



**Instituto Politécnico de Santarém**

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**Literacia para a saúde  
na perspetiva das  
crianças de nove e dez  
anos, em meio escolar**

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau de  
Mestre na área de enfermagem comunitária**

**Maria Magdalena  
Ornelas Vieira**

**2020, abril**

# **Literacia para a saúde na perspetiva das crianças de nove e dez anos, em meio escolar**

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau de  
Mestre na área de enfermagem comunitária**

**Maria Magdalena  
Ornelas Vieira**

**Professora orientadora:**

Doutora Alcinda Reis

**Professora coorientadora:**

Mestre Isabel Barroso

**2020, abril**

Dificuldades preparam pessoas comuns para  
destinos extraordinários.

Clive Staples Lewis

**DEDICATÓRIA**

Ao marido Tiago e aos filhos Simão e Santiago.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Tiago Soares Lopes por compreender as minhas ausências, pelo amor, amizade, respeito, apoio incondicional e confiança.

Aos meus filhos Simão e Santiago, que sem saberem se revelaram um grande suporte e apoio, pelo amor manifestado durante todo este processo, e pela resiliência que cada um à sua maneira demonstrou durante as minhas ausências.

Aos meus pais, Alfredo Ornelas e Maria Vieira, porque, sem eles, não existiria nem como pessoa nem como enfermeira, por compreenderem todas as contingências deste processo e apoiarem as minhas decisões ao longo da vida.

Aos meus sogros João Soares Lopes e Manuela Soares Lopes, pelo apoio pessoal e familiar, pelo incentivo e compreensão ao longo de todo este percurso.

À minha amiga e colega Sílvia Gaspar, pelo suporte e amizade desde os primeiros momentos.

Às Professoras, orientadora e coorientadora, Alcinda Reis e Isabel Barroso, pela dedicação, confiança, disponibilidade e pelas palavras de apoio e motivação, demonstradas desde o primeiro dia.

Ao professor Doutor Luís Saboga Nunes, da Universidade Nova de Lisboa, por me ter dado a oportunidade de participar no projeto de investigação CrAdLiSa.

Aos diretores dos agrupamentos escolares, coordenadores, professores, pais e alunos das escolas participantes no estudo, pela disponibilidade, entrega, apoio e por proporcionarem as condições necessárias ao desenvolvimento deste estudo.

A todos, o meu profundo agradecimento!

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

- APN – Associação Portuguesa dos Nutricionistas
- CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
- CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
- CrAdLiSa – Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde
- DGC – Direção Geral do Consumidor
- DGE – Direção Geral de Educação
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DLSBE – Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar
- DSPDPS – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde
- ECDKN – Early Child Development Knowledge Network
- EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
- EIPAS – Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
- ENPAF – Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física
- EPS – Escolas Promotoras de Saúde
- ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém
- HLS-EU — European Health Literacy Survey
- ILS-PT – Inquérito sobre Literacia para Saúde em Portugal
- LS – Literacia para a saúde
- MIME – Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar
- MPS – Modelo de Promoção da Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
- PALS – Plano de Ação para Literacia para a Saúde
- PNESLA – Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
- PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
- PS – Promoção da saúde
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UNICEF – United Nations Children's Fund
- WHO – World Health Organization

## RESUMO

A literacia para a saúde está associada à promoção da saúde e tem influência nos comportamentos, nos resultados e na cidadania em saúde. Com o objetivo de caracterizar a literacia para a saúde na perspetiva das crianças em meio escolar, desenvolveu-se um estudo de abordagem qualitativa, com orientação dedutivo-indutiva. Desenvolveram-se vinte entrevistas semiestruturadas, analisadas recorrendo à análise de conteúdo. A literacia para a saúde dos participantes caracteriza-se pela capacidade de compreensão, gestão e investimento nas áreas da alimentação e controlo do peso, resultante da informação sobre saúde veiculada pelos profissionais de saúde, pais, professores e pares, o que permite promover a saúde e prevenir doenças através da adoção de estilos de vida saudáveis. Identifica-se a falta de conhecimento relativamente à informação sobre a prevenção do baixo peso. Conclui-se que a promoção da saúde contribui para a capacitação, 'empowerment', literacia para a saúde e cidadania em saúde.

**Palavras-chave:** Cidadania em saúde, Enfermagem comunitária, Literacia para a saúde, Promoção da saúde

## **ABSTRACT**

Health literacy is associated with health promotion and influences health behaviours, outcomes and citizenship. In order to characterize health literacy from the perspective of children in school, a study with a qualitative approach was developed, with a deductive-inductive orientation. Twenty semi-structured interviews were developed and analysed using the content analysis technique. The health literacy of the participants is defined by the ability to understand, manage and invest in the areas of food and weight control, resulting from health information conveyed by health professionals, parents, teachers and peers, which allows to promote health and prevent disease through the adoption of healthy lifestyles. We identified a lack of knowledge regarding information on the prevention of low weight. We concluded that health promotion contributes to training, empowerment, health literacy and health citizenship.

**Key words:** Health Citizenship, Community Nursing, Health Literacy, Health Promotion

## ÍNDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CONTEXTOS NACIONAL E INTERNACIONAL ....</b>	<b>16</b>
1.1 A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	19
1.2 AS CRIANÇAS EM MEIO ESCOLAR .....	24
1.3 LITERACIA PARA A SAÚDE .....	26
<b>2 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
2.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	34
2.2 ACESSO AO CAMPO.....	35
2.3 COLHEITA DE DADOS .....	36
2.4 TRATAMENTO DOS DADOS .....	39
2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	41
<b>3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
3.1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS.....	44
3.2 ALIMENTAÇÃO .....	48
3.3 CONTROLO DO PESO .....	51
3.4 INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE.....	56
<b>4 CONCLUSÕES.....</b>	<b>66</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Termos de consentimento informado para pais/representantes legais.....	78
ANEXO II – Autorização direção do agrupamento escolar A.....	80
ANEXO III – Autorização direção do agrupamento escolar B.....	82
ANEXO IV – Plano de entrevista semiestruturada.....	84
ANEXO V – Sistema de categorias.....	88
ANEXO VI – Autorização pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar.....	90
ANEXO VII – Autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados .....	92
ANEXO VIII – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém.....	96

## ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela 1 – Número total de alunos, consentimentos entregues e entrevistas realizadas por sexo.....	35
Tabela 2 – Tema 1 – Características individuais .....	45
Tabela 3 – Tema 2 – Alimentação .....	49
Tabela 4 – Tema 3 – Controlo do peso.....	53
Tabela 5 – Tema 4 – Informações sobre saúde .....	57

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

	f.
Figura 1 – Contextualização teórico-conceitual do estudo.....	31
Figura 2 – Esquema interpretativo que caracteriza a LS dos participantes.....	65

## **INTRODUÇÃO**

Em 1974, ouviu-se, pela primeira vez, o termo Literacia para a Saúde (LS), contudo, a necessidade de desenvolvimento da LS tem-se destacado desde o fim da década de 90, época em que surgiram as primeiras definições. Sorensen et al. (2012) definem LS como o conhecimento, competência e motivação, para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde nos três domínios da saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e Promoção da Saúde (PS). Para Saboga-Nunes (2014, p. 95), a LS é a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento”. O desenvolvimento destas capacidades contribui favoravelmente para o exercício da cidadania em saúde, o que implica uma forte aposta na PS (Saboga-Nunes, Freitas, & Cunha, 2016). A cidadania em saúde é a capacidade de exercer ativamente, poder/influência sobre o próprio estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde, de modo informado e responsável e constitui-se como um direito e dever das populações (Gonçalves & Ramos, 2010; World Health Organization (WHO), 1978).

Na enfermagem, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) tem competências para uma intervenção centrada na comunidade, para a consecução de projetos de saúde coletiva e para o exercício da cidadania, com vista à capacitação dos indivíduos e comunidades, o que implica atividades de PS, educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Para tanto e considerando que, atualmente, as pessoas procuram exercer cidadania em saúde (Direção Geral da Saúde (DGS), 2015b; Saboga-Nunes, et al., 2016), é essencial que o enfermeiro coloque a pessoa enquanto elemento central dos cuidados, com o intuito de corresponder efetivamente às necessidades em saúde e expectativas desta (DGS, 2015b; Gonçalves & Ramos, 2010). Esta abordagem implica que o enfermeiro se encontre num paradigma da transformação, o que significa reconhecer na pessoa a sua capacidade para definir o seu projeto de saúde, numa parceria recíproca, em busca pela satisfação das suas necessidades e construção do seu projeto de saúde (Pepin, Ducharme, & Kérrouac, 2017).

A LS está associada à PS, pela sua influência nos comportamentos, nos resultados e na cidadania em saúde. De acordo com a WHO (1986; 1997; 1998), PS é o processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades com o objetivo de melhorar a saúde e bem-estar. Na declaração redigida na conferência de ‘Alma-Ata’ em 1978, foram dados os

primeiros passos na definição de PS e nela pode ler-se que a promoção e proteção da saúde é essencial ao contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (WHO, 1978). Desde então, o tema tem sido amplamente discutido nas sucessivas conferências internacionais sobre PS.

De acordo com Okan et al. (2019), vários estudos revelam que a LS a nível mundial é limitada e, do mesmo modo, o estudo realizado na Europa através do European Health Literacy Survey (HLS-EU), revela que os baixos níveis de LS são uma característica comum à maioria dos países europeus, sendo que cerca de 50% dos adultos, em oito dos países, apresenta LS inadequada ou problemática (Sorensen, et al., 2015). Os resultados do Inquérito sobre LS em Portugal (ILS-PT) não contrariam esta tendência, revelando igualmente, níveis de LS considerados preocupantes, sendo que 49% dos indivíduos apresentam níveis de LS de inadequados a problemáticos (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016).

Por este motivo, a LS é um tema que tem despertado a atenção e mobilizado a criação de políticas públicas na área da saúde quer a nível nacional quer internacional. Além disso, Sorensen, et al. (2012) revelam que a LS influencia os comportamentos em saúde, o uso dos serviços, tem impacto nos custos e nos resultados em saúde e aumenta a participação e 'empowerment' individual. Na comunidade, promove a equidade e sustentabilidade das mudanças na saúde pública (Sorensen, et al., 2012).

De acordo com Sorensen, et al. (2012), os determinantes sociais, ambientais, pessoais e situacionais influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades. Neste sentido, as políticas públicas estão a caminhar para minimizar o impacto dos determinantes sociais em saúde e para criar ações que contribuam para a capacitação e 'empowerment' dos indivíduos e comunidades, de modo a torná-los capazes e mais ativos, assumindo a responsabilidade social pela saúde, através da manifestação das suas opiniões e necessidades, para adotarem comportamentos promotores de saúde e construírem o seu projeto de saúde, tendo em vista a melhoria da sua saúde e qualidade de vida (DGS, 2015b; WHO, 2013a). A colaboração intersectorial e a participação de todos, cidadãos, profissionais de saúde e as políticas públicas, são essenciais para a consecução destes objetivos em prol da saúde (DGS, 2015b; WHO, 2013a).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 da DGS (2015b), que tem como referencial a estratégia Health 2020 da WHO (2013a), apresentam eixos estratégicos e áreas de atenção que concorrem no sentido da PS. No âmbito da LS, foram criados em Portugal, entre outros, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA) que visa melhorar os níveis de LS em Portugal (Despacho n.º 3618-A/2016, 2016); o Plano de Ação para LS (PALS) com os objetivos de promover estilos de vida saudáveis; capacitar para a utilização adequada do sistema de saúde; promover o bem-estar na doença crónica e promover o conhecimento e a

investigação na área da LS (Direção de Serviços de Prevenção da Doença e PS (DSPDPS) & Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar (DLSBE), (2019). Mais recentemente, foi apresentado o Manual de Boas Práticas de LS – capacitação dos profissionais de saúde, que se constitui como uma ferramenta para adquirirem conhecimentos sobre modelos de mudança comportamental, oportunidades de promoção da LS nos diferentes contextos e fases do ciclo de vida (Almeida, et al., 2019).

No que diz respeito ao direito à saúde das crianças, a United Nations Children's Fund (UNICEF) (2019), defende os direitos da criança a cuidados médicos e a gozar do melhor estado de saúde possível. Nesse sentido, a parceria estabelecida entre o Ministérios da Saúde e da Educação em prol da saúde escolar, através das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), tem sido fundamental no trabalho conjunto para promover junto de alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (DGE, 2014). Na saúde escolar, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é o referencial do Sistema Nacional de Saúde Português e tem como objetivo obter maiores ganhos em saúde, “através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de LS da comunidade educativa” (DGS, 2015a, p. 1).

São vários os agentes responsáveis pelo desenvolvimento saudável da criança em idade escolar, entre eles, os pais, os professores, os pares e os profissionais de saúde, entre estes últimos, os enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento saudável durante a infância proporciona as bases essenciais que permitem que as pessoas usufruam de uma vida próspera em várias áreas, incluindo, o bem-estar social, emocional, cognitivo e físico, deste modo, para educar crianças saudáveis, é preciso estimular o seu desenvolvimento nestas áreas ('Early Child Development Knowledge Network' (ECDKN), 2007 citado em Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), 2010).

O EEEC, pelo contacto diário e direto com as pessoas na sua prática clínica, é um elemento privilegiado para capacitar as crianças, suas famílias e comunidade, no que diz respeito à promoção, prevenção e manutenção da saúde (Stanhope & Lancaster, 2016). Através da investigação, o EEEC pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e conseqüentemente, contribuir para os ganhos em saúde, identificando as suas necessidades, com vista a consecução de projetos de saúde coletivos (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Tendo em conta que a investigação é o motor de desenvolvimento e valorização do país, incluindo, o desenvolvimento económico e coesão social, os programas de saúde portugueses incentivam a promoção do conhecimento e investigação das atividades relacionadas com a saúde (DSPDPS & DLSBE, 2019; DGS, 2015a; 2015b). Considerando ainda, conforme Whitehead, et al. (2017) referem, que, apesar de todo o conhecimento já

publicado acerca da LS, parece haver uma lacuna nos estudos sobre LS nas crianças, nomeadamente, estudos sobre LS utilizando uma abordagem qualitativa.

Segundo Vieira, Reis, & Barroso (2019), os estudos quantitativos sobre LS em crianças apontam para baixos e médios níveis LS, no entanto, as crianças com níveis mais elevados de LS têm uma melhor qualidade de vida, são menos propensas a desenvolver obesidade ou a estar abaixo do peso e apresentam menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

Estudar e promover a saúde e a LS em crianças torna-se pertinente neste enquadramento, considerando a capacidade das crianças para aprender coisas novas, sendo o meio escolar o local propício para as aprendizagens e, logo, para estudar esta temática (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com Amendoeira (2000), se o enfermeiro tiver como referencial a melhor prática, a que é baseada na síntese da melhor evidência, na experiência profissional e no respeito pelos valores e referências das pessoas, poderá responder de modo efetivo às necessidades da população e conseguir melhores resultados sensíveis em enfermagem. Corroborando esta ideia, Stanhope & Lancaster (2016) reforçam a importância do investimento por enfermeiros comunitários na investigação científica, uma vez que se constitui a base para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo encontrar soluções para os problemas de saúde atuais.

Este estudo tem como área temática a **“Literacia para a saúde das crianças de nove e dez anos, em meio escolar”** e emerge da nossa participação no projeto de investigação - incrementando nas Crianças e Adolescentes a LS (CrAdLiSa). A participação consistiu na colheita de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, dados estes que foram mobilizados para o desenvolvimento desta dissertação de natureza científica.

Considerando a temática em estudo, propõe-se, deste modo, dar resposta à questão de investigação: **“Como se caracteriza a LS, na perspectiva das crianças de nove e dez anos, em meio escolar?”** com a finalidade de permitir aos enfermeiros promover a saúde em meio escolar, considerando os conhecimentos das crianças sobre saúde.

Mobilizou-se o Modelo de PS (MPS) de Nola Pender, uma vez que, permite identificar os fatores que influenciam os comportamentos promotores de saúde, permite implementar e avaliar ações de PS e tem em comum com este estudo, a finalidade de permitir à enfermagem (re)ajustar as suas intervenções no sentido de direcionar adequadamente as ações de PS (Pender, Parsons, & Murdaugh, 2018) e, assim, contribuir para o aumento da LS, com vista à promoção do bem-estar e de estilos de vida saudáveis ao longo da vida.

Este estudo enquadra-se num paradigma de investigação qualitativo, com orientação dedutivo-indutiva. A colheita de dados foi realizada mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada às 20 crianças de 9 e 10 anos de idade selecionadas em duas escolas,

entre os meses de maio e junho de 2019. As entrevistas transcritas foram analisadas recorrendo à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2018).

Esta dissertação de natureza científica em termos de estrutura e conteúdo está dividida em 4 capítulos. No primeiro capítulo, pretende-se realizar a contextualização nacional, internacional e teórico-conceitual acerca da PS e servirá de base para a compreensão e fundamentação da problemática em estudo. No segundo capítulo, expõe-se os desenvolvimentos metodológicos deste estudo. No terceiro, a análise e discussão dos resultados. Por fim, no quarto capítulo, procura-se dar resposta à questão de investigação por meio das conclusões.

## **1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CONTEXTOS NACIONAL E INTERNACIONAL**

A WHO (1998) definiu saúde como um recurso para a vida e um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade. O conceito enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e considera-a como um direito humano fundamental, pelo que todas as pessoas devem ter acesso a recursos para a saúde, o que implica que as políticas públicas no âmbito da saúde se direcionem no sentido da PS individual e comunitária e bem-estar (WHO, 1998).

Para Pender (2011), a saúde da pessoa é definida como uma experiência de vida em evolução, que depende da competência da pessoa para modificar os comportamentos de acordo com os seus objetivos em saúde, capacidade para o autocuidado e relacionamento satisfatório com os outros, enquanto mantém a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes relevantes. Considera que as doenças são eventos que ocorrem ao longo da vida, de forma aguda ou crónica, que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde (Pender, 2011). A OE (2001) corrobora afirmando que a saúde é um processo dinâmico e contínuo (variável ao longo do tempo), uma vez que depende da representação mental da condição individual e do bem-estar. Os indivíduos procuram atingir o estado de equilíbrio, que se traduz no “controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2001, p. 8).

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (2019) apresenta, à semelhança da lei de bases anterior (1990), o direito dos cidadãos à proteção da saúde ao longo da vida, salientando que esta é uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do estado, este último, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. A proteção da saúde engloba a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, cuidados continuados e cuidados paliativos (Lei n.º 95/2019, 2019). Em relação à anterior lei de bases que apenas garantia o acesso dos “cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Lei n.º 195/1990, 1990, p. 3452), a nova lei não coloca qualquer limitação nesta matéria, comprometendo-se garantir a todos os cidadãos que residem em território português, o direito à resposta das suas necessidades em saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

No que diz respeito ao direito à saúde das crianças, a UNICEF (2019) defende os direitos da criança a cuidados médicos e a gozar do melhor estado de saúde possível,

sendo da responsabilidade dos estados aderentes, entre os quais o Português, promoverem o acesso aos cuidados de saúde primários, às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil (UNICEF, 2019). Devem ainda assegurar que pais e crianças sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde, nomeadamente no que se refere à nutrição da criança, às vantagens do aleitamento materno, à higiene e à salubridade do ambiente, bem como à prevenção de acidentes (UNICEF, 2019).

O conceito de saúde aparece intrinsecamente ligado ao conceito de PS e emerge, neste estudo, como um dos conceitos centrais. Foi então precisamente em 1978, que foram dados os primeiros passos na definição do conceito PS em 'Alma-Ata'. Na declaração redigida nesta conferência, pode ler-se que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (WHO, 1978). Desde então, o tema tem sido amplamente discutido nas sucessivas conferências internacionais sobre PS. A carta de Ottawa e a declaração de Jacarta reforçam a importância da PS como um processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades, com o objetivo de melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, aumentando as possibilidades de adquirirem um controlo crescente sobre os determinantes sociais da saúde (WHO, 1986; 1997; Carvalho, 2007).

A capacitação diz respeito ao processo pelo qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde, para que se tornem capazes de expressar as necessidades, demonstrar as suas preocupações e elaborar estratégias de participação na tomada de decisão para atender às suas necessidades em saúde (Machado, Jerónimo, & Godinho, 2015; DGS, 2015b). Capacitar no contexto da PS significa estabelecer parcerias com os indivíduos ou grupos favorecendo o 'empowerment', através da mobilização de recursos humanos e materiais, para promover e proteger sua saúde (WHO, 1986). No mesmo contexto, 'empowerment' é o processo através do qual os indivíduos ganham maior controlo sobre decisões e ações que afetam a sua saúde (WHO, 1986).

Na declaração de Jacarta, estão descritas cinco prioridades na PS: promover a responsabilidade social pela saúde, aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde, expandir parcerias para PS, capacitar e empoderar os indivíduos e a comunidade (WHO, 1997). Nesse sentido, o conceito de PS apresenta a formulação de estratégias nos estilos de vida, ambiente e envolvimento político e profissional em cinco áreas de intervenção: construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária para a saúde, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (WHO, 1998).

Na 9ª Conferência Global sobre PS da WHO (2016), em Xangai, os governantes reconheceram que a saúde dos cidadãos tem um impacto positivo no desenvolvimento

sustentável das cidades, pelo que assumem que, pela sua responsabilidade política, devem apresentar uma atitude ativa e comprometerem-se a priorizar as decisões políticas em prol da saúde, no sentido de tornar as cidades inclusivas, seguras, resilientes, sustentáveis e saudáveis. Para tal, é dada ênfase à conciliação de políticas, com os objetivos globais e nacionais e com o envolvimento dos cidadãos, através da manifestação das suas opiniões e necessidades, em prol da PS individual, familiar e comunitária, em todos os contextos da vida quotidiana e em todas as idades (WHO, 2016). Assumiram, ainda, o compromisso de proteger as populações potencialmente mais vulneráveis como as mulheres e crianças (WHO, 2016). Do mesmo modo, em Portugal, a Lei de Bases da Saúde apresenta os princípios e fundamentos presentes nas referidas conferências sobre PS, como seja a conciliação de políticas públicas em saúde que garantam o acesso à saúde de forma equitativa e sem discriminação (Lei n.º 95/2019, 2019).

A UNICEF (2019) corrobora com a declaração da WHO (2016), defendendo que as crianças têm direito a um nível de vida adequado, ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social e que, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de proteção, sendo a família que deve assumir a responsabilidade de garantir esses cuidados e proteção. Deve ainda ser garantido às crianças o acesso à informação proveniente de fontes diversas, encorajar os media a difundir informação que seja de interesse social e cultural para a criança, que vise promover o seu bem-estar a todos os níveis e tomar medidas para proteger a criança contra materiais que ponham em causa o seu bem-estar (UNICEF, 2019).

