revela flexibilidade face a situações não-previstas



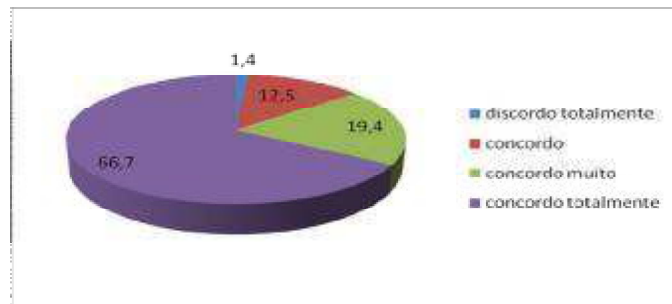
Na questão: o formador revela flexibilidade face a situações não-previstas, 53,6% (n= 40) dos encarregados de educação concorda totalmente, 24,6% (n= 19) concorda, 20,3% (n= 15) concorda muito, 1,4% (n= 1) discorda.

Gráfico 7- O formador coloca questões para verificar se o formando assimilou os conteúdos



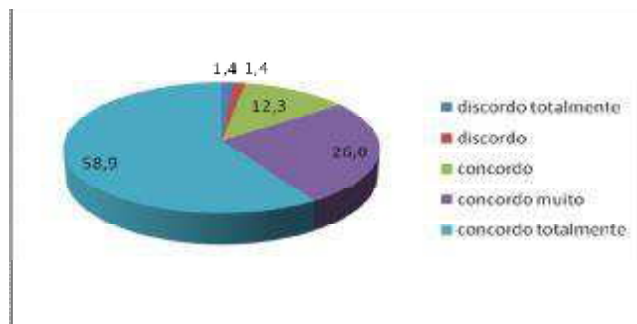
Na questão: o formador coloca questões para avaliar se o formando assimilou os conteúdos, 51,5% (n= 39) dos encarregados de educação concorda totalmente, 26,5% (n= 20) concorda muito, 22,1% (n= 16) concorda.

Gráfico 8- O formador escuta pacientemente e com atenção



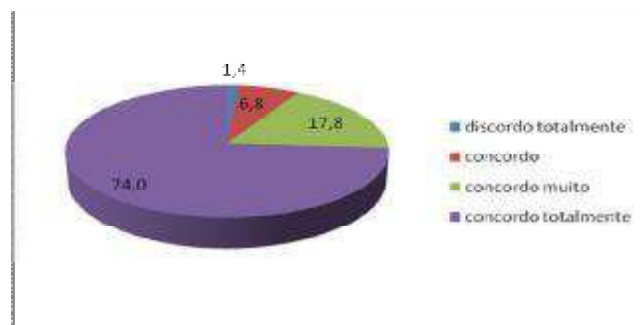
Na questão: o formador escuta pacientemente e com atenção, 66,7% (n= 50) dos encarregados de educação concorda totalmente, 19,4% (n= 15) concorda muito, 12,5% (n= 9) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 9- O formador elogia de forma apropriada



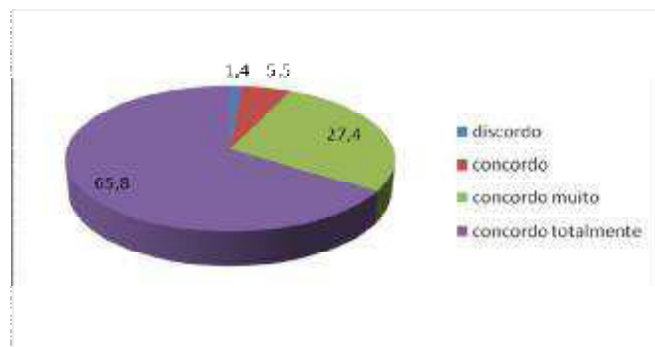
Na questão: o formador elogia de forma apropriada, 58,9% (n= 44) dos encarregados de educação concorda totalmente, 26,0% (n= 20) concorda muito, 12,3% (n= 9) concorda, 1,4% (n= 1) discorda e 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 10- A formação é sobre um tema do meu interesse