A PS representa, assim, um processo social e político abrangente, que inclui ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e económicas, a fim de reduzir o impacto na saúde comunitária e individual. Um componente básico na PS é a educação para a saúde, definida como uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, com o intuito de adquirirem e conservarem hábitos de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que impliquem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (WHO, 1986).

A WHO (2013a) apresentou a estratégia Health 2020, constituindo-se como o quadro de referência para as políticas de saúde, na qual são abordadas as questões relacionadas com a PS, a capacitação e o 'empowerment' dos indivíduos e comunidades. Está centrado na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde (WHO, 2013a). O PNS 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 tem, neste sentido, como referencial a estratégia Health 2020 e apresenta 4 eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso aos cuidados de saúde, políticas saudáveis e qualidade em saúde (DGS, 2015b).

O PNS está ainda alinhado com a estratégia Health 2020 nos seguintes elementos: foco na saúde e no bem-estar; governança participativa (o governo e a sociedade); abordagem pelo ciclo de vida; foco na equidade; foco nos determinantes sociais; 'empowerment' dos cidadãos; avaliação do impacto na saúde; e foco no sistema de saúde (DGS, 2015b). Os determinantes da saúde são os fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde individual, familiar ou comunitária (CDSS, 2010; Carvalho, 2012) e podem ser: físicos ou biológicos; socioeconómicos; ambientais; de estilos de vida; e acesso aos serviços. Os estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual) ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de ganhos em saúde (CDSS, 2010). Os determinantes sociais e ambientais dizem respeito à situação demográfica, cultura, linguagem, forças políticas e sistemas sociais; por sua vez, os determinantes pessoais como a idade, o sexo, a raça, o status socioeconómico, a educação, a ocupação, o emprego, a renda e a literacia; e, por último, os determinantes situacionais, o apoio social, influências familiares e de pares, ambiente e uso das tecnologias de informação e comunicação (Sorensen, et al., 2012).

As políticas públicas em matéria de saúde convergem no sentido da melhoria da saúde e bem-estar de todos os cidadãos, através de ações que visam a capacitação e 'empowerment' dos indivíduos e comunidades. Estas ações são postas em prática nos mais diversos contextos de cuidados em que os enfermeiros exercem um papel preponderante na PS, em especial, o EEEEC dadas as suas competências específicas neste âmbito (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Isto é particularmente relevante, dado que, com a PS, a população pode conseguir níveis de LS mais elevados, uma vez que a LS está associada à PS. A LS é fundamental para o 'empowerment', uma vez que melhora o acesso das pessoas às informações sobre saúde e sua capacidade de as usar efetivamente (WHO, 1998; Sorensen, et al., 2012).

## 1.1 A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O regulamento das competências específicas do EEEEC defende que o EEEEC deve ter uma intervenção centrada na comunidade com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a consecução de atividades de PS, educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Contudo, tudo isto só é possível se aquando da abordagem à PS, e corroborando com o que WHO (2016) defende em relação à participação dos indivíduos e

comunidades no sentido de melhorarem a sua saúde, o enfermeiro exerça a sua prática clínica com base no paradigma da transformação, conforme defendem Pepin, et al. (2017).

Os enfermeiros que se encontram no paradigma da transformação reconhecem nas pessoas as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados, mantendo o bem-estar tal como a pessoa o define e "ser com", acompanhando-a nas suas experiências de saúde, ao seu ritmo, e segundo o caminho que ela própria escolher, num processo co construído que seja promotor de saúde, não se lhe impondo. Tudo isto requer tempo, pelas características das pessoas e dos contextos em que ocorrem, mas permite que as pessoas sejam coprodutoras de saúde a partir da consciência da situação (Pepin, et al., 2017).

Esta abordagem é cada vez mais pertinente, uma vez que, atualmente, com o aumento da literacia em geral e da LS mais em particular, as pessoas assumem o papel de atores sociais, comprometidos e envolvidos relativamente aos cuidados que lhes são prestados, têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais informação e maior participação nas decisões, exercendo a sua cidadania em saúde (DGS, 2015b; Saboga-Nunes, et al., 2016). Neste sentido, considera-se essencial que o enfermeiro coloque a pessoa enquanto elemento central dos cuidados, com o intuito de corresponder efetivamente às suas necessidades e expectativas em saúde, numa colaboração recíproca na qual a pessoa participa ativamente no seu projeto de saúde (DGS, 2015b; Gonçalves & Ramos, 2010).

Esta participação ativa das pessoas no seu projeto de saúde é designada por cidadania em saúde e é definida enquanto capacidade de exercer ativamente, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde, de modo informado e responsável, e constitui-se como um direito e dever das populações (Gonçalves & Ramos, 2010). Para Saboga-Nunes, et al. (2016), cidadania em saúde é poder desenvolver a capacidade de compreensão, gestão e investimento, forças determinantes para o desenvolvimento do sentido de coerência do paradigma salutogénico. Para que os indivíduos e comunidades exerçam cidadania em saúde é necessário investir fortemente na PS e, nesse sentido, as políticas públicas nacionais e internacionais têm apostado fortemente.

Por sua vez, a enfermagem também promove a cidadania em saúde, através do processo de capacitação de grupos e comunidades (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018) que mediante ações de PS e do estabelecimento de parcerias com indivíduos, famílias e comunidades, cria as condições mais favoráveis para promover a saúde e bem-estar (Pender, 2011). Para Pender, et al. (2018), a enfermagem deve ter em consideração a complexidade da PS que se foca em seis dimensões: o indivíduo, a família, a comunidade, a socioeconómica, a cultural e ambiental sendo fundamental o seu contributo com vista a capacitar o indivíduo para o autocuidado.

Nola Pender, em 1982, publica o MPS que tem por base o modo como os indivíduos tomam as decisões para cuidar da própria saúde (Pender, 2011). O modelo de Pender assenta na conceção da PS, definida como um processo que permite que indivíduos, grupos, famílias e comunidades exibam os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomem medidas (Pender, et al., 2018). Através do MPS, é possível identificar os fatores que influenciam os comportamentos promotores de saúde, permite implementar e avaliar ações de PS e tem em comum com este estudo, a finalidade de permitir à enfermagem (re)ajustar as intervenções no sentido de direcionar adequadamente as suas ações de PS (Pender, et al., 2018), e, assim, contribuir para o aumento da LS com vista à promoção do bem-estar e estilos de vida saudáveis ao longo da vida. Isto é possível pelo estudo da inter-relação de 3 fatores (Pender, et al., 2018): as características e experiências individuais; as condições específicas que influenciam o comportamento e os resultados do comportamento de PS.

A teoria da aprendizagem social, de Albert Bandura, é central no MPS. Esta teoria defende que as pessoas criam objetivos para si mesmas e preveem os resultados prováveis para guiar e motivar antecipadamente os seus esforços (Bandura, Azzi, Polvdoro, & Costa, 2008). Ainda de acordo com a teoria da aprendizagem social, o comportamento do indivíduo resulta de determinantes como os fatores pessoais, acontecimentos e comportamentos que, em permanente interação, se influenciam mutuamente e que são adotados em função do que o indivíduo valoriza e concebe como capaz de realizar (Bandura et al., 2008). Entre os diversos construtos da teoria da aprendizagem social, a modelação, a crença de autoeficácia e a autorregulação têm particular ligação com a aprendizagem.

A modelação explica o processo de aprendizagem observacional por exposição a modelos que funcionam como transmissores de conhecimento, valores, habilidades, etc. (Bandura, 2012). A autoeficácia refere-se às crenças da pessoa na sua capacidade de organizar e executar as ações necessárias para atingir determinados objetivos e as crenças são desenvolvidas durante a vida e moldadas pela interação entre as experiências pessoais, experiências observacionais, influências interpessoais e pelas interpretações e mudanças dos estados fisiológicos e emocionais (Bandura, 2012). Por sua vez, a autorregulação da aprendizagem refere-se a pensamentos, sentimentos e comportamentos autogerados, que são planeados e sistematicamente adaptados conforme a necessidade para influenciar a própria aprendizagem e motivação (Zimmerman, 2000). As pessoas autorreguladas distinguem-se por serem proativos e apresentarem capacidade de automotivação (Zimmerman, 2000).

De acordo com Pender (2011), o MPS assenta em sete pressupostos que põem a descoberto o papel ativo do indivíduo na gestão dos seus comportamentos de saúde em interação com o contexto ambiental: as pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam expressar o seu potencial de saúde; têm capacidade de autorreflexão e

consciência que lhes permite autoavaliarem-se; valorizam o crescimento, procurando soluções entendidas como positivas e em que existe um equilíbrio aceitável entre mudança e a estabilidade; procuram desempenhar um papel ativo na regulação do seu comportamento e na sua complexidade biopsicossocial, em interação como o meio ambiente, modificam-no e são simultaneamente modificados por ele; uma parte do ambiente interpessoal que influencia o indivíduo durante toda a sua vida, inclui os profissionais de saúde; o reajuste dos padrões de interação pessoa-ambiente cabe ao mesmo e é essencial para que ocorra a mudança do comportamento.

O MPS sugere que cada pessoa é um organismo biopsicossocial em constante interação com o ambiente e que possui características e experiências pessoais únicas que afetam os seus comportamentos (Pender et al., 2018). O conjunto de variáveis das condições específicas que influenciam o comportamento, além de terem elevado significado motivacional, podem ser modificados através de intervenções de enfermagem (Pender et al., 2018).

Pepin, et al. (2017) identificaram quatro conceitos presentes em quase todos os modelos teóricos de enfermagem, que são designados por conceitos metaparadigmáticos e fundamentam a prática de enfermagem. A enfermagem define-se, assim, pela forma única como os enfermeiros estabelecem a relação entre estes: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (Pepin, et al., 2017), estes quatro conceitos estão também presentes no MPS. A OE (2001) assume estes conceitos como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

A saúde é um processo dinâmico e contínuo na procura do equilíbrio individual para controlar o sofrimento, promover o bem-estar físico e o conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001). A pessoa é definida como “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p. 9). Por sua vez, “o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, pp. 9-10). Pender (2011) sugere que a pessoa pode manipular o ambiente por forma a criar um contexto positivo, que promova comportamentos que melhorem a saúde. A família, devido aos seus valores, atitudes e crenças, tem um papel preponderante na aquisição de conhecimentos, comportamentos e consequentemente, no desenvolvimento de competências (Pender, 2011). Os cuidados de saúde são prestados pelos enfermeiros às pessoas e comunidades, em parceria e centrados nestes, de acordo com os seus objetivos de saúde, os cuidados são prestados mediante o estabelecimento de uma relação terapêutica, tendo como fundamento a prática baseada na evidência científica (OE, 2001).

Considerando a relevância das características e experiências individuais pela influência que exercem nos comportamentos promotores de saúde, é pertinente caracterizar as crianças de 9 e 10 anos. Para a UNICEF (2019), a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. O código civil Português, quando se refere à maioridade e emancipação, afirma “aquele que perfizer vinte e um anos de idade adquire plena capacidade de exercício de direitos, ficando habilitado a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens” (Dec. Lei n.º 47344 do Ministério da Justiça, 1966, p. 1897).

De acordo com a idade em que se encontram, as crianças apresentam determinados padrões de comportamento que permitem caracterizá-las tendo em conta o seu desenvolvimento. Hockenberry & Wilson (2014) referem que as crianças com idades compreendidas entre os 6 e 12 anos, se encontram na infância média, também habitualmente conhecida por idade escolar. Neste período de desenvolvimento, a criança dirige-se para fora do grupo familiar, para o mundo mais amplo das relações com os seus pares. Existe um crescente desenvolvimento físico, mental e social, com maior realce no desenvolvimento de habilidades. Este é um período crítico do desenvolvimento do autoconceito, isto é, do modo como cada indivíduo se descreve e se conhece em relação às suas próprias crenças e convicções o que tem influência na sua relação com os outros (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com Piaget, o pensamento das crianças torna-se cada vez mais lógico e coerente e estas são capazes de lidar simultaneamente com vários aspetos diferentes de uma situação, resolvem os problemas de modo concreto e sistemático, com base na sua perceção, conseguem levar em consideração pontos de vistas diferentes dos seus, contudo, não têm capacidade de lidar com o modo abstrato (Hockenberry & Wilson, 2014).

A criança em idade escolar não pode ser dissociada do seu meio familiar e escolar, pois, nestes contextos, são vários os agentes responsáveis pelo desenvolvimento saudável da criança, entre eles, os pais, os professores, os pares e os profissionais de saúde, entre estes últimos os enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). A família constitui-se como um elemento preponderante na potenciação dos comportamentos salutogénicos (DGS, 2015b). Os pais são a influência primária na modelação da personalidade dos filhos e têm um papel importante na promoção da sobrevivência física e na saúde dos filhos, responsabilidades na educação da criança para que se tornem adultos independentes, no desenvolvimento da personalidade, na transmissão de valores culturais e crenças, na satisfação as suas necessidades biológicas e de afeto (Hockenberry & Wilson, 2014).

A escola é o segundo agente socializador mais importante na vida das crianças, é neste meio, que aprendem os efeitos dos comportamentos que se desviam das expectativas da sociedade e é aqui que ocorre a interação entre estas e o professor, considerado uma pessoa importante e significativa na vida da criança, que incentiva o desenvolvimento

intelectual e a capacidade de resolver criativamente os problemas (Hockenberry & Wilson, 2014). A escola é também o contexto ideal para o desenvolvimento das relações com os pares que são importantes e necessários ao desenvolvimento infantil normal e servem como agente de transmissão de valores da sociedade em cada geração de crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

O EEEC, é responsável pela prestação de cuidados de saúde, das crianças, suas famílias e comunidades, com os quais estabelece um contacto diário e direto. São, por isso, elementos privilegiados para promoção, prevenção e manutenção da saúde (Stanhope & Lancaster, 2016).

Neste sentido, o programa nacional de saúde infantil e juvenil promove a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de PS e de prevenção da doença, nomeadamente, ao facultar aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (Norma 010/2013 da DGS, 2013). A melhoria da saúde das crianças implica uma corresponsabilização social, que requer o envolvimento e participação de várias estruturas da comunidade e projetos conjuntos. Todos devem estar envolvidos, família, escola e profissionais de saúde, sobretudo quando as suas atividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos (DGS, 2015b). Stanhope & Lancaster, (2016) reforçam esta ideia afirmando que a enfermagem comunitária é complementar à PS e prevenção da doença, utilizando, para planear e implementar intervenções com vista a resolução de problemas de saúde, uma abordagem interdisciplinar e multisectorial.

## 1.2 AS CRIANÇAS EM MEIO ESCOLAR

A WHO (1999) em Health21, estabeleceu metas de saúde para o século 21, prevendo que a PS e os estilos de vida saudáveis tenham uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, de modo a que em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a escola, integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Do mesmo modo, uma das metas da WHO (2016) até 2030 visa implementar abordagens integradas para promover a saúde nas escolas.

Na 9ª conferência sobre PS, os governantes comprometeram-se apostar em políticas públicas que visem eliminar a poluição ambiental, priorizar o desenvolvimento infantil precoce, garantir que as políticas e programas municipais em saúde, educação e serviços sociais não deixem as crianças para trás, assim como, em promover a atividade física, a alimentação saudável e a desincentivar o consumo de tabaco (WHO, 2016).

Na sequência das recomendações da WHO, Portugal integra, desde 1994, a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, numa parceria interinstitucional com a saúde e a educação, que conduziu a uma efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar (Direção Geral de Educação (DGE), 2014). Esta parceria, que tem o objetivo de melhorar a saúde de todos os envolvidos no meio escolar, constituiu o ponto fulcral das EPS (DGS, 2019a) e tem sido fundamental na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de educação para a saúde e de saúde escolar (DGE, 2014).

A EPS é uma escola que fortalece sistematicamente a capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem e tem como finalidades melhorar os resultados escolares e facilitar ações a favor da saúde, gerando conhecimentos e habilidades nos domínios cognitivo, social e comportamental (WHO, 1998). Proporciona um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham em conjunto, para proporcionar a alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (DGE, 2014).

Para apoiar as EPS, a DGE (2014) lança o programa de apoio à PS e educação para a saúde, dando enfoque às seguintes áreas temáticas: saúde mental e prevenção da violência; educação alimentar e atividade física; comportamentos aditivos e dependências; afetos e educação para a sexualidade. Tem como finalidades, promover a LS; promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis; valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis; criar condições ambientais para uma EPS; universalizar o acesso à educação para a saúde em meio escolar; qualificar a oferta da educação para a saúde em meio escolar e consolidar o apoio aos projetos em meio escolar (DGE, 2014).

No contexto europeu, as EPS ajudam os países a atingir as metas e os objetivos da WHO (2013a) para a saúde e o bem-estar. No contexto nacional, os princípios das EPS – equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e ‘empowerment’ de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar – continuam a ser uma referência, um objetivo comum da educação e da saúde e a nortear a intervenção da saúde escolar (DGS, 2015a).

O PNSE é o referencial do SNS Português e foi concebido tendo em conta a reorganização estrutural e funcional do SNS, os objetivos e estratégias do PNS 2012-2016, a sua revisão e extensão a 2020 e os objetivos e estratégias da ‘Health’ 2020 (DGS, 2015b; WHO, 2013a). O PNSE pretende obter maiores ganhos em saúde, “através da promoção de contextos escolares favoráveis à adoção de estilos de vida mais saudáveis e à melhoria do nível de LS da comunidade educativa” (DGS, 2015a, p. 1).

Na saúde escolar, o enfermeiro tem um papel preponderante na PS das crianças e jovens, pela proximidade que pode estabelecer com estes, assim como com toda a

comunidade educativa (Hagan, Shaw, & Duncan, 2017). Por outro lado, de acordo com o 'National Association of Scholl Nurses' (2018), a presença do enfermeiro nas escolas é uma mais valia para o estabelecimento de ensino, uma vez que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem. Esta proximidade permite-lhe conhecer hábitos de vida, atitudes e condutas relacionadas com a saúde, assim como fatores que influenciam a mesma e, deste modo, identificar necessidades e problemas onde poderá intervir, considerando também a possibilidade de envolver os encarregados de educação, de forma a garantir que os ensinamentos veiculados sejam reforçados em casa (Hockenberry & Wilson, 2014). Estes autores acrescentam ainda que a intervenção do enfermeiro é fundamental para que se possam alcançar ganhos em saúde e alterações de comportamento. De acordo com Ferreira (2008), a motivação, a empatia e a capacidade de comunicação são essenciais ao estabelecimento da relação de proximidade com o grupo, baseada no respeito pela individualidade, na privacidade, na confidencialidade e na autonomia dos indivíduos.

O grande investimento da saúde escolar tem sido direcionado, nos últimos anos, para a melhoria da LS dos alunos, nomeadamente, através de mais informação nas áreas da alimentação saudável, da educação para os afetos e sexualidade, bem como para as questões ambientais que comprometem a saúde (DGS & PNSE, 2016). Para melhorar o nível de LS, devem ser considerados os principais determinantes da saúde dos jovens, nomeadamente, as desigualdades sociais e económicas que afetam especialmente os grupos mais vulneráveis, como as crianças (DGS & PNSE, 2016). Intervir a este nível é uma tarefa multidisciplinar e intersectorial, que só é possível com o envolvimento de outras instituições da comunidade local (DGS & PNSE, 2016; Silva & Brito, 2014), assim como, através do envolvimento dos profissionais de saúde, pais e professores, pela influência que exercem nas crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

### 1.3 LITERACIA PARA A SAÚDE

O conceito de LS foi utilizado pela primeira vez em 1974 pelo professor Scott Simonds, num artigo sobre educação em saúde como política social (Simonds, 1974). É curioso perceber que, já naquela época, o mesmo autor defendia que a educação para a saúde deveria estar incluída na prestação de cuidados de saúde, pela sua capacidade de reforçar as boas práticas em saúde e criar cidadãos ativos na sua saúde. Nesse artigo, o termo LS surge quando Simonds sugere algumas metas políticas que gostaria de ver alcançadas naquela década. Este defende que devem ser estabelecidos padrões mínimos de LS em meio escolar e propõe o desenvolvimento de programas com professores qualificados em educação para a saúde nas escolas (Simonds, 1974).

Embora se tenha ouvido o termo pela primeira vez em 1974, é na década de 90, que surgem as primeiras definições (Sorensen, et al., 2012). Desde então, o tema tem vindo a ganhar grande destaque na saúde, pelo impacto nas contas públicas e pelo seu potencial na PS e qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

De acordo com Saboga-Nunes (2014, p. 95), a LS é a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento favoráveis à PS”. Para Saboga-Nunes (2014), a capacidade de compreensão refere-se ao modo como a pessoa apreende os estímulos do meio, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara, isto é, a capacidade de compreender a informação. A capacidade de gestão está relacionada com a aptidão individual para interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação e mobilizar os recursos (pessoais ou sociais) disponíveis e adequados para responder às suas necessidades. Por fim, a capacidade de investimento diz respeito à forma como a pessoa comunica e utiliza a informação que permite a tomada de decisão, no sentido de melhorar ou manter a saúde e depende da motivação da pessoa para investir a sua energia na resolução dos problemas e satisfação das suas necessidades (Saboga-Nunes, 2014).

A capacidade de compreensão, de gestão e de investimento interrelacionam-se e são componentes do sentido de coerência (Saboga-Nunes, 2014), que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um sentimento de confiança persistente e dinâmico, encara os estímulos provindos do meio interno/externo da sua existência como estruturados, predizíveis e explicáveis (Saboga-Nunes, 2014).

Sorensen et al. (2012) definem LS como o conhecimento, competência e motivação, para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde nos 3 domínios da saúde: cuidados de saúde, prevenção de doenças e PS. O modelo de LS proposto por Sorensen et al. (2012) defende que os resultados da LS podem ser observados, quer a nível individual – ao longo do ciclo vital, quer a nível comunitário. Destaca ainda que a LS influencia os comportamentos em saúde e o uso dos serviços, tem impacto nos custos e resultados em saúde e aumenta a participação e ‘empowerment’ individual. Na comunidade, promove a equidade e sustentabilidade das mudanças na saúde pública (Sorensen, et al., 2012).

Em Portugal, a anterior Lei de Bases da Saúde não fazia referência à LS, contudo, a atual Lei n.º 95/2019 (2019, p. 57) defende a promoção da educação para a saúde e da LS, “permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável”. Neste sentido, o Estado Português compromete-se promover “a participação das pessoas na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde, promovendo a LS”, além disso, pode ler-se que “o Estado promove a LS, permitindo às pessoas compreender, aceder e utilizar melhor a informação sobre saúde, de modo a decidirem de forma consciente e informada” (Lei n.º 95/2019, 2019, pp. 58-59) e que

a LS deve estar sempre presente nas decisões e intervenções em saúde pública, impondo a articulação com outras áreas governamentais, em particular a da educação, do trabalho, da solidariedade social e do ambiente, com as autarquias e com os organismos e entidades do setor público, privado e social (Lei n.º 95/2019, 2019, p. 59).

Na 9ª Conferência Global sobre PS da WHO (2016), em Xangai, os governantes reconheceram que a LS é um determinante crítico da saúde e destacaram a importância de capacitar os cidadãos e possibilitar o seu envolvimento ativo em ações coletivas de PS. Assumem que cidades saudáveis são locais privilegiados para implementar políticas de saúde, para PS e da LS. Nesse sentido, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, constituem-se como agentes importantes nas ações de PS, uma vez que promovem o acesso a informações sobre saúde, facilitando a capacitação e consequentemente, o ‘empowerment’, além disso, apoiam o acesso aos processos políticos que moldam as políticas públicas que afetam a saúde (WHO, 1998).

A avaliação do nível de LS é um aspeto fundamental para a saúde pública, uma vez que só conhecendo os níveis de LS e os seus determinantes, é que a enfermagem pode intervir adequadamente com a finalidade de promover a saúde e a LS.

Segundo Vieira, et al. (2019), os estudos quantitativos sobre LS em crianças apontam para baixos e médios níveis LS. As crianças com níveis mais elevados de LS têm uma melhor qualidade de vida e são do sexo feminino, têm melhor perceção do seu desempenho escolar, boas relações familiares, pais com qualificações académicas mais elevadas, rendimentos familiares mais elevados e vivem em áreas urbanas. Crianças com LS mais elevada são menos propensas a desenvolver obesidade ou a estar abaixo do peso e apresentam menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares (Vieira, et al., 2019).

Okan et al. (2019) revelam que a LS a nível mundial é limitada e, do mesmo modo, o estudo realizado na Europa através do HLS-EU em 2011, onde participaram oito países europeus: Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia, revela que os baixos níveis de LS são uma característica comum à maioria dos países europeus, onde cerca de 50% dos adultos apresentam LS inadequada ou problemática (Sorensen, et al., 2015).

Em 2015, foi aplicado o ILS-PT em Portugal, com o objetivo de conhecer os níveis nacionais de LS. Este inquérito estava integrado e seguiu a mesma metodologia do HLS-EU (Espanha, et al., 2016). No estudo, foram construídos e analisados quatro índices: índice geral de LS; índice de literacia em cuidados de saúde; índice de literacia sobre prevenção de doenças; e índice de literacia sobre PS. No que diz respeito ao índice geral LS, Portugal encontra-se abaixo da média dos países participantes no HLS-EU (Espanha, et al., 2016).

Portugal caracteriza-se por ter 11% da população com um nível de literacia “inadequado” e cerca de 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado “problemático”. 50% dos portugueses têm um nível de literacia

“excelente” ou “suficiente”, mas a percentagem no nível “excelente” (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos países (Espanha, et al., 2016, p. 8).

De destacar que no índice de LS no âmbito da PS, Portugal apresenta valores médios acima dos valores médios dos países participantes no HLS-EU (Espanha et al., 2016). Segundo Almeida et al. (2019), baixos níveis de LS estão relacionados com um maior número de internamentos, com uma maior procura dos serviços de urgência e também com uma menor prevalência de atitudes de prevenção da doença e PS, levando a uma diminuição da qualidade de vida. Além disso, a LS também influencia a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo, portanto, essencial para a sustentabilidade do SNS e, por esse motivo, uma das principais prioridades da DGS (Almeida, et al., 2019).

No acesso à informação sobre saúde, os portugueses destacaram os profissionais de saúde como elementos primordiais na obtenção de informações, seguido dos familiares e amigos. A internet revelou-se como o meio que, em média, é utilizado com menor frequência na procura de informações sobre saúde (Espanha et al., 2016).

As principais conclusões do ILS-PT referem que quanto mais jovens (até aos 45 anos) e maior o nível de escolaridade, maior o nível de LS; a LS não pode ser dissociada da literacia em geral; existe uma correlação positiva entre LS e práticas diárias de literacia; as tecnologias da informação e da comunicação emergem como uma forte alternativa para disseminar informação em saúde e para promover e desenvolver ações de saúde e de promoção de LS, sobretudo, para os mais jovens e os mais escolarizados; existem categorias sociais particularmente vulneráveis em termos de LS que devem ser consideradas aquando da definição das políticas públicas de saúde (Espanha et al., 2016).

Considerando que a LS é um desafio para políticos, profissionais de saúde e cidadãos, Espanha et al. (2016) sugerem ações concretas para fomentar a autonomia dos cidadãos e as qualificações e competências dos profissionais e decisores nesta matéria: diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e sociais, facilitando a possibilidade dos cidadãos o compreenderem e a ele terem acesso; diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, considerando a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em LS que atravessam a sociedade portuguesa; apoiar iniciativas que melhorem a LS, tendo em especial atenção às dirigidas aos grupos mais vulneráveis, incluindo iniciativas nos curricula escolares; criar e estabelecer um sistema de monitorização e acompanhamento da LS a nível nacional, que acompanhe os esforços semelhantes a nível europeu.

Portugal, além de ser um dos países pioneiros no desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da LS, é também um exemplo internacional nesta área (Almeida, et al., 2019). Prova disso foi a criação do PNECLA e a criação na DGS, da DLSBE. Sustentado em estudos que apontam para baixos níveis de LS em Portugal, o que

representa, per si, um fator crítico para a sustentabilidade do SNS. Apresentado pelo XXI Governo Constitucional Português, o PNECLA tem como objetivo

contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tomando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade (Despacho n.º 3618-A/2016, 2016, p. 8660 (5)).

A criação da biblioteca de LS é uma das iniciativas deste programa, que tem como objetivo promover o acesso à informação sobre saúde, tornando as pessoas mais autónomas em relação à sua saúde e à saúde dos que as rodeiam ao longo de todo o ciclo de vida (SNS, 2019). A estratégia passa pela publicação online na biblioteca de LS através do link: <https://biblioteca.sns.gov.pt/>, onde o cidadão poderá ter acesso a diversos materiais adequados a cada fase do ciclo vital (SNS, 2019), esta biblioteca está também disponível na área pessoal “área do cidadão” do registo de saúde eletrónico: [servicos.min-saude.pt](http://servicos.min-saude.pt). Para as crianças, o ícone “crescer em segurança” permite o acesso a materiais educativos como vídeos, jogos, folhetos, cartazes, etc. dos mais variados temas, por exemplo, a utilização segura de medicamentos, vida saudável, controlo do peso, alimentação, saúde mental, vacinação, saúde oral, etc (SNS, 2019).

Posteriormente, em 2018, a DGS apresenta o PALS<sup>1</sup>, que foi desenvolvido no sentido de ir ao encontro dos objetivos do PNS, nomeadamente, a promoção da LS da população portuguesa, com o objetivo de potenciar e criar novas oportunidades para o estabelecimento de comportamentos saudáveis (DSPDPS & DLSBE, 2019). De acordo com o DSPDPS<sup>2</sup> & DLSBE<sup>3</sup> (2019), a LS é uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida, pelo que devem ser consideradas as especificidades de cada uma das suas fases.

Mais recentemente, em 2019, a DGS apresenta e como complementar ao PALS, o Manual de Boas Práticas de LS – capacitação dos profissionais de saúde (Almeida, et al., 2019). Este manual constitui-se como um guia para profissionais de saúde que permitirá uma melhor compreensão acerca dos temas que envolvem a LS com o fim de aumentar os níveis de LS da população portuguesa (Almeida, et al., 2019). Através do manual, os profissionais poderão adquirir conhecimentos sobre modelos de mudança comportamental, oportunidades de promoção da LS nos diferentes contextos e fases do ciclo de vida, obstáculos à LS, métodos e meios para a promoção da LS, ferramentas de orientação para as pessoas e sugestões para conteúdos e modelos gráficos (Almeida, et al., 2019).

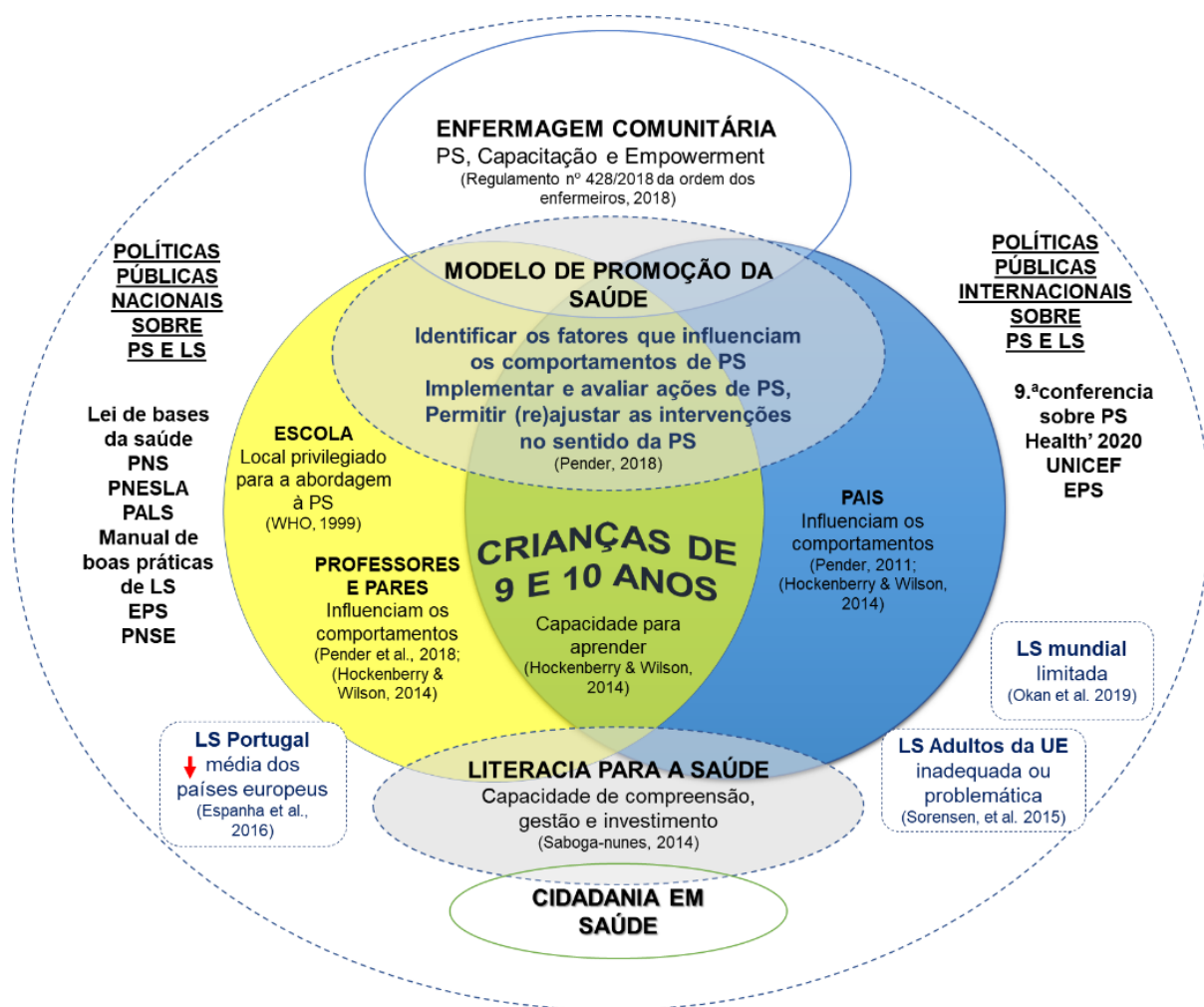
---

<sup>1</sup> Plano de Ação para Literacia para a Saúde

<sup>2</sup> Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

<sup>3</sup> Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar

A figura 1 esquematiza a contextualização teórico-conceitual do estudo realizada ao longo deste capítulo, dando relevo à importância do olhar específico da enfermagem e da enfermagem comunitária e das fontes selecionadas para o estudo, nomeadamente, no âmbito da PS e da LS. O MPS permite guiar a prática clínica de enfermagem no sentido da PS, destacando a importância de considerar as características das crianças e os principais fatores e agentes que influenciam o seu comportamento; a saber, a escola, os professores, os pares, os pais e profissionais de saúde. Por sua vez, os estudos nacionais e internacionais sobre LS têm demonstrado e fundamentam a importância da PS para o desenvolvimento sustentável dos sistemas de saúde públicos, para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e cidadania em saúde dos indivíduos e comunidades e nesse sentido,



**Figura 1** – Contextualização teórico-conceitual do estudo

contribuem para sustentar a criação das políticas públicas nesta matéria.

No próximo capítulo apresentar-se-á o desenho do estudo, que nos guiará para a análise e discussão dos resultados.

## **2 DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO**

Os vários estudos sobre LS realizados em Portugal apresentam uma abordagem quantitativa, Whitehead, et al. (2017) e referem que, apesar de todo o conhecimento já publicado acerca da LS, parece haver uma lacuna nos estudos sobre LS nas crianças, nomeadamente, estudos sobre LS utilizando uma abordagem qualitativa.

Estudar a LS em crianças é pertinente neste enquadramento dado que, como referido anteriormente, as crianças têm capacidade para aprender coisas novas e o meio escolar é o local propício para as aprendizagens, logo, para estudar esta temática.

A investigação é o motor de desenvolvimento e valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social e os programas de saúde portugueses incentivam a promoção do conhecimento e investigação das atividades relacionadas com a saúde (DSPDPS & DLSBE, 2019; DGS, 2015a; 2015b). Stanhope & Lancaster (2016) reforçam a importância do investimento por enfermeiros comunitários na investigação científica, uma vez que, se constitui a base para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo encontrar soluções para os problemas de saúde atuais.

Foi considerando estes pressupostos que nos propusemos estudar a “**Literacia para a saúde das crianças de nove e dez anos, em meio escolar**” partindo da hipótese teórica de que existe uma relação entre a LS das crianças e o meio escolar.

Este estudo tem por base o estudo europeu sobre estilos de vida e LS nas crianças e adolescentes e enquadra-se no projeto de investigação nacional e internacional CrAdLiSa, desenvolvimento conceptual e metodológico para a PS e prevenção primária, através da utilização da abordagem salutogénica e teorias de socialização. Tem como objetivo avaliar níveis de LS, analisar o seu efeito nos estilos de vida e como promovê-los no sentido da PS, e resulta de um protocolo desenvolvido com a DGS em todo o país. O projeto de investigação CrAdLiSa tem a coordenação nacional do Doutor Prof. Luís Saboga Nunes, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, tendo este solicitado a participação da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), para a colheita de dados. Deste modo, integrou-se o referido projeto com a perspetiva de mobilizar os dados colhidos para o desenvolvimento do estudo apresentado nesta dissertação de natureza científica.

A realização de um trabalho de investigação envolve a análise e solução de um problema que deve ser enunciado mediante a formulação de uma pergunta de partida, respondida por meio da aplicação do método científico (Quivy & Campenhoudt, 2011). O

método científico é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permitem alcançar um objetivo com segurança e economia, uma vez que traça o caminho a ser seguido, deteta erros e auxilia as decisões do investigador (Marconi & Lakatos, 2017). De acordo com Quivy & Campenhoudt (2011), a pergunta de partida constitui-se como o fio condutor da pesquisa e tem como objetivo permitir ao investigador exprimir o que procura compreender, conhecer e explicar. Os mesmos autores defendem que a pergunta de partida deve apresentar qualidades de clareza (deve ser precisa, consisa e unívoca), exequibilidade (ser realista) e pertinência (com intenção de compreender os fenómenos em estudo) (Quivy & Campenhoudt, 2011). Por sua vez, Flick (2013) para além da solidez e clareza, refere que as questões de investigação deverão gerar respostas dentro dos recursos limitados existentes, como o tempo.

Para tanto, propusemo-nos dar resposta à questão de investigação: **“Como se caracteriza a literacia para a saúde na perspectiva das crianças de nove e dez anos, em meio escolar?”** com a finalidade de permitir aos enfermeiros promover a saúde em meio escolar, considerando os conhecimentos das crianças sobre saúde.

Definida a questão de investigação, elaboraram-se três subquestões:

- O que é saúde e LS na perspectiva das crianças?
- Quais os aspetos no discurso das crianças que refletem LS?
- O que emerge da informação sobre saúde veiculada por pais, pares, professores ou profissionais de saúde, no discurso das crianças?

Este estudo enquadra-se num paradigma de investigação qualitativo, com orientação dedutiva-indutiva. A investigação qualitativa apresenta várias características: permite estudar uma crença em múltiplas realidades e em profundidade, a partir dos próprios dados fornecidos pelos participantes e dos significados atribuídos ao fenómeno; a fonte dos dados é o ambiente natural; os investigadores tendem a analisar os dados de forma indutiva; permite a compreensão do fenómeno em estudo sob o ponto de vista do participante, em que o investigador é um instrumento de pesquisa, recaindo mais sobre a dinâmica social, individual e holística do ser humano (Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2017; Bogdan & Biklen, 2003). Os dados que emergem de um estudo qualitativo são descritivos, uma vez que são relatados pelas palavras dos participantes (Creswell, 2010; Bogdan & Biklen, 2003). Este tipo de investigação tem dois critérios centrais, o material empírico (dados colhidos) que fundamenta os resultados obtidos e a seleção e aplicação de métodos de investigação adequados à problemática em estudo (Flick, 2013).

A problemática numa investigação constitui a orientação teórica da investigação atribuindo-lhe a sua coerência e potencial de descoberta (Quivy & Campenhoudt, 2011). Na sua conceção, é essencial articular duas dimensões: a perspectiva teórica e um objeto de investigação, o que permite realizar a orientação teórica através da construção de um

quadro conceptual em relação e adaptado ao objeto da investigação (Quivy & Campenhoudt, 2011).

O movimento dedutivo-indutivo utilizado nesta pesquisa justifica-se pela mobilização prévia de alguns dos indicadores do ILS-PT, consubstanciando a construção do guião de entrevista semiestruturada mobilizado no estudo, de que adiante se dá conta no ponto 2.2. O movimento indutivo ocorre à posteriori, durante a exploração do material empírico, identificando-se diferentes dimensões que permitiram dar resposta à problemática em estudo (Streubert & Carpenter, 2013).

Para Quivy & Campenhoudt (2011), a metodologia é o processo de pesquisa, neste sentido, e, após definida a problemática assim como o tipo de investigação, urge apresentar nos próximos subcapítulos o desenvolvimento metodológico do estudo, nomeadamente, a seleção dos participantes, o acesso ao campo, a colheita de dados, o tratamento de dados e os procedimentos éticos, que, em conjunto foram determinantes para dar resposta à problemática deste estudo.

## 2.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seleção dos participantes na investigação qualitativa está relacionada com a experiência e contacto destes com a cultura, fenómeno de interesse ou processo social (Streubert & Carpenter, 2013).

Previamente à seleção dos participantes foram definidos os critérios de inclusão e exclusão dos mesmos. Assim foram incluídas as crianças:

- Cujos pais/representantes legais assinaram o consentimento informado (anexo I);
- Aceitaram participar voluntariamente no estudo, independentemente do consentimento prévio dos pais;
- Com idades compreendidas entre os 9 e 10 anos;
- Que estivessem presentes nos dias estipulados para a colheita de dados;

Foram excluídas as crianças que não apresentavam os critérios definidos anteriormente.

A quantidade de participantes não é sinónimo de qualidade do estudo, nem dos dados colhidos (Rego, Cunha, & Meyer, 2018). Bogdan & Biklen (2003) defendem que, por se tratar de um estudo qualitativo, o número reduzido de participantes é relativo, pois não se deseja extrapolar para o universo, mas sim, compreender as experiências vividas e as perceções individuais dos participantes. Streubert & Carpenter (2013) referem que o investigador qualitativo procura o limite de participantes quando obtém a saturação dos dados, isto é, quando obtém redundância e confirmação dos dados colhidos. Neste sentido,

entrevistaram-se 20 crianças que se constituíram como voluntárias, conforme recomenda Flick (2013) e que foram selecionadas de duas escolas, escolas A e B, sendo que o material obtido se revelou compatível com as redundâncias mencionadas.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão às crianças da escola A, dos 30 consentimentos obtidos foram elegíveis 27 crianças, duas foram excluídas por não se encontrarem na escola no dia da colheita de dados e uma por ter idade fora dos limites estabelecidos para este estudo. Na escola B, das 8 elegíveis, foram entrevistadas 4 crianças.

A tabela 1 mostra o número total de alunos das turmas selecionadas nas duas escolas, assim como o total de consentimentos informados assinados e entrevistas realizadas.

**Tabela 1**

Número total de alunos, consentimentos entregues e entrevistas realizadas por sexo.

Escola	Nº. Alunos	Sexo		Consentimentos assinados	Nº. Entrevistas realizadas	Nº. Entrevistas realizadas por sexo	
		♀	♂			♀	♂
A	50	26	24	30	16	8	8
B	20	5	15	8	4	1	3
TOTAL	70	31	39	38	20	9	11

No próximo ponto deste capítulo, serão abordadas as questões relacionadas com o acesso ao campo de onde foram selecionados os participantes e realizada a colheita de dados. “A escolha adequada do contexto e dos participantes ajudará a desenvolver um trabalho de investigação com sucesso” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 30).

## 2.2 ACESSO AO CAMPO

Streubert & Carpenter e Flick (2013) definem o campo como o contexto da investigação qualitativa, onde os indivíduos vivem as suas experiências de vida. A colheita de dados no campo permite manter os contextos naturais onde o fenómeno ocorre (Streubert & Carpenter, 2013).

As escolas foram selecionadas intencionalmente, pela relação de parceria previamente estabelecida entre estas e a ESSS, garantindo neste sentido uma maior facilidade de acesso às mesmas, tal como apresenta Flick (2013).

Os diretores dos respetivos agrupamentos de escolas, A e B, aceitaram participar no estudo, mediante resposta ao pedido formal via e-mail (anexo II e III), permitindo o acesso às crianças de 9 e 10 anos que estivessem a frequentar turmas de 4º ano, (duas turmas na escola A e uma na B) por se enquadrarem na faixa etária estabelecida para o estudo.