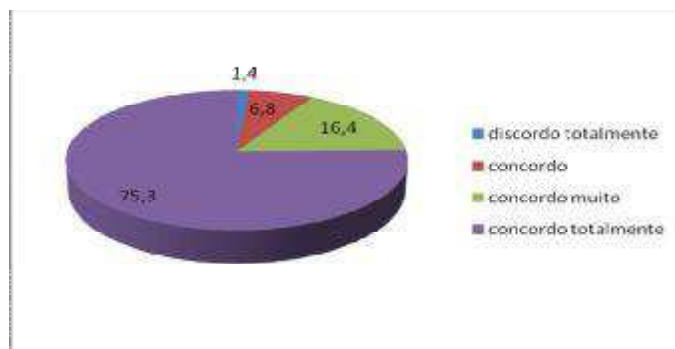
Na questão: a formação é sobre um tema do meu interesse, 74,0% (n= 56) dos encarregados de educação concorda totalmente, 17,8% (n= 13) concorda muito, 6,8% (n= 5) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráficos 11 - Na formação, os conteúdos abordados foram adequados



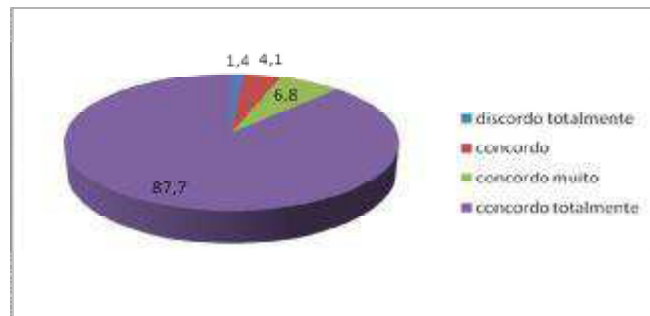
Na questão: na formação, os conteúdos abordados foram adequados, 65,8% (n= 49) dos encarregados de educação concorda totalmente, 27,4% (n=21) concorda muito, 5,5% (n= 4) concorda, 1,4% (n= 1) discorda.

Gráfico 12- A formação decorreu no tempo necessário



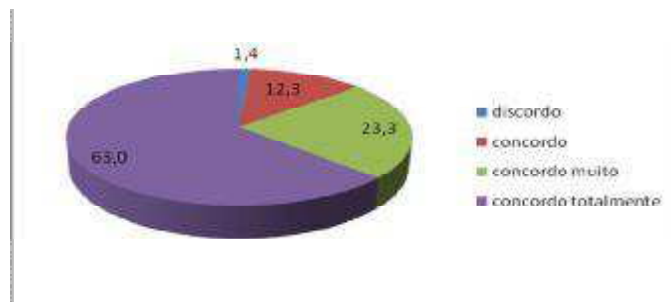
Na questão: a formação decorreu no tempo necessário, 75,3% (n= 57) dos encarregados de educação concorda totalmente, 16,4% (n= 12) concorda muito, 6,8% (n= 5) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 13- O formando considera o tema importante



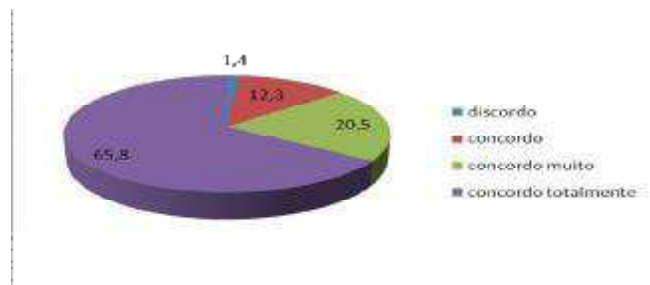
Na questão: o formando considera o tema importante, 87,7% (n= 66) dos encarregados de educação concorda totalmente, 6,8% (n= 5) concorda muito, 4,1% (n= 3) concorda, 1,4% (n= 1) discorda totalmente.

Gráfico 14- Formando gostaria de aprender mais sobre este tema



Na questão: o formando gostaria de aprender mais sobre este tema, 63,0% (n= 47) dos encarregados de educação concorda totalmente, 23,3% (n= 18) concorda muito, 12,3% (n= 9) concorda, 1,4% (n= 1) discorda.

Gráfico 15- Formando gostaria de participar em mais atividades sobre saúde



Na questão: o formando gostaria de participar em mais atividades sobre saúde, 65,8% (n= 49) dos encarregados de educação concorda totalmente, 20,5% (n= 16) concorda muito, 12,3% (n= 9) concorda, 1,4% (n= 1) discorda.