O primeiro contacto com a escola A ocorreu na sequência de uma entrevista com os professores responsáveis pelas turmas. A entrevista teve como objetivos a nossa apresentação enquanto investigadoras, conhecer o contexto, explicar e enquadrar o projeto, selecionar os participantes, agendar as datas para colheita de dados, validar a disponibilidade de uma sala para as entrevistas e esclarecer dúvidas. Além disso, esta reunião pretendeu o estabelecer de uma relação de confiança entre a instituição e a investigadora, de modo a que a instituição pudesse colaborar e envolver-se na investigação no sentido de a tornar possível, conforme defende Flick (2013). O primeiro contacto com a escola B ocorreu via e-mail e o segundo presencialmente no dia da colheita de dados.

Em concordância com Flick (2013), as competências de comunicação do investigador são fundamentais para o acesso ao campo, neste sentido, o investigador não pode ter um papel neutro quer na interação com os participantes quer com as instituições que têm de autorizar o acesso ao mesmo (campo e participantes). Na investigação qualitativa, o acesso ao campo de estudo é desafiante devido ao envolvimento inerente entre o investigador e os participantes (Flick, 2013). Na técnica de colheita de dados utilizada neste estudo, a capacidade de comunicação do investigador é essencial para o sucesso da investigação, como será referido no próximo ponto deste capítulo.

### 2.3 COLHEITA DE DADOS

A técnica de colheita de dados é selecionada de acordo com a pergunta formulada, com o tipo de estudo, com a sensibilidade do assunto, assim como com a disponibilidade dos recursos (Streubert & Carpenter, 2013). Streubert & Carpenter (2013) defendem que é importante que o investigador esteja aberto e examine a influência que exerce no estudo qualitativo, o que se designa de reflexividade. O instrumento de colheita de dados é o recurso que o investigador pode utilizar para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2017).

Selecionou-se a entrevista semiestruturada como a técnica adequada para a colheita de dados para este estudo. As entrevistas caracterizam-se por processos de comunicação e interação humana, onde existe um contacto direto entre o investigador e os indivíduos, que permitem ao investigador colher informação e elementos ricos para reflexão (Quivy & Campenhoudt, 2011).

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de relatar livremente as suas experiências e vivências sobre o tema proposto (Flick, 2013). Deve seguir-se um conjunto de questões previamente definidas, enquadrando as questões num contexto muito semelhante ao de uma conversa

informal. Este tipo de entrevista é utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, a fim de que os objetivos sejam alcançados (Vilelas, 2017). Por outro lado, é essencial ter em conta que a probabilidade dos participantes fornecerem informações importantes é maior, se estes se encontrarem num ambiente confortável e em contexto favoráveis à exploração das ideias com autenticidade (Streubert & Carpenter, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2011). Nesse sentido as entrevistas foram realizadas em salas que garantiam o isolamento de som, tanto interior como exterior, assim como o conforto do entrevistador e do entrevistado.

Docherty & Sandelowsk (1999) citado em Streubert & Carpenter (2013) alertaram para a entrevista a crianças, pois, de acordo com estes autores, os investigadores devem estar conscientes e ter atenção à influência dos vários fatores aquando da entrevista e alertam para a necessidade de considerar a idade de desenvolvimento em que estas se encontram, realçando que pode não estar diretamente relacionada com a idade cronológica o que se pretende investigar e a estrutura da entrevista.

As crianças entre os 7 e 11 anos de idade conseguem fornecer informações acerca das suas experiências e, embora tenham alguma dificuldade em definir conceitos abstratos, conseguem entender e pensar de uma forma mais geral, já se conseguem descrever e conhecer em relação às suas próprias crenças e convicções (Hockenberry & Wilson, 2014). Além disso, as crianças são boas comunicadoras e gostam de contar as suas histórias àqueles que estejam disponíveis para as ouvir (Vasques, et al., 2014).

Vasques et al. (2014) sugerem que nas entrevistas com crianças se deve utilizar uma linguagem que seja adequada e perceptível, valorizando a importância das suas contribuições para o estudo e para promover um bom acolhimento, o investigador pode, por exemplo, conversar sobre o dia-a-dia das crianças e/ou interagir por meio de brincadeiras (Vasques et al., 2014).

Para a colheita de dados, foi feita uma adaptação do guião de entrevista do projeto de investigação CrAdLiSa. A adaptação ao guião original que sugeria alguns dos indicadores a mobilizar na entrevista, prendeu-se com a necessidade de o ajustar por forma a poder dar resposta às questões de pesquisa levantadas neste estudo e, por outro lado, a corresponder aos objetivos do projeto de investigação CrAdLiSa. É mediante a adequada construção dos instrumentos de colheita de dados, que a investigação alcança a necessária correspondência entre a teoria e os factos (Vilelas, 2017).

Após a elaboração do plano de entrevista (anexo IV), este foi submetido a um pré-teste com uma criança de 10 anos, que não fazia parte do grupo de participantes. O pré-teste não deve ser realizado em pessoas que constituem o grupo de participantes, contudo, deve ser realizado em pessoas que tenham características semelhantes às dos participantes do estudo (Bryman, 2012).

Para Bryman (2012), o pré-teste das questões de uma entrevista permite identificar problemas na formulação das perguntas, garantir que as questões estão bem elaboradas e, por outro lado, verificar se o instrumento de colheita de dados funciona bem como um todo. Durante o pré-teste, é possível identificar perguntas que fazem com que os entrevistados se sintam desconfortáveis ou percam o interesse em determinados momentos, identificar as perguntas que parecem não ser compreendidas ou que não são respondidas/ignoradas, o que poderá dever-se ao facto de serem formuladas de forma confusa (Bryman, 2012).

Tendo isto em linha de conta, Bryman (2012) sugere que na elaboração das questões, o investigador deve tentar colocar-se no lugar do entrevistado, colocar as perguntas a algumas pessoas conhecidas, pedindo para que sejam críticas e questionem a ligação de umas questões às outras. Com este pré-teste, foram realizados alguns ajustes ao guião de entrevista conforme sugere Bryman (2012) nomeadamente, o ajuste das perguntas às características dos entrevistados; foram removidos termos ambíguos e técnicos, reestruturadas as questões longas e removidas as questões repetidas. Conforme sugere Flick (2013), foi ainda alterada a ordem das perguntas, assim como, realizados alguns ajustes nas mesmas, de modo a permitir ao entrevistado expressar-se.

O momento do pré-teste foi oportuno para testar os meios audiovisuais que iriam ser utilizados, assim como para cronometrar a entrevista, que teve a duração de 40 minutos, no contexto da colheita de dados a duração média foi de 35 minutos. De acordo com Quivy & Campenhoudt (2011), este aspeto é particularmente importante dado que o entrevistado deve ser avisado da duração provável da entrevista, sem o prejuízo de aumentar a duração, caso o entrevistado mostre essa vontade. A utilização de meios áudio e audiovisuais é recomendada por Quivy & Campenhoudt (2011) e a sua utilização neste estudo foi previamente autorizada pelos pais/representantes legais e pelas crianças.

O acesso aos participantes após a aprovação das instituições depende, conforme refere Flick (2013), da capacidade relacional e de comunicação do investigador e da disponibilidade dos participantes, sendo este último o maior desafio.

Posto isto, e já no contexto da colheita de dados nas escolas seleccionadas, o primeiro contacto com as crianças foi realizado em sala de aula, onde foi feita a nossa apresentação, a apresentação do estudo e seus objetivos, assim como o agradecimento às crianças por trazerem os consentimentos assinados pelos pais/representantes legais.

Durante a apresentação do estudo, as crianças mostraram-se entusiasmadas por participar, o que favoreceu a colheita de dados. Esta ideia é reforçada por Perry, Thurston & Green (2004) citado em Streubert & Carpenter (2013) quando referem que o acesso à informação apenas acontecerá se houver respeito e confiança entre os intervenientes - investigador e participantes.

A colheita de dados foi realizada no ano de 2019 entre os meses de maio e junho.

Durante as entrevistas, foram consideradas as recomendações de Bogdan & Biklen (2003) no que diz respeito à importância da atitude isenta do entrevistador, de modo a não colocar em causa a natureza das suas opiniões, crenças ou valores, encorajando o entrevistado a expressar-se livremente, pois só assim poderá fornecer informação verdadeira e útil ao estudo.

Os dados colhidos por meio das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise de conteúdo, conforme propõe Bardin (2018), este método de tratamento de dados será descrito no ponto seguinte.

## 2.4 TRATAMENTO DOS DADOS

A forma como o investigador trata os dados influencia a facilidade com que estes são analisados (Streubert & Carpenter, 2013). De acordo com Flick (2013), a transcrição dos dados é fundamental para a interpretação, quando os dados são gravados por meios áudio ou audiovisuais. Contudo, Streubert & Carpenter (2013) alertam para a importância do rigor das transcrições no que se refere à sua qualidade.

Após a colheita de dados, as entrevistas foram transcritas seletivamente, conforme previsto nas orientações do projeto de investigação CrAdLiSa, mediante os excertos que se consideraram necessários extrair para dar resposta às questões colocadas, indo ao encontro do referido por Flick (2013) quando sugere que a transcrição pode ser total, quando se quer fazer uma análise de discurso ou seletiva, quando se pretende fazer uma análise de conteúdo. Strauss (2010) corrobora, defendendo a transcrição com exatidão, apenas dos dados necessários para dar resposta à problemática.

Todas as 20 entrevistas realizadas e transcritas foram constituídas como o ‘corpus’, ou seja, o conjunto de documentos objeto da análise, cumprindo, assim, com as regras da exaustividade, da representatividade, homogeneidade e pertinência na seleção do ‘corpus’, tendo sido posteriormente submetido à análise de conteúdo de acordo com Bardin (2018).

No presente estudo, o ‘corpus’ foi transcrito seletivamente de acordo com as seguintes regras: cada entrevista foi denominada pela letra ‘E’, seguido de um número que indica cronologicamente as entrevistas (Vilelas, 2017).

Os dados qualitativos podem ser armazenados no computador utilizando softwares específicos (Streubert & Carpenter, 2013). Neste caso, o corpus transcrito foi importado para o ‘software’ de análise de dados qualitativos e quantitativos MAXqda2018, versão para estudantes (VERBI Software GmbH, 2018), pois este programa permite importar e exportar materiais de diferentes fontes e é utilizado para análise dos textos, documentos e todos os tipos de dados áudio ou vídeo. Foi utilizado neste estudo durante a pré-análise e exploração

do material, para a organização das unidades de registo, após a definição das categorias. Bardin (2018) aprova a utilização deste tipo de software, uma vez que é facilitador, admitindo que o procedimento de codificação quando feito manualmente é potencialmente moroso. Creswell (2010) defende que a utilização deste tipo de programas melhora a análise do material, no entanto, Bardin (2018) acrescenta que o computador não realiza todo o trabalho, necessitando que o 'corpus' seja preparado e que se determinem previamente as regras de codificação. Este tipo de programas permite codificar e recodificar os dados, possibilitando "desenvolver sistemas de codificação durante a análise e mudá-los à medida que prossegue" (Bogdan & Biklen, 2003, p. 241).

A seleção do programa MAXqda2018 foi realizada durante a fase de tratamento dos dados, permitindo economizar tempo e facilitou o tratamento de dados, nomeadamente na seleção das unidades de registo, na codificação e categorização.

Para Bardin (2018), a análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de interpretação do 'corpus', com vista a obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção das mensagens. Flick (2013) defende que a análise de conteúdo tem como principal objetivo a redução do material, sendo um procedimento que segue um modelo processual com diversas técnicas de análise do texto, que, por sua vez, permitem realizar a interpretação após a colheita dos dados.

De acordo com Bardin (2018), o processo de análise de conteúdo divide-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e respetiva interpretação. Na primeira etapa, foi organizado o material objeto de análise e realizada uma leitura flutuante, que consiste no primeiro contacto com os documentos através de uma leitura exaustiva dos documentos selecionados.

Na fase de exploração do material, foi realizada a codificação do 'corpus' que corresponde a uma transformação dos dados do texto em unidades, que permitem uma descrição das características do conteúdo do texto, por recorte (escolha das unidades) e agregação (escolha das categorias) (Bardin, 2018). No processo de codificação, a unidade de análise identificada foi a unidade de registo, que corresponde, de acordo com Bardin (2018), ao segmento mais pequeno do texto a codificar numa determinada categoria. Neste processo, foi realizada uma análise temática que consiste em descobrir a semântica da comunicação, que pode significar alguma coisa para o objetivo escolhido, este processo obedece a regras de recorte do sentido (Bardin, 2018).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nesta etapa, ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais e corresponde ao momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2018). Após a codificação, realizou-se a categorização, que consiste na "classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente,

por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2018, p. 145).

A categorização dos dados foi realizada por dois processos, à ‘priori’ ou procedimento por caixas, e à ‘posteriori’ ou procedimento por acervo, conforme descreve Bardin (2018). Quando a categorização é feita à ‘priori’, a escolha das categorias de análise acontece previamente, utilizando como referencial outros estudos (Gauthier, 2016; Mayring, 2014; Bardin, 2018). Neste estudo, foram mobilizados alguns dos indicadores do ILS-PT facultados através do guião de entrevista do projeto de investigação CrAdLiSa. Partindo destes indicadores definiram-se as categorias temáticas, onde as unidades de registo codificadas foram categorizadas. Algumas categorias foram ainda identificadas à posteriori, durante a exploração do material, neste caso, de acordo com Bardin (2018) o título da categoria é definido apenas no fim da operação.

As categorias devem responder conforme defende Bardin (2018) a um conjunto de qualidades: a exclusão mútua – que estabelece que cada elemento classificado não pode pertencer a duas ou mais categorias, sendo que a exclusão mútua depende da homogeneidade; por sua vez, a homogeneidade das categorias – estipula que “num mesmo conjunto categorial, só se pode funcionar com um registo e uma dimensão de análise” (Bardin, 2018, p. 148); a pertinência – está relacionada com a adequação da categoria ao material de análise e ao mesmo tempo enquadramento teórico definido, enquanto “o sistema de categorias – deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens” (Bardin, 2018, p. 148); a objetividade e a fidelidade – o investigador deve “definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria” (Bardin, 2018, p. 148); a produtividade – “um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos” (Bardin, 2018, p. 148).

Cumprindo estes requisitos, foi realizada a codificação dos dados e posterior categorização dos mesmos, tendo resultado num sistema de categorias apresentado no anexo V, onde estão referenciados os temas, categorias e subcategorias.

## 2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O código deontológico dos enfermeiros determina que o enfermeiro “responsável para com a comunidade na PS e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8079).

De acordo com Streubert & Carpenter (2013, p. 57), os enfermeiros investigadores têm a responsabilidade profissional acrescida de “conduzir a investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os seres humanos”. Devem avaliar as questões éticas relacionadas com o consentimento informado, relações entre os participantes e o investigador, acesso, confidencialidade, anonimato e estar atentos às novas questões éticas que poderão surgir no curso da investigação (Streubert & Carpenter, 2013).

Na investigação, as crianças são consideradas um grupo vulnerável devido à sua idade, nesse sentido, o consentimento da sua participação deve ser pedido aos pais ou membros da família, não obstante o solicitar do consentimento às próprias (Flick, 2013; Vasques, et al., 2014).

Em matéria de procedimentos éticos, o projeto de investigação CrAdLiSa contava já com a aprovação pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) - Inquérito n.º 0447300003 (anexo VI), onde constam as orientações para o pedido de autorização às direções dos agrupamentos escolares envolvidos no estudo e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) n.º 9156/2014 (anexo VII), onde estão definidas as orientações para a elaboração dos consentimentos informados a apresentar aos representantes legais e crianças, a recolha e tratamento de dados de forma lícita, conforme os termos da Lei n.º 67/98 (1998), e prazo de conservação dos dados colhidos, um mês após o término do estudo. Além destes, foi enviado e posteriormente aprovado, o pedido de parecer para a realização deste estudo à comissão de ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (anexo VIII). Aos senhores diretores dos agrupamentos escolares onde o estudo se desenvolveu, foi enviado por e-mail um pedido de autorização para a realização do estudo, de acordo com o descrito por Creswell (2010) especificando a duração, o impacto potencial e os resultados da pesquisa.

De acordo com Creswell (2010), o formulário de consentimento informado deve ser assinado antes da participação no estudo, este reconhece que os direitos dos participantes serão protegidos durante a colheita de dados e deve incluir o direito de participar voluntariamente e de desistir a qualquer momento; a finalidade do estudo, de forma a que as pessoas entendam a natureza do mesmo e o provável impacto sobre elas; os procedimentos do estudo, para que as pessoas saibam o que esperar; o direito de fazer perguntas; de obter uma cópia dos resultados caso o solicitem; o respeito pela sua privacidade; e os benefícios, para os participantes, resultantes do estudo.

A participação das crianças no estudo dependeu da assinatura do consentimento informado apresentado aos seus pais/representantes legais (anexo I). Às crianças foi igualmente pedido o consentimento nos termos explícitos no consentimento informado apresentado aos pais/representantes legais, tendo sido verbalmente transmitido em dois momentos. Num primeiro momento, no dia da apresentação do estudo em sala de aula e num segundo momento, antes da realização da entrevista. Procurou-se a clareza na

apresentação da finalidade do estudo e foi dada a garantia de que durante todo o processo seriam mantidos o sigilo e o seu anonimato, assim como dos contextos onde se desenvolveu o estudo. Durante o processo de colheita de dados, foi dada a liberdade aos participantes para expressarem a sua vontade de abandonar o estudo, ainda que tenham tido a aprovação dos seus pais/representantes legais, sem prejuízo para ambos. Ainda, e conforme defendem Streubert & Carpenter (2013), assegurou-se aos participantes que não seriam lesados e que seriam tratados com respeito, garantindo assim os princípios da autonomia, beneficência, justiça e o princípio da não maleficência.

Quivy & Campenhoudt (2011) apoiam a utilização de meios audiovisuais para a colheita de dados. Neste estudo, as entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo, assim e no sentido de garantir que o anonimato dos participantes fosse mantido, não foram proferidos os seus nomes ao longo da entrevista, bem como o rosto destes não foi visível nas gravações de vídeo. A identificação das entrevistas transcritas foi realizada utilizando um código ordinal conforme referido no ponto anterior.

Nos próximo capítulo propomo-nos apresentar a análise e discussão dos dados de modo a dar resposta à problemática deste estudo.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A análise dos dados qualitativos de acordo com Streubert & Carpenter (2013) exige do investigador a utilização de processos mentais que sejam geradores de conclusões, exige ainda que o investigador se comprometa em profundidade com um processo analítico estruturado, para conseguir compreender o que os dados revelam. Constitui-se como um processo intuitivo, dinâmico, e criativo de pensamento e teorização (Basit, 2003 citado em Streubert & Carpenter, 2013).

A construção do sistema de categorias ver anexo V, teve por base algumas das categorias do HLS-PT, que, na análise do material empírico, emergiram como compatíveis com a interpretação dos dados e produção dos sentidos. As restantes categorias, nomeadamente o conceito de saúde, o significado de saúde e a informação veiculada pelos pares, emergiram à posteriori. As categorias emergentes obtidas pelas redundâncias no discurso dos participantes, são consistentes com a teoria no que diz respeito à PS e da LS.

Durante os próximos pontos deste capítulo procura-se revelar, através dos dados, a resposta à questão de investigação, organizando a análise por subcapítulos, cada um correspondente a um tema do sistema de categorias, que será previamente apresentado por meio de uma tabela. As subcategorias do sistema de categorias serão destacadas a negrito ao longo da análise e discussão dos resultados.

#### **3.1 CARATERÍSTICAS INDIVIDUAIS**

De acordo com Pender et al. (2018) as Características e Experiências Individuais são dois fatores que determinam os comportamentos dos indivíduos, os seus hábitos e costumes e englobam o comportamento anterior e os fatores pessoais, estes últimos subdivididos em biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, 2011; Pender, et al., 2018).

No que diz respeito às caraterísticas individuais, os participantes são crianças em idade escolar, com idades compreendidas entre os 9 e 10 anos. Encontram-se num período importante do desenvolvimento do seu autoconceito, ou seja, no desenvolvimento do modo como se descrevem e se conhecem em relação às suas próprias crenças e convicções

(Hockenberry & Wilson, 2014), além disso, de acordo com Piaget o pensamento das crianças entre os 7 e 11 anos de idade, torna-se cada vez mais lógico e coerente (Hockenberry & Wilson, 2014).

A autoestima, a automotivação, a competência pessoal, o estado de saúde percebido e a definição de saúde são características individuais que se incluem nos fatores psicológicos (Pender, 2011; Pender, et al., 2018).

A tabela 2 apresenta as categorias e subcategorias emergentes do tema características individuais.

**Tabela 2**  
Tema 1 – Características individuais

Tema	Categorias	Subcategorias
Caraterísticas individuais	Conceito de saúde	Saúde é bem-estar
		Saúde é ter aptidão física
		Saúde é ausência de doença
		Saúde previne doenças
		Saúde é adotar estilos de vida saudáveis
	Significado de literacia para a saúde	Relacionado com saúde
		Aprender sobre como promover a saúde

Quando os participantes foram questionados sobre o que é que entendiam por saúde, emergiram dos seus discursos como conceito de saúde: **o bem-estar, ter aptidão física, ausência de doença, saúde é prevenir doenças e é adotar estilos de vida saudáveis**. Prevenir doenças emerge como fazendo parte do conceito de saúde e como resultado do estado de saúde, por sua vez, a adoção de estilos de vida saudáveis emerge como a via através da qual a saúde pode ser alcançada.

De acordo com a WHO (2013a), a saúde está associada à PS, prevenção de doenças e bem-estar. Esta associação entre a **saúde e bem-estar** também emerge no discurso dos participantes conforme se pode ler nos seguintes excertos:

*“A saúde para mim é o meu bem-estar e sentir-me bem” (E4)*

*“Saúde para mim é a gente estar bem (...)” (E5)*

As expressões dos participantes revelam que a forma como entendem o seu bem-estar é único. Esta definição corrobora com a definição da OE (2001) que refere saúde como um processo dinâmico e contínuo, que depende da representação mental da condição individual e do bem-estar.

**Saúde é ter aptidão física**, é outra das dimensões do conceito de saúde que emerge do discurso dos participantes como dimensão do conceito de saúde, dado que proporciona energia e força para desenvolver atividades. Guedes et al. (2012), referem que a aptidão física está relacionada com a capacidade de realizar esforço físico, o que implica energia e vitalidade. Por outro lado, conforme pode ler-se nos excertos, a falta de energia e vitalidade, é sinónimo de doença:

*“A saúde é o que nos dá força, dá-nos energia para correr e para fazer exercício” (E2)*

*“(não ter saúde) não ter forças, é ao contrário de ter saúde” (E2)*

Zawadzki, Stiegler, & Brasilino (2019) corroboram com os achados, sugerindo que a saúde está relacionada com a aptidão física e a adoção de estilos de vida saudáveis, uma vez que a prática de exercício físico melhora a aptidão física e, conseqüentemente, a saúde e a qualidade de vida.

Os participantes integram ainda na sua concepção de saúde, **saúde é ausência de doença**, sentida de forma individual quando referem que saúde *“é o que as pessoas sentem (...)” (E12)* conforme se pode ler no excerto:

*“A saúde para mim é o que as pessoas sentem quando não estão doentes, (...) por exemplo agora, nós estamos com saúde, que é quando nós não estamos doentes” (E12)*

Assim, a saúde poderá ser sentida de forma individual não só no que diz respeito ao bem-estar e à ausência de doença, como também em relação ao seu estado de saúde:

*“nós estamos com saúde, que é quando nós não estamos doentes” (E12)*

Por outro lado, a saúde e a doença podem ocorrer em diferentes momentos:

*“agora, nós estamos com saúde, que é quando nós não estamos doentes” (E12)*

Corroborando, Pender (2011) afirma que as doenças são eventos que ocorrem ao longo da vida de forma aguda ou crônica, que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde. Para Saboga-Nunes et al. (2016), esses eventos determinam o bem-estar psíquico, físico e social, isto é, o estado de saúde/doença.

Os participantes revelaram ainda que a **saúde previne doenças**, como os excertos apresentados sugerem:

*“A saúde para mim é o que faz-nos bem, faz com que nós não fiquemos doentes” (E10)*

*“(saúde) é o nosso bem-estar e é para nós não apanharmos doenças, nem ficarmos doentes” (E11)*

Entende-se, aqui, que os participantes consideram que a busca pela saúde, isto é, a PS, promove o bem-estar e a prevenção das doenças, reforçando, deste modo, a importância atribuída à saúde e à sua promoção, como o caminho para uma vida mais saudável. Corroborando com as evidências obtidas, a WHO (2013b) defende que a saúde é responsável por melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho. Pender, et al. (2018) sugerem que a prevenção da doença ou proteção da saúde compreende comportamentos do indivíduo, motivados pelo seu desejo de evitar a doença, pela detecção precoce ou manutenção das suas funções de acordo com as limitações da doença.

Os participantes sugerem que **saúde é adotar de estilos de vida saudáveis**, através de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico. Do mesmo modo, a CDSS<sup>4</sup> (2010) refere que a adoção de estilos de vida saudáveis contribui para a PS e,

---

<sup>4</sup> Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

consequentemente, para a obtenção de mais ganhos em saúde, o que é reforçado pelos excertos apresentados:

*“A saúde para mim é ter uma boa alimentação, fazer muitos desportos e também comer bem e não coisas muito doces” (E13)*

*“Para a mim a saúde é conseguir viver (...) Conseguir ter um modo de vida a conseguir-se viver. (...) Precisamos ser saudáveis, precisamos de comer as comidas indicadas, não comer hambúrgueres e pizzas, evitar os fast food e coisas assim do género, temos de comer as comidas saudáveis e não comer essas coisas” (E19)*

O impacto dos estilos de vida pouco saudáveis em Portugal, nomeadamente, os maus hábitos alimentares e o défice de atividade física, é muito significativo nos níveis de produtividade e bem-estar da população, além disso, está fortemente associado à carga de doença, especialmente, nos últimos anos de vida (Despacho n.º 11418/2017, 2017).

Em Portugal, as políticas públicas na área da saúde direcionam-se no sentido da PS individual e comunitária e bem-estar conforme preconizado pela WHO (2013b). Exemplo disso é o PNSE<sup>5</sup> que, no seu 1º eixo estratégico, o da capacitação, prevê a intervenção na saúde mental e competências socioemocionais, bem como na educação para os afetos e sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas e ainda de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015a).

As respostas sobre o Significado de LS indicam que os participantes se encontram num processo de construção do conceito, pela associação ao significado da palavra literacia com a saúde. Assim, a LS emerge como estando **relacionada com a saúde** conforme os excertos:

*“(LS) (...) Pode estar relacionado com a saúde” (E12)*

*“(LS) eu tenho um palpite, é ler para a saúde, por causa da palavra literacia. Por exemplo, ler para ficar saudável, por exemplo coisas para nós ficarmos saudáveis, é dar picas” (E16)*

Os excertos sugerem ainda que literacia significa **aprender sobre como promover a saúde** conforme se apresenta:

*“Acho que nunca ouvi falar, mas (LS) acho que sei mais ou menos, é tipo ler e aprender como não ter problemas, mais rápido sem ir ao médico” (E9)*

As três dimensões da definição de LS proposta por Saboga-Nunes (2014) estão presentes no discurso das crianças. A capacidade de compreender, através da leitura e aprendizagem sobre saúde: *“ler e aprender” (E9)*; a capacidade de gestão, interpretando e avaliando a informação no sentido para prevenir a doença: *“ler e aprender como não ter problemas, mais rápido sem ir ao médico” (E9)* e a capacidade de investimento, tomando medidas para melhorar ou manter a saúde: *“ler para ficar saudável” (E16)*.

Na definição de PS de Pender et al. (2018), identificam-se igualmente as três dimensões do conceito de LS de Saboga-Nunes (2014), as quais emergiram do discurso

---

<sup>5</sup> Programa Nacional de Saúde Escolar

dos participantes e que nos levam a estabelecer a relação e a influência que a PS exerce na promoção da LS. Para Pender, et al. (2018), PS é o processo que visa capacitar os indivíduos, os grupos, as famílias e comunidades a obterem o controlo ('empowerment') sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde (implica a capacidade de compreensão) e que lhes permitem optar por comportamentos saudáveis (capacidade de gestão), no sentido de aumentar o seu bem-estar e concretizar o seu potencial de saúde (capacidade de investimento).

Considerando a relação existente entre a PS da saúde e a promoção da LS, evidente na literatura e a própria relação entre os conceitos, pode-se inferir que a capacidade de compreensão, gestão e investimento dos participantes poderá ser o resultado de ações de PS.

### 3.2 ALIMENTAÇÃO

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde defendendo que os ganhos em saúde resultam da intervenção nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada, assumindo como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável. Neste sentido, cria a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) que tem como objetivo incentivar o consumo alimentar adequado, com vista à melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas (Despacho n.º 11418/2017, 2017). O PNSE está alinhado com os objetivos da EIPAS, no eixo capacitação, sendo que uma das suas prioridades é a promoção da alimentação saudável em contexto escolar, além disso incluiu a atividade física e os hábitos de sono e repouso (DGS & PNSE, 2016).

Os aspetos socioculturais têm influência na educação da criança e, conseqüentemente, nos hábitos alimentares, e entre eles há a considerar a raça, a etnia, a educação e o nível socioeconómico (Pender, 2011; Pender, et al., 2018; Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com a Direção Geral do Consumidor (DGC) & Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN) (2013), uma alimentação saudável deve incluir o consumo diário de leite ou derivados com baixo teor de gordura, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais, fruta fresca ou em sumo natural (sem adição de açúcar), deve também pressupor o consumo de peixe e carnes magras de aves e coelho (em detrimento de carnes de mamíferos), deve-se optar por cozidos, grelhados ou estufados (em detrimento da fritura), a ingestão de frutos, hortaliças e legumes (sopas, saladas e frutas como sobremesa), de

cereais integrais (menos processados, têm mais fibras, mais vitaminas e mais minerais) e de água (bebida de eleição e consumida em abundância, ao longo do dia).

Na tabela 3, estão apresentadas as categorias e subcategorias emergentes da análise dos sentidos relativamente ao tema da alimentação.

**Tabela 3**

Tema 2 – Alimentação

Tema	Categorias	Subcategorias
Alimentação	Alimentação saudável	Identificação dos alimentos saudáveis
		Estratégias de seleção dos alimentos
		Uma questão de equilíbrio
	Um recurso para a saúde	Identificação dos alimentos não saudáveis
	Alimentação não saudável	Efeitos da alimentação não saudável

Quando questionados sobre o que entendiam ser uma alimentação saudável, os participantes **identificaram os alimentos saudáveis** conforme preconizado pela DGC & APN (2013). Assim, consideram que a alimentação saudável deve incluir os alimentos pertencentes à roda dos alimentos (DGS, 2019b), além disso identificam as principais características alimentares como o consumo de hortofrutícolas e o consumo moderado de carnes vermelhas como benéficos para a saúde, corroborando com Carvalho et al. (2017) relativamente ao que é esperado que as crianças que se encontram no 1º ciclo, sejam capazes de identificar em relação à alimentação saudável:

*“(alimentos saudáveis) vegetais, como alface e as couves, fazem bem, e as cenouras. O pão e os laticínios que dão ferro e cálcio” (E3)*

*“Comida mais saudável é a fruta, os legumes, comer carne sem ser vermelha (...)” (E7)*

*“É a que eu mais gosto, é salada (...). Legumes, peixe, esse tipo de coisas, coisas que vêm da terra são mais saudáveis, do que produtos enlatados (...)” (E9)*

As crianças do 1º ciclo devem ser capazes de analisar criticamente os comportamentos de risco na alimentação, localizando a informação alimentar e nutricional nos rótulos dos alimentos, devem ainda, nesta fase reconhecer a origem dos alimentos, identificando os alimentos processados e não processados, assim como priorizar alimentos de produção local (Carvalho, et al., 2017).

Nas **estratégias de seleção dos alimentos**, os participantes fizeram referência à consulta da informação nutricional e da validade dos alimentos através da leitura dos rótulos, conforme os excertos apresentados:

*“Vejo os rótulos para ver primeiro a validade, ver como e que produtos são feitos aquilo, para se tiver muitos açúcares, já prejudica, se não tiverem muitos já não prejudica tanto” (E12)*

*“Vejo o número de calorias e, por exemplo, às vezes os produtos demasiado exportados, que passam por várias fases, são aqueles que fazem mais mal, mas se for tipo Portugal, já são (...) Melhores. Atrás dos alimentos está a dizer o número de calorias, tem lá todas as informações” (E15)*

*“Sim, (os alimentos) (...) Tem um quadro, e pela quantidade de sal ou açúcar que tem” (E17)*

Por outro lado, os participantes assumem que uma alimentação saudável passa por fazer uma alimentação equilibrada, variada e não restritiva, isto é, contendo os vários alimentos da roda dos alimentos. Os vários alimentos contêm diferentes nutrientes, além disso, optar por uma alimentação saudável não significa abdicar dos alimentos menos saudáveis, o importante é que o consumo desses alimentos seja uma exceção e não a regra (DGC & APN, 2013). Os participantes também entendem que a alimentação saudável é **uma questão de equilíbrio** entre os alimentos saudáveis e não saudáveis, aspetos estes identificados no discurso dos participantes conforme se pode ler nos excertos:

*“se nós comermos (alimentos não saudáveis) tem de ser muito variavelmente, não podemos comer todos os dias a toda a hora, mas se calhar um doce pelo menos numa semana é razoável” (E8)*

*“se comermos exagerado, nem sempre pode fazer bem (mesmo os alimentos saudáveis) às vezes temos que variar é o que a minha mãe diz” (E16)*

Os participantes reconhecem ainda que a alimentação saudável é **um recurso para a saúde**, admitindo a importância da ingestão de géneros alimentícios saudáveis para a PS, cumprindo com um dos objetivos referencial de educação para a saúde (Carvalho, et al., 2017), os excertos apresentados são reflexo disso:

*“se nós comermos legumes e verduras. O nosso corpo pode ter mais saúde com o que nós comemos” (E4)*

*“(com uma alimentação saudável) fico com mais energia, mais vontade de ir para a escola e para ter uma vida saudável” (E6)*

De acordo com Pender (2011), as pessoas têm maior facilidade em adotar comportamentos dos quais antecipam obter benefícios pessoalmente valorizados, o MPS permite identificar os benefícios percebidos para a adoção de comportamentos promotores de saúde, estes são as representações mentais positivas antecipadas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento promotor de saúde. Assim, entende-se que a associação feita entre a adoção de uma alimentação saudável e os benefícios em saúde poderão incrementar a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Na identificação dos alimentos não saudáveis, os participantes destacam os alimentos açucarados, os salgados, com gorduras, os fritos, fast food (pizza, hambúrguer, cachorro quente), bebidas (refrigerantes, açucaradas e alcoólicas), batatas fritas, alimentos processados, enlatados e as carnes vermelhas, conforme sugerem os excertos:

*“(alimentos não saudáveis) As gorduras, como o azeite, o vinagre, a carne em muito excesso” (E3)*

*“(alimentos não saudáveis) Hambúrgueres, batatas, a maioria dos produtos enlatados” (E9)*

*“(alimentos não saudáveis) Pizza, hambúrguer, batatas fritas e bebidas com álcool, do género do vinho e cerveja” (E11)*

*“Eu só sei que cada alimento tem a sua pior parte, por exemplo a carne (...) É preciso ter fibras, e os alimentos (menos saudáveis são) os demasiado salgados, os que tem mais calorias, os demasiado doces, como por exemplo a pasta de açúcar” (E15)*

*“(alimentos menos saudáveis) hambúrguer, pizza, carnes vermelhas, açúcares, refrigerante tipo coca-cola” (E19)*

Conforme referem Carvalho et al. (2017), espera-se que as crianças do 1º ciclo do ensino básico, identifiquem os géneros alimentícios que são benéficos e os prejudiciais à saúde. De realçar que os participantes apontam os alimentos salgados, açucarados e com gorduras, como fazendo parte dos alimentos não saudáveis. A EIPAS, no conjunto de estratégias que adotou, incluiu precisamente a redução de açúcar, sal e ácidos gordos trans, em produtos que fazem parte dos hábitos dos portugueses (Gregório, Guedes, & Sousa, 2019). Com esta estratégia, é expectável que a saúde e a qualidade de vida dos portugueses beneficiem muito, uma vez que podem ser salvas cerca de 798 vidas a cada ano (redução da mortalidade associada às doenças crónicas), das quais 248 são relativas à redução da mortalidade precoce (Gregório, et al., 2019).

De acordo com Graça, et al. (2018), a alimentação saudável e o seu impacto na qualidade de vida é uma preocupação mundial, em Portugal, a alimentação inadequada traduz-se numa redução de anos de vida com saúde, em menos 9,49 anos de vida, uma vez que está associada ao desenvolvimento das principais doenças crónicas como a diabetes e a doença cardiovascular. Os participantes também reconhecem os **efeitos da alimentação não saudável**, nomeadamente, o desenvolvimento da diabetes, conforme pode ler-se no excerto:

*“Posso não ficar muito saudável e depois pode acontecer alguma coisa (...) aquela coisa do diabetes, açúcar no sangue. (...) é muito importante para as crianças não comerem muito açúcar” (E5)*

De acordo com a WHO (2018b), o excesso de peso e obesidade estão associados a mais mortes no mundo do que o baixo peso. Globalmente, existem mais pessoas obesas que abaixo do peso, o que acontece em todas as regiões, exceto em partes da África subsariana e da Ásia.

Para Sancho, et al. (2014), os fatores comportamentais: ingestão alimentar, aporte nutricional, ambiente das refeições, influência parental na ingestão alimentar, atividade física, sedentarismo e padrão de sono; os fatores ambientais: família, escola e comunidade, e os fatores sociais: estatuto socioeconómico e literacia determinam a etiologia da obesidade. A mudança destes fatores pode contribuir para um balanço energético mais equilibrado e, conseqüentemente, para uma gestão mais eficaz do peso (Sancho, et al., 2014).

### 3.3 CONTROLO DO PESO

A prevalência da obesidade tem o forte contributo das desigualdades socioeconómicas. Crianças provenientes de famílias com menor escolaridade e com menor

capacidade económica apresentam maior risco de obesidade tanto em Portugal como noutros países europeus (Carvalho, et al., 2017).

De acordo com a WHO (2018b), cerca de 13% da população adulta do mundo, 11% dos homens e 15% das mulheres eram obesos em 2016, no mesmo ano, mais de 340 milhões de crianças e adolescentes dos 5 aos 19 anos estavam com excesso de peso ou obesidade. A prevalência de excesso de peso e obesidade nesta faixa etária aumentou de 4%, em 1975, para pouco mais de 18% em 2016, tendo ocorrido de maneira semelhante entre meninos 19 % e meninas 18% (WHO, 2018b).

De acordo com Rito, et al. (2017), no relatório 'Childhood Obesity Surveillance Initiative' (COSI) de 2016, 30,7 % das crianças portuguesas evidenciam excesso de peso, tendo havido em 2008 um decréscimo das crianças com obesidade de 15,3%, para 11,7% em 2016. As várias iniciativas do estado Português e profissionais de saúde podem estar na origem destes resultados (Rito, et al., 2017). Gregório, et al. (2019) anunciaram que o EIPAS e o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável atingiram, até à data, a meta do PNS para 2020 para controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil escolar (37,9% em 2008 e 29,6% em 2019) limitando o aumento até 2020. Com as medidas adotadas pela EIPAS, a expectativa de reduzir a mortalidade precoce associada às doenças crónicas na população portuguesa (Goiana-da-Silva, et al., 2019) pode ser alcançada.

Carvalho et al. (2017) apontam a obesidade como um problema de saúde pública em idade pediátrica com elevada prevalência na Europa. De acordo com a WHO (2018b), a obesidade e excesso de peso são evitáveis através da adoção de hábitos alimentares adequados, limitando a ingestão de gorduras e açúcares totais; as crianças e adolescentes com idade entre 5 e 17 anos devem fazer pelo menos 60 minutos de atividade física com intensidade moderada a vigorosa diariamente, ou pelo menos 3 vezes por semana e limitar o comportamento sedentário até duas horas por dia (WHO, 2017; Pender, et al., 2018).

De acordo com Rito, et al. (2017, p. 70):

9,9% das escolas do 1º ano e 9,0% das escolas do 2º ano disponibilizaram menos de 60 minutos de atividade física por semana, sendo que foi na região de LVT<sup>6</sup> onde se verificou esta situação com maior expressão, designadamente 17,1% no 1º ano e 17,6% no 2º ano de escolaridade.

O controlo do peso, ver tabela 4, é um dos temas que emerge das categorias do HLS-PT, compatível com a interpretação dos dados e produção dos sentidos.

---

<sup>6</sup> Lisboa e Vale do Tejo

**Tabela 4**

Tema 3 – Controlo do peso

Tema	Categorias	Subcategorias
Controlo do peso	Prevenção da obesidade	Hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico
		Cuidado com o que come
	Problemas associados à obesidade	Insatisfação com a imagem corporal
		Diabetes
		Doenças cardiovasculares
		Diminuição da condição física
	Prevenção do baixo peso	Alimentação saudável e equilibrada
		Aumentar a ingestão calórica
		Limitar a prática de exercício físico
	Problemas associados ao baixo peso	Hipotensão
		Resposta diminuída ao exercício físico
		Hipoglicémia

Conforme pode ler-se nos excertos, os participantes também reconhecem a importância dos **hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico** para o controlo do peso nomeadamente, para a prevenção da obesidade:

*“Não comer muitos doces (...) Fazer mais exercício e comer mais hortícolas. Não muitos derivados como as batatas, eu vi um artigo a dizer que elas também engordam um pouco (as fritas)” (E14)*

*“Comer saudável às quatro refeições: ao pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar, e se comermos pouco ao jantar, às vezes comemos leite e bolachinhas antes de ir dormir, e fazer exercício físico, beber muita água (para prevenir a obesidade)” (E18)*

Em 2016, 20,7% das crianças consome quatro vezes por semana, ou mais, biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts e 75,1% fá-lo de 1 a 3 vezes por semana, 86,8% faz um consumo de 1 a 3 vezes por semana de rebuçados, gomas ou chocolates e 65,3% das crianças avaliadas consome refrigerantes açucarados, na mesma frequência, sendo que 14,8% os consome quase diariamente (Rito, et al., 2017). Estes dados são preocupantes devido à idade das crianças e às repercursões destes comportamentos, quer na infância quer na idade adulta (Rito, et al., 2017).

Os participantes demonstram conhecer que os hábitos alimentares desadequados, nomeadamente, através da ingestão de alimentos pouco saudáveis pode levar à obesidade, pelo que defendem que, para a prevenção da obesidade, é fundamental ter **cuidado com o que se come**, conforme pode ler-se nos excertos:

*“Não estar sempre a comer fast food e pizzas e hambúrgueres. Eu quando como hamburger normalmente também como uma salada” (E3)*

*“Ser equilibrada no tipo de comida, não comer demais nem comer de menos. Ter um estilo de vida mais saudável e não exagerar em certas coisas (...) (estilo de vida saudável) ser saudável à base dos alimentos que nós comemos” (E15)*

De acordo com Damasceno et al. (2008), a imagem corporal positiva está associada a níveis de autoestima mais elevados, enquanto a imagem corporal negativa está associada à depressão e às desordens alimentares. Cromley et al. (2012) admitem que a **insatisfação com a imagem corporal** pode muitas vezes estar relacionada com o peso. Do mesmo modo, os participantes apontam a alteração da imagem corporal como um aspeto negativo,

sendo este considerado um dos problemas associados à obesidade, conforme sugere o excerto apresentado:

*“Pode começar a sentir dores de barriga e depois é difícil de levantes-te, sentes-te muito pesado e quando olhas para ti sentes uma diferença no teu corpo que não gostas (efeitos da obesidade)” (E3)*

De referir ainda que, e de acordo com a WHO (2012), as crianças obesas podem ter uma redução da qualidade de vida associada ao risco de bullying e isolamento social, com impacto negativo na respetiva saúde mental. Do mesmo modo, WHO (2018b) acrescenta que o impacto do excesso de peso e obesidade nas crianças pode ocorrer mesmo em tenra idade, uma vez que estas apresentam marcadores precoces de doenças cardiovasculares (que estão associadas a um maior risco de morte prematura e incapacidades na vida adulta), dificuldades respiratórias, aumento do risco de fraturas, hipertensão e resistência à insulina, podendo também ser afetadas ao nível psicológico. Apesar de muitas vezes, estes efeitos ocorrerem na idade adulta, os comportamentos de risco têm início nas idades pediátricas (Carvalho, et al., 2017).

Conforme pode ler-se nos excertos, os participantes mostram reconhecer alguns dos efeitos da obesidade para a sua saúde, nomeadamente, a diabetes e as doenças cardiovasculares:

**Diabetes:**

*“(...) Os diabetes, ter demasiado açúcar no sangue e tem de se tomar uma pica (com a obesidade)” (E20)*

**Doenças cardiovasculares:**

*“Pode, simplesmente com o açúcar e com a gordura que vai para o coração. Pode entupir as veias e não deixar o sangue circular e o coração pode ficar cheio de gordura” (E9)*

*“Ficando gordas podem exagerar nos chocolates, nos açúcares e pode ficar com uma tensão muito alta” (E12)*

Em 2016, a DGS considerou a promoção da atividade física como uma das áreas prioritárias em saúde, tendo criado a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física (ENPAF), que está alinhada com as orientações da WHO (2018a) e do PNS na promoção da atividade física ao longo da vida (Silva, et al., 2016). O ENPAF tem como objetivo “consciencializar a população para a importância da atividade física na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e o aumento dos níveis de atividade física” (Silva, et al., p. 12).

Por sua vez, a WHO (2018a) estabeleceu uma meta global para a redução da inatividade física das populações em 10% até 2025 e 15% até 2030 e para tal criou ações políticas de promoção de atividade física aplicáveis em todo o mundo, que envolvem a criação de pessoas, sociedades, sistemas e ambientes ativos.

O sedentarismo tem um forte impacto nos sistemas de saúde e no desenvolvimento económico dos países e, nesse sentido, as estratégias que promovem a prática de atividade

física contribuem para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardíacas e o acidente vascular cerebral, diabetes, cancro, assim como, o excesso de peso e a obesidade. Assim, poderão melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar (WHO, 2018a).

Se por um lado, o sedentarismo promove a obesidade, a própria obesidade leva à **diminuição da condição física**, que é apontada pelos participantes como um dos problemas associados à obesidade, conforme pode ler-se nos excertos:

*“Sim, (com obesidade) não conseguimos correr muito, não sei mais, só sei isso (...) Quando jogamos a apanhada não conseguimos apanhar os outros” (E2)*

*“Podemos ficar com problemas, vai dificultar a movimentação (com a obesidade)” (E7)*

Silva et al., (2016) estimam que aproximadamente três quartos da população portuguesa com mais de 15 anos não atinja as recomendações internacionais de atividade física. A prática de atividade física é um dos principais determinantes de saúde, quer na prevenção da doença quer na PS (Silva et al., 2016). De acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNSAF) (2019), em Portugal, a prática regular de atividade física permitiria reduzir a prevalência das principais doenças crónicas, aumentando a longevidade.

Em relação ao controlo do baixo peso, os participantes revelaram nos seus discursos estratégias de **prevenção do baixo peso**. As estratégias sugeridas passam por ter uma alimentação saudável e equilibrada, o aumento da ingestão calórica, quer seja através do aumento da quantidade de alimentos saudáveis, quer seja através da ingestão de alimentos considerados não saudáveis e ainda limitando a prática de atividade física, conforme sugerem os excertos:

#### **Alimentação saudável e equilibrada:**

*“(...) Comer tudo o que temos no prato. (...) Um dia pode comer peixe grelhado e no outro comer uma salada (...) Uma alimentação saudável” (E18)*

#### **Aumentar a ingestão calórica:**

*“quem é demasiado magro só come vegetais e faz educação física. E para não ser assim tão magro, pode comer às vezes hambúrguer (...) por semana, uma vez no mínimo, é o que eu como” (E2)*

*“As pessoas magras podem comer pouco, mas têm de comer ainda mais alguma coisa, por exemplo, um doce que é para não ficarem demasiado magras” (E8)*

#### **Limitar a prática de exercício físico:**

*“É comer mais, e é não fazer tanto exercício físico. É ao contrário de fazer para não engordar” (E1)*

À semelhança das estratégias propostas pelos participantes, Inácio, da Silva Ferreira, & Marchesi (2018) sugerem que, para promover o ganho de peso no tratamento da anorexia nervosa, deve ser aumentada a ingestão de alimentos (alimentação saudável e equilibrada) e a diminuição da frequência da atividade física. Sabe-se que a prática de exercício físico causa um maior desgaste energético (Crema, et al., 2017) pelo que é

essencial adequar a alimentação de modo a manter o equilíbrio entre ganhos e perdas calóricas, garantindo as necessidades energéticas para um crescimento saudável (Eisenstein, et al., 2000). Crema, et al. (2017) reforçam, assim, a importância da nutrição na infância, através de uma alimentação saudável e equilibrada que seja adequada para acompanhar as transformações físicas desta fase do ciclo vital.

Curiosamente, as estratégias propostas pelos participantes para a prevenção do baixo peso e conforme os próprios reconhecem, são opostas às que referem para prevenir o excesso de peso. Contudo, reiteram a importância de manter uma alimentação saudável e equilibrada, embora refiram que o aumento da ingestão calórica deva ser feito também com a introdução de alimentos não saudáveis. A nosso entender, esta conceção poderá estar relacionada com o facto da literatura sobre o baixo peso ou magreza ser escassa, quando comparada com a existente sobre o excesso de peso e obesidade. Na literatura pesquisada, as informações sobre o baixo peso ou magreza estavam frequentemente associadas ao transtorno alimentar anorexia nervosa, ao baixo peso ao nascer e à desnutrição, esta última associada quer ao baixo peso, quer à obesidade.

Os participantes reconhecem e identificam ainda alguns **problemas associados ao baixo peso**, conforme pode ler-se nos excertos:

**Hipotensão:**

*“A tensão baixa e não sei mais (efeito do baixo peso)” (E17)*

**Resposta diminuída ao exercício físico:**

*“(com baixo peso) Pode ter desmaios por falta de açúcar e não se conseguir aguentar muito, não conseguir correr, não ter folgo” (E3)*

**Hipoglicémia:**

*“é mau ser magrinho, muito magrinho, porque assim não temos muito açúcar no sangue” (E13)*

Estes efeitos são também reconhecidos por Ciqueira, Oliveira, & Cunha (2011) como efeitos da anorexia na saúde dos indivíduos, entre eles, a bradicardia, a hipotensão, a hipotermia, a resposta diminuída ao exercício físico, a anemia, a hipoglicemia e a diabetes. O baixo peso associado à anorexia nervosa compromete gravemente a saúde e está relacionado com a insatisfação corporal e pressão social para alcançar um padrão de beleza (Martins & Petroski, 2015; Sena, 2014).

### 3.4 INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

De acordo com Pender (2011), os comportamentos podem ser influenciados por familiares, profissionais de saúde, pares, ou por normas e modelos sociais – as influências

interpessoais. Assim, quando outras pessoas importantes modelam o comportamento, esperam que ele ocorra e fornecem o suporte necessário para o possibilitar, havendo, portanto, maior probabilidade dos indivíduos se envolverem e comprometerem com os comportamentos promotores de saúde (Pender, 2011; Pender, et al., 2018). Do mesmo modo, as influências situacionais, descritas no MPS, que dizem respeito às situações e ao ambiente, podem aumentar ou diminuir o compromisso ou participação no comportamento de PS (Pender, 2011), entre eles, os serviços de saúde, o meio escolar e as políticas públicas são exemplos de influências situacionais.

A tabela 5 apresenta as categorias e subcategorias do tema informações sobre saúde que emergiram na análise do discurso dos participantes.

**Tabela 5**

Tema 4 – Informações sobre saúde

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Informações sobre saúde	Importância de compreender a informação Informação veiculada por profissionais de saúde, pais, professores e pares	Compreender para investir na saúde
		Como proceder mediante a ocorrência de acidentes
		Tabagismo
		Cuidados com a higiene pessoal
		Aprendizagem das técnicas de relaxamento Incentivo à prática de uma alimentação saudável e exercício físico

Pela análise do discurso dos participantes no que diz respeito à alimentação e controlo do peso, os dados revelam que estes demonstram as capacidades de compreensão e de gestão da informação necessárias para a PS, contudo, resta aferir se a capacidade de investimento dos participantes vai ao encontro dos seus conhecimentos sobre saúde.

Os excertos apresentados em seguida, mostram que, na perspectiva dos participantes, é essencial **compreender para investir na saúde**:

*“(ao compreender a informação) aprendemos mais coisas sobre como devemos cuidar da nossa saúde” (E13)*

*“o meu pai um dia foi lá ter comigo ao meu quarto (...) Ele esteve-me a explicar uma história de quando era criança (...) A mãe dele (...) Dizia assim: tu tens de comer a sopa para não ficares com problemas de saúde e se quiseres tomar boas decisões ouve o que eu te vou dizer: filho és, pai serás! (moral da história) é preciso dar bons exemplos e bons conselhos para se ter uma vida mais saudável (...) Vamos imaginar, o meu filho não quer comer aquela hortaliça porque não lhe apetece, essa história tenta encontrar a raiz para ele tentar entender aquilo que é importante na sopa e porquê. (...) Eu dantes embirrava mais, mas agora tipo, eu provo a sopa, sabe mal, mas os meus pais dizem que sabe bem (...) Eu ignoro a parte de saber àquilo que sabe. (E15)*

*“Sim, (...) Porque eu ao compreender aquilo, compreendo e sei que quando for maior (...) Se eu tiver comido um hambúrguer, não vou comer aquele, porque já comi e posso estragar a minha saúde” (E20)*

A compreensão da informação é essencial para fomentar a capacidade de investimento em saúde, dando aos indivíduos a capacidade de exercer cidadania em saúde.

Isto deve-se ao facto da PS contribuir para melhorar a capacidade de compreensão, gestão e investimento em saúde (Saboga-Nunes, 2014), isto é, a LS, através da capacitação e ‘empowerment’ dos indivíduos, essenciais para alcançar a participação efetiva para exercer a sua cidadania em saúde, leva-os a fazer escolhas no sentido da PS e prevenção da doença.

Por outro lado, nos excertos, pode ler-se que quando o sentimento positivo *“ter uma vida mais saudável”* (E15) foi associado ao comportamento comer a sopa, promoveu o compromisso com o comportamento de PS *“(…) Eu dantes embirrava mais, mas agora tipo, eu provo a sopa, sabe mal, mas os meus pais dizem que sabe bem (…) Eu ignoro a parte de saber àquilo que sabe.* (E15). Pender (2011) refere que os sentimentos em relação ao comportamento de PS (um dos fatores que influenciam comportamento no MPS), refletem uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável em relação ao comportamento. De acordo com Pender (2011), quando emoções ou sentimentos positivos estão associados a um comportamento, a probabilidade de compromisso no comportamento de PS aumenta, uma vez que aumenta a autoeficácia percebida (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar um comportamento de PS).

Deste modo, entende-se que, além de ser importante compreender a informação sobre saúde para investir em comportamentos promotores de saúde, também são importantes os sentimentos em relação ao comportamento, uma vez que sentimentos positivos aumentam o compromisso com o comportamento de PS, a capacidade de investimento e, logo, a cidadania em saúde.

Os dados sugerem que os participantes demonstram conhecimentos acerca dos aspetos relacionados com a alimentação e controlo do peso, o que vem valorizar e reforçar a importância e o impacto do investimento da saúde escolar na melhoria da LS dos alunos, nomeadamente, através de mais informação na área da alimentação saudável (DGS & PNSE, 2016) assim como, na prática de exercício físico (Carvalho, et al., 2017).

Contudo, conforme sugerem Fonseca et al. (2015), é necessário que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, sejam mediadores na relação com as crianças, de modo a contribuir para a autonomia, corresponsabilidade e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Esta mediação pode ser feita nos centros de saúde, em outros contextos de cuidados onde o enfermeiro exerce a sua prática clínica em contacto com crianças e suas famílias, como, por exemplo, através das equipas de saúde escolar (Fonseca, et al., 2015).

Do discurso dos participantes, emergiram informações sobre saúde veiculadas por profissionais de saúde, pais, professores e pares, sendo que a mãe e os professores se destacaram como os que abordam mais temas relacionados com a saúde.

Hockenberry & Wilson, (2014) defendem que, tal como o enfermeiro e a família, o professor é uma pessoa importante e significativa na vida da criança. É no contexto escolar

que ocorre a interação entre ambos, onde as crianças aprendem sobre os efeitos dos comportamentos que se desviam das expectativas da sociedade e no qual os professores, enquanto educadores, incentivam o desenvolvimento intelectual da criança e a sua capacidade de resolver criativamente os seus problemas (Hockenberry & Wilson, 2014). Os professores que apresentam características mais semelhantes aos dos progenitores conseguem exercer maior influência nas crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

A Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, em colaboração com o Alto Comissariado da Saúde, desenvolveu um manual de primeiros socorros através do qual e com o apoio dos professores, as crianças desde cedo podem aprender **como proceder mediante a ocorrência de acidentes**, com o objetivo de contribuir para ambientes escolares cada vez mais seguros (Reis, 2010). Os conteúdos do referido manual foram identificados pelos participantes, conforme se pode ler no excerto seguinte esta informação é-lhes fornecida em meio escolar pelos professores:

*“(na escola com a professora) Tenho aprendido em caso de emergência ligar ao 112, o que fazer se desmaiar, o que fazer em caso de ferimento de rua e sobre se nós torcermos um pé, uma perna ou alguma coisa. (...)” (E4)*

Bohn, et al. (2012) concluíram que, a partir dos 10 anos de idade, as crianças são capazes de aprender e de aplicar técnicas de suporte básico de vida, promovendo a redução da ansiedade sobre os possíveis erros e aumentando a disponibilidade para ajudar. Neste sentido, foi criada a Norma n.º 015/2015 da DGS (2015) que prevê o apoio da saúde escolar na promoção da segurança e na prevenção dos acidentes nas escolas, na gestão do risco e na monitorização dos acidente e/ou doença súbita. No que se refere à prestação de primeiros socorros e suporte básico de vida, pode capacitar alunos e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência (Norma n.º 015/2015 da DGS, 2015).

Quanto aos consumos aditivos é a mãe, de acordo com os participantes, quem alerta para o **tabagismo**, esta informação é veiculada por uma mãe fumadora e por outra mãe, que partindo do exemplo de um pai fumador, desincentiva o seu consumo, como se pode ler nos excertos:

*“(sobre fumar) eu não preciso de saber isso, porque tenho os gritos da minha mãe sempre a dizer: não fumes! Não fumes! Mas ela fuma! (a mãe sabe que faz mal) principalmente porque trabalha no centro de toxicodependência” (E1)*

*“O meu pai sempre fumou (...) e a minha mãe disse-me para não fazer isso e eu nunca experimentei, nem quero experimentar” (E3)*

A figura materna é a primeira influência da criança na infância, uma vez que esta dá resposta às suas necessidades básicas de conforto, afeto e alimentação durante a primeira infância (Hockenberry & Wilson, 2014) e é um agente modelador do comportamento (Bandura, 2012), pelo exercício de influência nas escolhas das crianças.

Para Stanhope & Lancaster (2016), a família é reconhecida pela sociedade como uma estrutura única e um recurso fundamental, pois é na família que a criança é cuidada, que se desenvolve, tornando-a apta para o convívio social e é nela que o crescimento físico

e pessoal é promovido. De acordo com Pender et al. (2018), o desenvolvimento e crescimento da criança é o resultado do suporte parental e dos modelos, sendo a família o respetivo modelo.

O programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo é um dos programas prioritários da DGS, a Orientação n.º 7/2013 da DGS (2013, p. 4) tem por base este programa e vem apresentar um conjunto de orientações entre as quais “prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens” fundamentado nos dados que revelam que, em Portugal, o início do consumo do tabaco foi iniciado antes dos jovens atingirem os 25 anos, em cerca de 90% das pessoas fumadoras, além disso, tem-se verificado uma tendência para o aumento da experimentação entre os alunos do ensino básico e do ensino secundário.

O consumo de tabaco é um problema individual e social que deve ser alvo de uma abordagem precoce, sendo a escola um espaço privilegiado para a prevenção do início do consumo e da aquisição da noção dos riscos da exposição ao fumo (Carvalho, et al., 2017).

De acordo com a Orientação n.º 7/2013 da DGS (2013, p. 4), é importante não só trabalhar com as crianças e jovens, no que respeita ao consumo do tabaco, como também “com os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com os pais, com a escola e com a restante comunidade educativa”, neste sentido, propõe entre outras, as seguintes estratégias de intervenção:

- Desenvolvimento de programas de PS e prevenção do consumo liderados pelos profissionais das escolas, com o apoio dos profissionais da saúde, dos pais e da restante comunidade educativa;
- Criação de projetos que visem a diminuição do número de modelos de identificação com o consumo de tabaco, sensibilizando os profissionais e pais fumadores, para a cessação tabágica;
- Envolvimento dos jovens na prática de atividade física ou desportiva, ou atividades culturais, uma vez que estão associadas a menores consumos de substâncias e promovem a saúde.

Os profissionais de saúde, pais e professores, de acordo com os participantes, promovem os **cuidados com a higiene pessoal**, como um comportamento que previne a doença, conforme se pode ler nos excertos:

*“Quando a mãe diz: tens de levar as mãos antes de comer e depois de comer (...). Se eu não lavar as mãos, vou estar a transmitir micróbios para dentro do meu próprio corpo, porque vai através da comida (...) pode causar dor de barriga e infeção” (E1)*

*“(enfermeiros da saúde escolar) Para lavar os dentes, alimentar saudáveis, para irmos ao médico quando estamos doentes, para o médico ver o que é que nós temos. A higiene pessoal, que é para não partilhar umas escovas (...) Dos dentes e do cabelo, e ter cuidados com a higiene pessoal” (E17)*

*“(aprende com a professora na escola) A roda dos alimentos, como ser saudável, o que comer. Que devemos lavar os dentes muito bem” (E20)*

Entende-se por higiene pessoal, o conjunto de cuidados que as pessoas devem ter com o seu corpo, sendo a higiene corporal e saúde oral, fundamentais para a convivência social, autoestima, saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida (DGS, 2015a). Nesta matéria, as equipas de saúde escolar contribuem para melhorar as competências dos profissionais de educação e dos pais/mães sobre higiene corporal e saúde oral (DGS, 2015a).

A proximidade do enfermeiro de saúde escolar a toda a comunidade educativa (Hagan, et al., 2017) permite-lhe conhecer e identificar necessidades e problemas sobre os quais poderá intervir e envolver os encarregados de educação de forma a garantir que a informação veiculada seja reforçada em casa (Hockenberry & Wilson, 2014). A intervenção do enfermeiro é fundamental para que se possam alcançar ganhos em saúde e alterações de comportamento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A promoção do relaxamento, nomeadamente, através da **aprendizagem das técnicas de relaxamento**, deve-se à informação transmitida pelos pais/família, professores e pares conforme sugerem os excertos:

*“Foi a minha mãe é que me ensinou, e eu descobri que com a música conseguia relaxar” (E1)*

*“Lá na nossa sala (com a professora), nós fazemos uma coisa que para a raiva, é a respiração de coelho ou respirar devagar” (E16)*

A infância e a adolescência são períodos desenvolvimentais que apresentam oportunidades únicas para a construção das bases necessárias para uma boa saúde mental (Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), 2014). As escolas, pelo contacto que estabelecem com as crianças e adolescentes, assim como com as suas famílias, constituem, neste sentido, um dos contextos favoráveis para promover a saúde mental e prevenir as doenças mentais, desempenhando um papel positivo e protetor para as crianças e adolescentes (OPP, 2014). As escolas contribuem para a criação da resiliência, proporcionando os recursos internos para lidar com os stressores negativos e ultrapassar desafios e dificuldades, ao criarem ambientes que promovam o bem-estar e ofereçam apoio e orientação (Weare & Nind, 2011).

No sentido de prevenir perturbações de ansiedade, isto é, preocupações e ou medos exagerados ou desadequados, considerando o nível de desenvolvimento da criança, os profissionais de saúde devem aconselhar os pais a tranquilizar a criança, mantendo uma atitude firme e segura; estimular a criança a encontrar soluções para enfrentar a situação geradora de ansiedade; não promover o evitar excessivo das situações que causam ansiedade, contudo, sem forçar a criança para além da sua capacidade de adaptação (Marques & Cepêda, 2009). Além da família, de acordo com Bandura (2012), os pares constituem uma das influências mais marcantes ao nível do comportamento das crianças, estes, de acordo com os participantes, também contribuem para a PS mental dos seus amigos, conforme pode ler-se:

*“Aprendi com a minha família e às vezes com os amigos (a relaxar)” (E15)*

De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), o grupo de pares exerce também uma importante influência nas crianças pelas relações estabelecidas entre estes e têm um impacto significativo na socialização, através da transmissão de informação. No grupo de pares, aprendem a explorar ideias e o ambiente físico, além disso, a pressão exercida pelo grupo de pares pode modificar os comportamentos da criança para que possa ser aceite pelo grupo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Outra das informações sobre saúde veiculadas pelos profissionais de saúde, pais e professores diz respeito ao **incentivo à prática de uma alimentação saudável e exercício físico**, conforme os excertos apresentados nos sugerem:

*“Agora pratico uma arte marcial que se chama jiu-jitsu, porque eu não praticava mais nenhum desporto e a minha mãe estava sempre a dizer que eu tinha de escolher um desporto qualquer para praticar. (...) (a mãe também refere) em relação a comer alimentos saudáveis e não comer muito e não muito depressa” (E1)*

*“(aprende com os profissionais de saúde) Que devemos beber água todo o dia, não beber sumos que tem gás, não comer coisas com açúcar e comer mais coisas sem açúcar. Lavar as mãos antes de comer uma fruta ou um alimento. (...) que o exercício faz bem para fortalecer os ossos (...) Para todos nós, metemos no nosso plano, fazer ginástica” (E6)*

*“(aprende com a professora na escola) (...) Os hábitos mais saudáveis, fazer exercício, respirar ar puro e não ar poluído (...)” (E15)*

Os conhecimentos diversificados sobre a alimentação, são adquiridos pelas crianças de acordo com o que ouvem em casa, na escola ou na comunicação social (Lourenço, 2015). Sendo a infância, de acordo com Borges, et al. (2015), o período ideal para a construção de hábitos alimentares saudáveis que devem ser reforçados, uma vez que as crianças aprendem através da observação dos adultos, vivenciando a escolha, preparação e confeção dos alimentos (Norma 010/2013 da DGS, 2013; Pender, 2011).

Os pais condicionam desde cedo os hábitos alimentares das crianças, quer positiva quer negativamente, conforme fazem respetivamente, escolhas saudáveis ou não saudáveis, uma vez que estes se constituem como modelos para as crianças, pelo que recai também sobre estes a responsabilidade de promover uma boa alimentação (Cordeiro, 2015; Linhares, et al., 2016). De realçar que os hábitos alimentares adquiridos durante a infância assumem uma grande importância uma vez que irão manter-se na vida adulta (Santos & Moreira, 2017).

A escola é um local privilegiado para a modulação de comportamentos alimentares e para a PS, dado proporcionar aos alunos conhecimentos e competências para a adoção de comportamentos saudáveis (Bento, et al., 2018). Linhares et al. (2016) corrobora e acrescenta que além da família, a escola, as redes sociais e as condições socioeconómicas e culturais, influenciam o processo de construção dos hábitos alimentares da criança e, conseqüentemente, do indivíduo adulto. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de mobilizar ações que concorram para o objetivo de promover a alimentação saudável, que favoreçam o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável (Linhares et al., 2016).

Na promoção da atividade física, os profissionais de saúde que trabalham com indivíduos e comunidades, como, por exemplo, os enfermeiros da saúde escolar, podem promover os benefícios da atividade física para a saúde junto das crianças e incentivar os pais a promoverem a atividade física junto dos seus filhos, além disso, podem ajudar os professores a melhorarem os programas de educação física nas escolas (Andersen, et al., 2009).

Os profissionais de saúde devem promover a prática de exercício físico através do aconselhamento breve para a atividade física que se define como uma

interação contendo encorajamento verbal e/ou uma indicação ou recomendação verbal ou escrita para a prática de atividade física realizada por um profissional, que deve também envolver uma abordagem às motivações, barreiras, preferências, estado de prontidão e de saúde do utente, e às oportunidades para realizar atividade física, bem como os riscos da atividade física (PNSAF, 2019, p. 12).

Contudo, é fundamental em primeira instância, promover a capacitação dos profissionais de saúde neste âmbito, sendo esta uma estratégia e uma das ações recomendadas no plano de ação global para a atividade física 2018-2020 (PNSAF, 2019; WHO, 2018a). Os professores, por sua vez, também precisam de estar capacitados para fornecer informações às crianças e jovens, assim como, aos pais, de forma a melhorar a consciencialização de que a atividade física é um requisito essencial para manter uma vida saudável (Andersen, et al., 2009). Os professores, nomeadamente, os professores de educação física, por serem os que estão mais capacitados nesta matéria, são um dos elementos mais importantes na promoção da atividade física das crianças e dos jovens em ambiente escolar (Andersen, et al., 2009).

O acesso e compreensão da informação veiculada pelos pais, profissionais de saúde e professores parece estimular os participantes no sentido de se tornarem autónomos na gestão dos seus problemas de saúde e a terem o controlo sobre a sua saúde. Estes conhecimentos poderão ser mobilizados no sentido da PS, prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida. O PNSE reforça a importância da escola, que se constitui como um espaço seguro e saudável, o que favorece a promoção de comportamentos favoráveis à saúde, encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover a saúde, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia (DGS, 2015a), permitindo às crianças assumirem uma atitude positiva consigo próprias, construírem um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (Carvalho, et al., 2017) o que contribui fortemente para a melhoria da sua qualidade de vida (Rocha, et al., 2013).

Pender et al. (2018) afirmam que os comportamentos das crianças são aprendidos e desenvolvidos com base no seu estadió de desenvolvimento, no ambiente social e físico onde estão inseridas e nas suas experiências pessoais. Neste sentido, a infância constitui-

se como um período determinante na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, representando o potencial para obter uma sociedade saudável.

A interpretação dos dados conseguida pelas redundâncias no discurso dos participantes permitiu chegar, com consistência, às dimensões valorizadas por estes, apontadas na figura 2.

O conceito de saúde emerge no discurso dos participantes como sinónimo de bem-estar, de ter aptidão física para realizar as tarefas do quotidiano e ausência de doença, numa perspetiva individual, onde a saúde é uma condição que depende do indivíduo, resultante da adoção de estilos de vida saudáveis, que promovem a saúde e previnem doenças. Por sua vez, no significado de LS, atribuído pelos participantes, emergem as dimensões do conceito de LS proposto por Saboga-Nunes (2014), a capacidade de compreender, através da leitura e aprendizagem sobre saúde; a capacidade de gestão, interpretando e avaliando a informação no sentido de prevenir a doença e a capacidade de investimento, tomando medidas para melhorar ou manter a saúde. Entende-se, pela análise do discurso dos participantes, que a LS se destaca nas áreas da alimentação e exercício físico, associados ao controlo do peso, prestação de primeiros socorros, relaxar, higiene e tabagismo, informações sobre saúde veiculadas pelos profissionais de saúde, entre os quais, enfermeiros, pais, professores e pares. O que parece conotável com a PS, dado que sugerem que, com a adoção de estilos de vida saudáveis, podem prevenir doenças como a diabetes, as doenças cardiovasculares, a depressão, a obesidade e o baixo peso. A PS revela-se, assim, como uma estratégia que contribui para a capacitação, 'empowerment', promoção da LS e cidadania em saúde dos participantes, tal como se procura ilustrar no esquema interpretativo apresentado na figura 2. Para os participantes, LS está relacionada com a saúde e significa aprender sobre como promover a saúde, pela associação dos significados das palavras literacia e saúde.

Contudo, parece ainda identificar-se uma falta de conhecimento relativamente à informação sobre a prevenção do baixo peso, pelo que, aqui, verifica-se a necessidade de (re)ajustar as intervenções de enfermagem, no sentido de incluir as questões relacionadas com o baixo peso nas ações de PS junto das crianças, pais e professores. Isto porque o baixo peso compromete gravemente a saúde física.

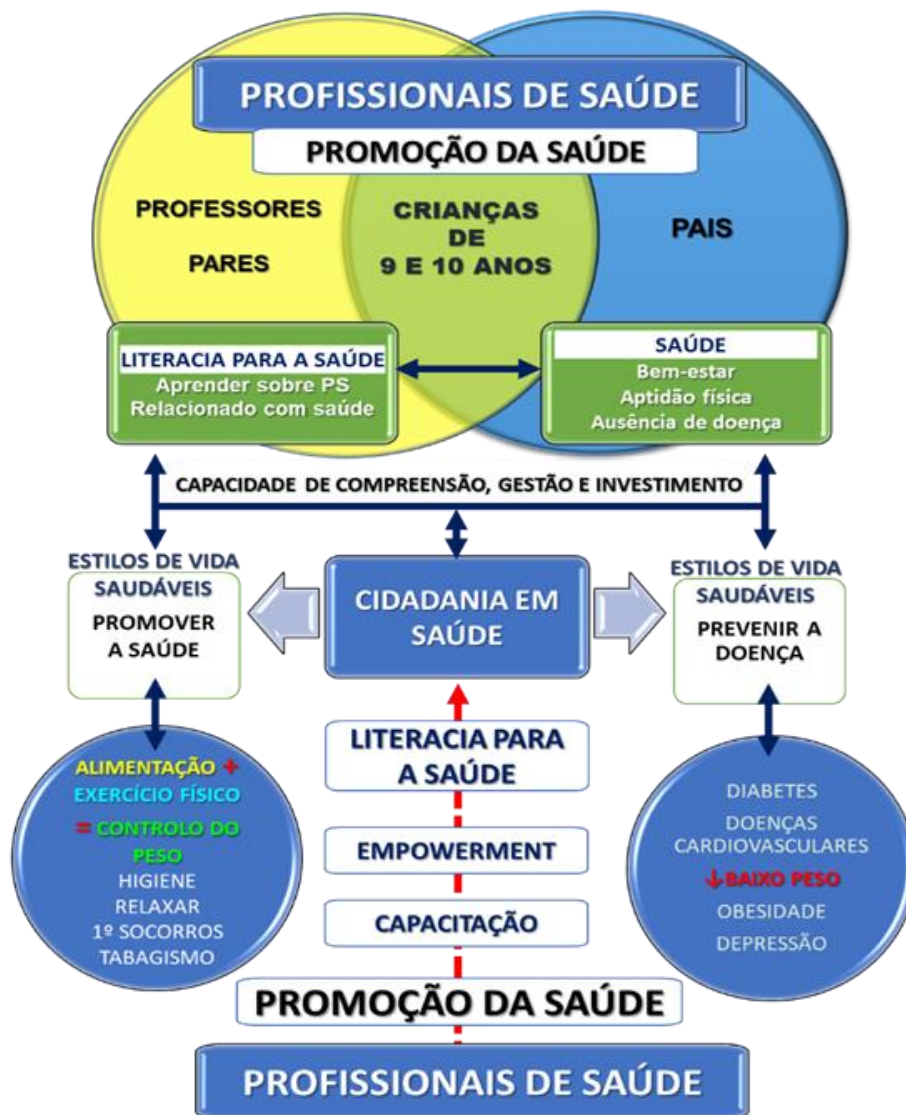


Figura 2 – Esquema interpretativo que caracteriza a LS dos participantes

No próximo capítulo serão apresentadas as conclusões emergentes deste estudo de natureza científica.

## **4 CONCLUSÕES**

A LS dos participantes pode ser caracterizada pela capacidade de compreensão, gestão e investimento, nas áreas da alimentação e exercício físico que contribuem para o controlo do peso, assim como, nas áreas da higiene pessoal, estratégias para relaxar, primeiros socorros e tabagismo, resultante da informação sobre saúde veiculada pelos profissionais de saúde, pais, professores e pares, o que permite promover a saúde e prevenir doenças através da adoção de estilos de vida saudáveis. Identifica-se, contudo, a falta de conhecimento relativamente à informação sobre a prevenção do baixo peso, o que poderá estar relacionado, a nosso entender, com o facto da abordagem ao controlo do peso estar associada à prevenção da obesidade e não do baixo peso.

O conceito de saúde dos participantes faz emergir a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção da doença para a PS, bem-estar, aptidão física e ausência de doença. Por sua vez, o significado de LS está, de acordo com os participantes, relacionado com aprender como promover a saúde e também com a saúde, pela associação ao significado das palavras, literacia e saúde.

Na construção do significado de LS, os participantes revelaram as três dimensões do conceito de LS, isto é, as capacidades de compreensão, gestão e investimento em saúde.

Os dados analisados são congruentes com a teoria, uma vez que sugerem que a LS está associada à PS, onde o EEEC assume um papel preponderante, ao promover a capacitação, 'empowerment', LS e cidadania em saúde, que contribuem fortemente para a adoção de comportamentos promotores de saúde que se revelam nos resultados em saúde, qualidade de vida e bem-estar ao longo do ciclo vital. A LS dos participantes poderá ser o reflexo do investimento nos programas e projetos direcionados a estas crianças; das parcerias criadas entre o Ministério da Saúde e o da Educação, no que diz respeito à saúde escolar; ao currículo escolar direcionado para a PS; assim como da informação veiculada pelos profissionais de saúde, pais e professores. Principalmente, porque o processo de aprendizagem ocorre através da observação dos modelos que transmitem conhecimento, valores e fomentam o desenvolvimento das capacidades para promover a saúde.

Bronfenbrenner & Morris (2007) explicam que o desenvolvimento humano depende da adaptação progressiva e recíproca entre o indivíduo em crescimento e as propriedades dos cenários imediatos que o envolvem e destacam os processos e os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem

como promotores de desenvolvimento humano quando conjugados entre si. De acordo com os autores, o processo é a interação ativa e recíproca do sujeito ativo em mudança (considerando as suas características individuais, biológicas e psicológicas), sendo o sujeito produtor e produto de desenvolvimento, com as pessoas, ambiente imediato ou remoto em mudança, objetos e símbolos numa atividade gradativamente mais complexa e contínua durante um período de tempo.

Da análise do discurso dos participantes, parece poder inferir-se que, e reportando ao MPS, a importância de considerar-se, enquanto EEEC na PS, a influência das características e experiências individuais e das condições que influenciam o comportamento, em especial as influências interpessoais e situacionais, no desenvolvimento, na aprendizagem e, conseqüentemente, na adoção de comportamentos promotores de saúde. No sentido de promover uma intervenção dirigida e adequada a cada situação, colocando sempre o indivíduo, família e comunidade como elementos centrais no processo de cuidados, com o intuito de corresponder efetivamente às suas necessidades e expectativas em saúde, numa colaboração recíproca onde a pessoa participa ativamente no seu projeto de saúde.

Os comportamentos de PS, nomeadamente através da adoção de estilos de vida saudáveis, resultam na melhoria da saúde, da capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as etapas do desenvolvimento. Pender, et al. (2018) faz referência à influência das exigências imediatas e das preferências, nos comportamentos de PS. É menos provável a adoção de comportamentos de PS, quando a exigência é imediata, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento.

Isto poderá significar que, embora os participantes demonstrem capacidade de compreensão, gestão e investimento nos temas analisados, é importante reforçar continuamente as ações de PS nestas áreas, de modo a que a adoção de comportamentos promotores de saúde, sejam entendidas como benéficas, logo, uma preferência e não uma exigência. Importa considerar que as crianças em idade escolar dão grande importância ao seu corpo, são, neste sentido sensíveis, a tudo o que possa constituir-se como ameaça ao mesmo, além disso, se os comportamentos negativos para a saúde se instalarem, é mais difícil atuar, o que justifica não só a grande probabilidade de sucesso dos projetos e programas direcionados às crianças, como a sua relevância.

Neste sentido, os profissionais de saúde, em especial os EEEC, pelo contacto diário com as crianças quer em contextos de prestação de cuidados, quer em meio escolar, são importantes mediadores na relação com as crianças, assim como, com toda a comunidade educativa, incluindo professores e pais e têm um papel preponderante na PS, contribuindo para o desenvolvimento da cidadania em saúde que se constitui como um dever e um direito dos indivíduos, uma vez que, assim, exercem ativamente poder sobre o estado de saúde e

sobre o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde, de modo informado e responsável, o que se traduzirá na melhoria da saúde, qualidade de vida e adoção de estilos de vida saudáveis, com impacto significativo nas contas públicas.

De acordo com a DGS (2015b), a formação e investigação em saúde, a PS, a prevenção e a prestação de cuidados de saúde são responsáveis pelo desenvolvimento e valorização do país, incluindo, o desenvolvimento económico e coesão social. Os enfermeiros, em particular o EEEC, estão capacitados para intervir em qualquer uma destas áreas, prestando cuidados de saúde de qualidade, através de uma prática clínica baseada na evidência científica, que conduzirá a resultados sensíveis em enfermagem (Stanhope & Lancaster, 2016; Amendoeira, 2000).

A disseminação dos resultados é um dos meios através do qual a enfermagem pode fazer evidenciar a importância das suas intervenções, além de sustentar as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Seguindo os passos de Florence Nightingale que soube “definir uma estratégia, rodear-se das pessoas certas e mobilizar a opinião pública para a concretizar”, uma das estratégias utilizadas foi “através de um registo sistemático, demonstrar a eficácia da sua intervenção a todos os níveis” (Queirós, 2012, pp. 13-14).

Ao longo deste processo de aprendizagem, contribuiu-se para a disseminação de alguns dos resultados obtidos, mobilizando as competências de comunicação e foi realizada, no primeiro Congresso Internacional em LS – paradigmas e saberes em contextos “diversos”, com a apresentação de um poster com os resultados de uma ‘scoping review’ e respetiva publicação dos resultados no ‘European Journal of Public Health’ com o título ‘Children’s health literacy in school – A scoping review’; com a publicação de um artigo com os resultados deste estudo, prevista para abril de 2020, na revista UIIPS do Instituto Politécnico de Santarém; e perspectiva-se a participação no encontro da Federação Nacional de Associações de Estudantes de Enfermagem, em abril de 2020, com uma comunicação oral.

Durante este percurso académico, desenvolveram-se competências no âmbito da investigação científica, através da sua aplicação prática e participação no projeto de investigação CrAdLiSa. Esta participação constituiu-se como uma mais valia, uma vez que os dados colhidos contribuirão para avaliar a LS na perspectiva das crianças em meio escolar a nível nacional. Este estudo enquadra um conjunto de contributos para permitir à enfermagem ajustar as suas intervenções no sentido da PS. Além disso, possibilita evidenciar a sua importância na PS e na promoção da LS, que contribui fortemente para o bem-estar, qualidade de vida e estilos de vida saudáveis ao longo da vida, dos indivíduos e das comunidades.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., . . . Cid, I. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Obtido em 16 de novembro de 2019, de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, 8-14. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- Andersen, L., Anderssen, S., Bachl, N., Banzer, W., Brage, S., Brettschneider, W., . . . Vass, H. (2009). *Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar*. Obtido em 11 de dezembro de 2019, de Instituto do Desporto de Portugal: [http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro\\_IDPfinalJan09.pdf](http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf)
- Bandura, A. (2012). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Azzi, R. G., Polvdoro, s., & Costa, R. C. (2008). *Teoria social cognitiva: Conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (1ª ed.). São Paulo: Edições 70.
- Bento, A., Cordeiro, T., Frias, A., Salvador, C., Dias, D., Amaro, L. F., . . . Gonçalves, C. (2018). Estratégia para a alimentação escolar em Portugal: uma proposta. *Acta Portuguesa de Nutrição*(12), 8-13. Obtido em 05 de dezembro de 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2183-59852018000200002](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852018000200002)
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2003). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora.
- Bohn, A., Van Aken, H. K., Möllhoff, T., Wienzek, H., Kimmeyer, P., Wild, E., & Weber, T. P. (2012). Teaching resuscitation in schools: annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10 - A four-year prospective cohort study. *Resuscitation*, 83(5), 619-625. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.020>
- Borges, E. M., Santos, D. R., Silva, J. L., Santos, S. S., & Magalhães, E. M. (2015). Percepção dos hábitos alimentares dos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município de Jaciara-MT. *Revista Monografias Ambientais*, 14, 89-100. Obtido em 09 de dezembro de 2019, de <https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/view/20440>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. Em W. Damon, & R. M. Lerner (Edits.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6ª ed., pp. 793-828). New York: John Wiley.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Carvalho, A. I. (GADELHA, P., CARVALHO, J. N. D., & PEREIRA, T. R. (2012). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidênc de 2012). Determinantes sociais, econômicos e ambientais na saúde. Em F. O. Cruz, P. Gadelha, J. N. Carvalho, & T. R. Pereira, *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro* (pp. 42-56). Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da

- Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Obtido em 02 de dezembro de 2019, de [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro\\_0.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf)
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., . . . Lima, R. L. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. ME - DGE e DGS. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial\\_educacao\\_saude\\_vf\\_junho2017.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf)
- Carvalho, S. R. (2007). *Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudanças*. São Paulo: Hucitec.
- CDSS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Obtido em 02 de dezembro de 2019, de WHO: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706\\_por\\_contents.pdf?sequence=8](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf?sequence=8)
- Ciqueira, H. M., Oliveira, L. M., & Cunha, L. C. (2011). Anorexia nervosa: a doença do século. 1, 2-19. Faculdade União de Goyazes. Obtido em 08 de fevereiro de 2020, de Faculdade União de Goyazes: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/14719754/anorexia-nervosa-a-doenca-do-seculo-fug>
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Crema, A. M., Bispo, A., Enomoto, C., Brito, S., Amaro, S., Oller, T., & Rodrigues, M. A. (2017). Educação nutricional e avaliação da aceitação de preparações culinárias contendo frutas e legumes por atletas adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 11(61), 24-31. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771930>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Sage.
- Cromley, T., Knatz, S., Rockwell, R., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. (2012). Relationships between body satisfaction and psychological functioning and weight-related cognitions and behaviors in overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health Brief*, 50(6), 651-653. Obtido em 08 de fevereiro de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.10.252>
- Damasceno, V. O., Vianna, V. R., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R., & Novaes, J. S. (2008). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 14(2), 81-94. Obtido em 06 de fevereiro de 2020, de <file:///C:/Users/magda/Dropbox/7o%20CMEC/7%C2%BA%20CMEC%20%20%C2%AA%20PARTE/DOCUMENTOS%20EM%20CONSTRU%C3%87%C3%83O/PESQUISA%20MAIS%20RECENTE/damasceno%20imagem%20corporalB.pdf>
- Dec. Lei n.º 47344 do Ministério da Justiça. (1966). 1883-2086. Diário do Governo: I Série, n.º 274. Obtido em 22 de novembro de 2019, de [https://dre.pt/web/guest/analisejuridica/-/aj/30395345/init/normal?p\\_p\\_auth=BZeF4puU&AnaliseJuridica\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_mode=dt](https://dre.pt/web/guest/analisejuridica/-/aj/30395345/init/normal?p_p_auth=BZeF4puU&AnaliseJuridica_WAR_drefrontofficeportlet_mode=dt)
- Despacho n.º 114424591/2017. (2017). *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS)*, 29595 - 29598. Diário da República: II Série, n.º 249. Obtido em 18 de novembro de 2019, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114424591/details/normal?q=+Despacho+n.%C2%BA%2011418%2F2017+>
- Despacho n.º 3618-A/2016. (2016). *Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados*, 8660-(5) a 8660-(6). Diário da República: II série, 1º Suplemento, n.º 49. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&drelid=73833504>

- DGC, & APN. (2013). *Alimentação em idade escolar - Guia prático para educadores*. Obtido em 02 de janeiro de 2020, de APN: <https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0A0E>
- DGE. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de DGE: <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- DGS. (2015a). *Norma 015/2015 - Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 01 de fevereiro de 2015, de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
- DGS. (2015b). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- DGS. (2019a). *Saúde escolar » Programas e projectos » Escolas promotoras de saúde*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de DGS: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/escolas-promotoras-de-saude.aspx>
- DGS. (2019b). *A nova roda dos alimentos - Um guia para a escolha alimentar diária!* Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>
- DGS, & PNSE. (2016). *Relatório técnico - Programa Nacional de Saúde Escolar - Avaliação do Ano Letivo 2014/2015*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-tecnico-de-avaliacao-do-programa-nacional-de-saude-escolar-do-ano-letivo-20142015.aspx>
- DSPDPS, & DLSBE. (2019). *Plano de ação para literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Lisboa: DGS. Obtido em 08 de novembro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Eisenstein, E., Coelho, K. S., Coelho, S. C., & Coelho, M. A. (2000). Nutrição na adolescência. *Jornal de pediatria*, 76(3), 263-274. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s263/port.pdf>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - relatório síntese*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de Fundação Calouste Gulbenkian: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>
- Ferreira, M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Obtido em 23 de novembro de 2019, de <https://hdl.handle.net/10216/7166>
- Flick, U. (2013). *Métodos qualitativos na investigação científica* (1ª ed.). Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A., do Espírito Santo, F. H., Berardinelli, L. M., & Silva, R. A. (2015). As interfaces do ambiente para a saúde: um estudo com crianças. *Revista Enfermagem Uerj*, 23(6), 754-760. Obtido em 10 de dezembro de 2019, de <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10086>
- Gauthier, B. (2016). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (6ª ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Goiana-da-Silva, F., Cruz-e-Silva, D., Allen, L., Gregório, M. J., Severo, M., Nogueira, P. J., . . . Mikkelsen, B. (2019). Modelling impacts of food industry co-regulation on noncommunicable disease mortality, Portugal. *Bulletin World Health Organization*, 97(7), 450-459. Obtido em 5 de outubro de 2019, de <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.220566>
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Cidadania e saúde um caminho a percorrer*. Obtido em 5 de outubro de 2019, de PNS: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/CS2.pdf>

- Graça, P., Gregório, M. J., Sousa, S. M., Brás, S., Penedo, T., Carvalho, T., . . . Araújo, F. F. (2018). A new interministerial strategy for the promotion of healthy eating in Portugal: implementation and initial results. *Health research policy and systems*, 16(102). Obtido em 18 de novembro de 2019, de <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0380-3>
- Gregório, M. J., Guedes, L., & Sousa, S. M. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Portugal 2019*. Obtido em 18 de novembro de 2019, de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-relatorio-2019.aspx>
- Guedes, D. P., Neto, M., Tolentino, J., Germano, J. M., Lopes, V., & Silva, A. J. (2012). Aptidão física relacionada à saúde de escolares: programa fitnessgram. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(2), 72-76. Obtido em jan de 2020, de <https://doi.org/10.1590/S1517-86922012000200001>
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4ª ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Obtido em 23 de novembro de 2019, de Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017 : <https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Inácio, A. R., da Silva Ferreira, G., & Marchesi, J. (2018). Estratégias nutricionais no acompanhamento de pacientes com anorexia nervosa - Uma revisão da literatura. *Revista Saúde UniToledo*, 2(1). Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <http://ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2799/318>
- Lei n.º 156/2015. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, 8059-8105. Diário da República: I Série n.º181. Obtido em 01 de março de 2019, de <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 195/1990. (1990). *Lei de bases da saúde*, 3452 – 3459. Diário da República: I série nº48. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?!=1>
- Lei n.º 67/98. (1998). *Lei da proteção de dados*. Diário da república: I-A Série n.º 247. Obtido em 02 de dezembro de 2019, de <https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 95/2019. (2019). *Lei de bases da saúde*. Diário da República: II série n.º 169. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Linhares, F. M., Sousa, K. M., Martins, E. D., & Barreto, C. C. (2016). Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas Saúde*, 16(2), 460-81. Obtido em 05 de dezembro de 2019, de <http://temasensaude.com/volume-16-numero-2/>
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade Infantil. Prevenir é a melhor opção*. Lisboa: Universidade Católica.
- Machado, A., Jerónimo, C., & Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS*, 5(3), 24-39. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de [https://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS\\_N4\\_Vol1\\_2013\\_ISSN-2182-9608.pdf](https://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS_N4_Vol1_2013_ISSN-2182-9608.pdf)
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2017). *Metodologia do trabalho científico: Projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Editora Atlas Ltda.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Obtido em 03 de dezembro de 2019, de <http://nocs.pt/saude-mental-infantil-e-juvenil-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

- Martins, C. R., & Petroski, E. L. (2015). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. *Motricidade*, 11(2), 94-106. Obtido em 19 de fevereiro de 2020, de <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3670>
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>
- National Association of School Nurses. (2018). *The Role of the 21st Century School Nurse*. (Author, Ed.) Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de NASN: <https://www.nasn.org/advocacy/professional-practice-documents/position-statements/ps-role>
- Norma 010/2013 da DGS. (2013). *Programa Nacional de saúde infantil e juvenil*. Obtido em 21 de novembro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Norma n.º 015/2015 da DGS. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
- OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual - enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 30 de março de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Okan, O., Bauer, U., Pinheiro, P., Sorensen, K., & Levin, D. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span*. Policy Press Bristol. Obtido em 26 de novembro de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/329811044\\_International\\_Handbook\\_of\\_Health\\_Literacy\\_Research\\_Practice\\_and\\_Policy\\_across\\_the\\_Life-span](https://www.researchgate.net/publication/329811044_International_Handbook_of_Health_Literacy_Research_Practice_and_Policy_across_the_Life-span)
- OPP. (2014). *Investir na Prevenção e Promoção da Saúde Mental em Contexto Educativo*. Lisboa: Ordem dos psicólogos portugueses.
- Orientação n.º 7/2013 da DGS. (2013). *Orientações para a implementação de iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional*. DGS. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/orientacao-n-0192012-pdf.aspx>
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion model manual*. University of Michigan: Ann Arbor, MI.
- Pender, N. J., Parsons, M. A., & Murdaugh, C. L. (2018). *Health Promotion in Nursing Practice* (8 ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ª ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- PNSAF. (2019). *Programa nacional para a promoção da atividade física - Portugal 2019*. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de DGS: <https://home.mycloud.com/public/1eb31adb-2bea-4b5c-8b89-3f7a01c7428a/file>
- Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde–Enfermagem UICISA-E/ESEnfC. Obtido em 20 de fevereiro de 2020, de [file:///C:/Users/magda/Desktop/Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos1.pdf](file:///C:/Users/magda/Desktop/Enfermagem%20de%20Nightingale%20aos%20dias%20de%20hoje%20100%20anos1.pdf)
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4ª ed.). Paris: Dunod.
- Rego, A., Cunha, M. P., & Meyer, J. V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua*

- Portuguesa, 12(2), 43-57. Obtido em 25 de novembro de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci>
- Regulamento n.º 428/2018 da OE. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: II série n.º 135. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1>
- Reis, I. (2010). *Manual de primeiros socorros: situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias*. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de DGE: <https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/primeirosocorros.pdf>
- Rito, A., Sousa, R. C., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de <http://hdl.handle.net/10400.18/4857>
- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G., & e Coimbra, J. (2013). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da Legislação no Âmbito da Saúde. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*(45), 193-210. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de <http://revistas.ccaap.pt/millenium/article/viewFile/8162/5765>
- Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, 11(III Série – Suplemento), 94-99.
- Saboga-Nunes, L., Freitas, O. S., & Cunha, M. (2016). Renasceres@: Um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Servir*, 51(1), 7-15. Obtido em 19 de novembro de 2019, de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4069>
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., & & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco*, 34, 26-33. Obtido em 09 de dezembro de 2019, de [https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Palmeira/publication/280528634\\_Racional\\_e\\_principais\\_resultados\\_de\\_um\\_programa\\_de\\_tratamento\\_da\\_obesidade\\_pediatria\\_o\\_TOP\\_Tratamento\\_da\\_Obesidade\\_Pediatria/links/55b7776408aed621de046239.pdf#page=28](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Palmeira/publication/280528634_Racional_e_principais_resultados_de_um_programa_de_tratamento_da_obesidade_pediatria_o_TOP_Tratamento_da_Obesidade_Pediatria/links/55b7776408aed621de046239.pdf#page=28)
- Santos, T., & Moreira, A. C. (2017). Alimentação em contexto pré-escolar: relação com estado nutricional e local de residência. *Acta Portuguesa de Nutrição*(8), 34-37 . Obtido em 08 de dezembro de 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2183-59852017000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2183-59852017000100007&lng=pt&nrm=iso)
- Sena, T. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar*, 11(2), 96-117. Obtido em 19 de fevereiro de 2020, de [file:///C:/Users/magda/Desktop/Manual\\_Diagnostico\\_e\\_Estatistico\\_de\\_Transtornos\\_Me.pdf](file:///C:/Users/magda/Desktop/Manual_Diagnostico_e_Estatistico_de_Transtornos_Me.pdf)
- Silva, A., & Brito, I. (2014). Instituições de Ensino Superior promotoras. Em R. Pedroso, & I. Brito, *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na escola superior de enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp. 17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC): Escola superior de enfermagem de Coimbra. Obtido em 23 de novembro de 2019, de [file:///C:/Users/magda/Desktop/Sa%C3%BAde\\_estudantes\\_ensino\\_superior\\_enfermagem.pdf](file:///C:/Users/magda/Desktop/Sa%C3%BAde_estudantes_ensino_superior_enfermagem.pdf)
- Silva, P. R., Graça, P., Mata, F., Arriaga, M. T., & Silva, A. J. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025*. Obtido em 2019 de novembro de 18, de DGS: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/normas-e-orientacoes.aspx>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *SAGE Journals*, 2(1), 1-10. Obtido em 5 de outubro de 2019, de <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

- SNS. (2019). *Literacia em saúde e percursos de vida*. (SNS) Obtido em 08 de novembro de 2019, de Biblioteca de Literacia em Saúde: <https://biblioteca.sns.gov.pt/>
- Sorensen, K., Broucke, V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(80). Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843827>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Strauss, A. L. (2010). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidacta.
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. Obtido em 22 de novembro de 2019, de UNICEF Portugal: <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/>
- Vasques, R. C., Mendes-Castillo, A. M., Bousso, R. S., Borghi, C. A., & Sampaio, P. S. (2014). Dando voz às crianças: considerações sobre a entrevista qualitativa em pediatria. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 1016-1025. Obtido em 01 de agosto de 2019, de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/980>
- VERBI Software GmbH. (2018). *MAXQDA – The Art of Data Analysis*. Obtido em 19 de setembro de 2019, de [https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=Cj0KCKQiA04XxBRD5ARIsAGFyGj9fKhmPPvhdBvoq-SgPEyV\\_8mtamg\\_FjGc6t5ZssZH2XHbn8j9c5P4aAvMYEALw\\_wcB](https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=Cj0KCKQiA04XxBRD5ARIsAGFyGj9fKhmPPvhdBvoq-SgPEyV_8mtamg_FjGc6t5ZssZH2XHbn8j9c5P4aAvMYEALw_wcB)
- Vieira, M., Reis, A., & Barroso, I. (2019). P15 Children's health literacy in school – A scoping review. *European Journal of Public Health*, 29(2). Obtido em 01 de julho de 2019, de <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz095.012>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação - O processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international*, 26(suppl 1), i29-i69. Obtido em 11 de dezembro de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/221717305\\_Mental\\_health\\_promotion\\_and\\_problem\\_prevention\\_in\\_schools\\_What\\_does\\_the\\_evidence\\_say](https://www.researchgate.net/publication/221717305_Mental_health_promotion_and_problem_prevention_in_schools_What_does_the_evidence_say)
- Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., . . . Kelly, C. (2017). Trends in Adolescent Overweight Perception and Its Association With Psychosomatic Health 2002–2014: Evidence From 33 Countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211. Obtido em 11 de dezembro de 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.029>
- WHO. (1978). *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de WHO: [https://www.who.int/social\\_determinants/tools/multimedia/alma\\_ata/en/](https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/)
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Obtido em 30 de outubro de 2019, de WHO: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- WHO. (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Obtido em 22 de novembro de 2019, de WHO regional office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
- WHO. (2012). *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action*. Obtido de World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80147>
- WHO. (2013a). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de WHO Regional Office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
- WHO. (2013b). The 8th global conference on health promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva. Obtido em 01 de agosto de 2019, de WHO: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1)
- WHO. (2016). *9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai*. Obtido em 07 de novembro de 2019, de World health organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-city-pledge/en/>
- WHO. (2017). *Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors*. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de WHO: <http://www.who.int/healthpromotion/publications/health-promotion-school/en/>
- WHO. (2018a). *Global Action Plan on Physical Activity: Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world 2018-2030*. Obtido em 18 de novembro de 2019, de WHO: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- WHO. (2018b). *Obesity and overweight*. Obtido em 10 de dezembro de 10, de WHO: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zawadzki, D., Stiegler, N. D., & Brasilino, F. F. (2019). Aptidão e atividade física relacionados à saúde de adolescentes entre 11 e 14 anos. *RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 13(83), 444-453. Obtido em 01 de fevereiro de 2020, de <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1683>
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. Em M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Edits.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). San Diego, CA: Academic Press. Obtido em 01 de novembro de 2019, de <https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50031-7>

## ANEXOS

ANEXO I – Termos de consentimento informado para pais/representantes legais

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Caros Pais/representantes legais

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém está a desenvolver um estudo sobre “Estilos de Vida e Literacia para a Saúde em Crianças e Adolescentes”. O estudo enquadra-se no projeto CrAdLiSa – incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde, coordenado a nível nacional pelo Professor Doutor Luís Saboga Nunes da Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. O estudo é dirigido às crianças de nove e dez anos de idade que se encontram em meio escolar e tem como objetivo avaliar níveis de literacia para a saúde e analisar o seu efeito nos estilos de vida.

A enfermeira especialista e mestranda em enfermagem comunitária Magdalena Vieira, desenvolverá o respetivo estudo sob a orientação das Professoras Alcinda Reis e Isabel Barroso da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Assim, solicitamos a sua autorização para que o seu educando participe neste projeto respondendo a um questionário e a uma entrevista individual, que serão realizadas na escola que o seu educando frequenta.

Informamos que a participação no estudo é voluntária; os registos da participação serão confidenciais; os dados produzidos serão mobilizados apenas pelo coordenador responsável e equipa de investigação; os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato. A qualquer momento a participação no estudo pode ser recusada ou interrompida, sem nenhum tipo de penalização por este facto. As entrevistas serão gravadas em áudio e vídeo, preservando a identidade da criança. O material gravado poderá ser posteriormente ser facultado aos pais/representantes legais caso assim o entendam, assim como os resultados do estudo.

Solicitamos igualmente que autorize a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se o anonimato.

Este documento é realizado em duplicado (uma via para os investigadores e uma via para os pais/representantes legais).

Na expectativa de uma resposta favorável, agradecemos a vossa disponibilidade e deixamos o contacto da investigadora responsável, Enf<sup>a</sup> Magdalena Vieira:

[170400180@essaude.ipsantarém.pt](mailto:170400180@essaude.ipsantarém.pt) Telemóvel: 969705674.

A Investigadora Responsável

---

(Enf<sup>a</sup> Magdalena Vieira)

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado de Educação/Pai/Mãe do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, do ano \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_, autorizo que o meu educando participe no projeto CrAdLiSa – incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura pai/mãe/representante legais)

(Via Pais/ mãe/representantes legais)

ANEXO II – Autorização direção do agrupamento escolar A

**Maria Magdalena Ornelas Vieira**

---

**De:** [REDACTED]  
**Enviado:** 16 de abril de 2019 10:06  
**Para:** Maria Magdalena Ornelas Vieira  
**Cc:** [REDACTED] Alcinda Reis – Profª Adjunta – ESSaude/IPS  
PhD, Msn, RN; Isabel Barroso – ESSaude; [REDACTED]  
[REDACTED]  
**Assunto:** Re: Pedido de participação em estudo sobre literacia em  
saúde

**Exma. Senhora Enf.ª Magdalena Vieira**

Após análise do vosso pedido, informo que as docentes do 4º ano da EB [REDACTED] aceitam participar no estudo “Estilos de Vida e Literacia para a Saúde em Crianças e Adolescentes”.

As professoras que farão o elo entre os investigadores, as crianças e os pais são:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Com os melhores cumprimentos.

[REDACTED]

Adjunta do Diretor  
Agrupamento de Escolas [REDACTED]

ANEXO III – Autorização direção do agrupamento escolar B

Maria Magdalena Ornelas Vieira

---

De: [REDACTED]  
Enviado: 6 de junho de 2019 11:29  
Para: Maria Magdalena Ornelas Vieira  
Cc: [REDACTED]  
Assunto: Re: Fwd: Aplicação entrevistas e questionários  
Anexos: [REDACTED]

Ex ma Sra Enfermeira Magdalena Ornelas

Serve o presente para manifestar a nossa autorização e validação da nossa disponibilidade para, no próximo dia 18 de junho, se deslocarem à Escola do 1º ciclo da [REDACTED] para efetuar a realização e colheita de dados para o estudo " Literacia em saúde das crianças de 9 e 10 anos de idade em contexto escolar", integrado no projeto CrAdliSa.

Assim sendo, coloco ao vosso dispor os dados solicitados e, em anexo, o horário, a lista de alunos da turma e as autorizações dos Encarregados de Educação.

Nome da Docente da Turma [REDACTED] do 4º ano de escolaridade:

- [REDACTED]
- Sala 5
- Sala para realização da prova: sala do futuro
- Sala de entrevista: Maker space

Solicitamos que as intervenções sejam feitas no período da manhã uma vez que, os alunos terão teste de inglês, no período da tarde.

Com os melhores cumprimentos A

adjunta do Diretor

[REDACTED]

#### ANEXO IV – Plano de entrevista semiestruturada

## GUIÃO DE ENTREVISTA

Escola:  1  2 Turma:  A  B Código postal: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Data de nascimento: \_\_\_\_\_

QUESTÕES	INDICADORES
1. O que é saúde para ti?	
2. Já ouviste falar em literacia para a saúde?	
3. Consideras que estar constipado tem algo a ver com a saúde? Como? 3.1. Sabes o que podes fazer para ficar melhor de uma constipação? Dá exemplos?	Importância para a saúde consequências para a saúde
4. Sabes qual a comida mais saudável para ti? 4.1. Se comeres <b>alimentos saudáveis</b> isso poderá tornar-te mais saudável?	Explorar conhecimentos sobre alimentação e consumo alimentar saudável vs não saudável: Sal/açúcar/fast food/molhos/refrigerantes Água/fruta/hortaliças/vegetais.... Exploração dos rótulos dos alimentos
5. Em relação ao <b>ser gordo ou magro</b> , podes dizer-me o que podes fazer para não ficar demasiado gordo?	Soluções/consequências para a saúde
6. E achas que é possível fazer alguma coisa para não ficar demasiado magro?	
7. Saberes o que fazer para não ficar nem muito gordo nem muito magro, é importante para a tua saúde? Porquê?	
8. Agora em relação a outro assunto, sobre o <b>stress e o relaxar</b> , sabes porque é que às vezes é preciso relaxar? 8.1. Sentes necessidade de relaxar algumas vezes? Em que situações? 8.2. Imagina que estás muito stressado, o que podes fazer para ficar relaxado/calmo/descontraído? 8.3. Há pessoas que dizem que é importante para a saúde saber relaxar, o que achas sobre isso?	Onde consulta a informação: médicos, enfermeiros, pais, amigos, tv, internet, redes sociais, escola Explorar estratégias: atividades, uso de substâncias Importância para a saúde Sono
9. Quando estás doente, sabes de que forma deves tomar os teus medicamentos? 9.1. Tomar os medicamentos da forma como te dizem para o fazer é importante para a tua saúde? Porquê? 9.2. Imagina que estás doente e não tomas a medicação corretamente o que poderá acontecer?	Explorar exemplos Quem fornece a informação: médicos, enfermeiros, pais, amigos, tv, internet, redes sociais, escola
10. Quando vais <b>ao médico/enfermeiro</b> e ele conversa contigo, o que te diz ele sobre saúde? 10.1. Achas importante para a saúde entenderes o que teu médico/enfermeiro te diz, porquê?	Alimentação/exercício físico/questões ambientais/ higiene/hábitos nocivos/sexualidade
11. As vezes mesmo não estando doente costumavas ir ao médico, sabes porque é que vais? 11.1. Consideras importante para a tua saúde ir ao médico mesmo que quando não estás doente? Porquê?	
12. Sabes o que é o centro de saúde?	
13. Quando vais ao centro de saúde, o que te dizem os enfermeiros, sobre saúde?	

13.1. É importante para a tua saúde compreenderes aquilo que os enfermeiros te dizem? Porquê?	
14. Quem costuma dar-te vacinas? 15. Sabes porque é que precisas de levar vacinas? 15.1. És tu quem decide se deve ou não levar vacinas? Se não quem? 15.2. As vacinas são importantes para a tua saúde? Porquê?	Origem da informação: médicos, enfermeiros, pais, amigos, tv, internet, redes sociais, escola
16. Os teus pais costumam falar contigo sobre o que deves fazer ou evitar para ser saudável? 16.1. O que é que eles te dizem sobre este assunto? 16.2. E achas que a informação que eles te dão é importante para seres saudável? 16.3. Tens alguma dificuldade em compreender o que os teus pais te dizem sobre saúde? O quê? 16.4. Achas importante para a tua saúde, compreenderes aquilo que os teus pais te explicam, sobre os cuidados a ter para manteres a tua saúde? Porquê?	Alimentação, exercício, ambiente, saúde e bem-estar, hábitos nocivos, suporte básico de vida, vacinação, sexualidade, segurança rodoviária, higiene.
17. Quando estás doente, os teus pais ajudam-te a ficar melhor? De que maneira? 17.1. Quando estás doente, consideras importante fazer aquilo que os teus pais te dizem para ficares melhor/saudável? Porquê?	Explorar qual a informação transmitida
18. Quando estás doente consideras que a culpa é tua ou dos é dos bichinhos, dos micróbios? Porquê?	Explorar motivos
19. Aqui na escola aprendes certamente muitas coisas novas. Em relação à saúde o que é que tens aprendido na escola? Fala-me um pouco sobre isso. 19.1. Quem fornece essa informação? 20. Que temas relacionados com a saúde o que gostarias de aprender mais na escola? Porquê?	Alimentação, exercício, ambiente, saúde e bem-estar, hábitos nocivos, suporte básico de vida, vacinação, sexualidade, segurança rodoviária, higiene.  Origem da informação na escola: professores, auxiliares de ação educativa, enfermeiros.
21. Quando te sentes doente, o que costumam fazer? 21.1. Sentes-te capaz de resolver sozinho o teu problema de saúde? 21.1.1. Pedes ajuda a alguém? Quem?	Exemplos de situações Quem ajuda/origem da informação: médicos, enfermeiros, pais, amigos, tv, internet, redes sociais, escola.
<p>▲ Agora vou fazer-te uma série de questões um pouco diferentes das que tenho feito até agora.</p> 22. Há pessoas que acham que é importante para a saúde, cumprir com as regras de trânsito, o que tens a dizer sobre isto?	
23. Todas as pessoas têm alguns problemas que precisam resolver, quando tens algum problema és capaz de os resolver sozinho? De que forma?	Exemplos
24. Na tua idade há muitas coisas que podes fazer para ocupar o teu tempo, o que gostas mais de fazer?	Estudar; Desporto; Ver tv; Brincar Jogos de computador
25. Nas tuas atividades diárias, há alguma coisa que tenhas dificuldade em fazer? 25.1. O quê e como costumam ultrapassar essas dificuldades? 26. Mais concretamente nas aulas, costumam sentir que não sabes como fazer os exercícios ou atividades? 26.1. O quê e como costumam ultrapassar essas dificuldades?	Estudar; Trabalhos da escola; Fazer exercício; Brincar
27. Existe alguma situação em que sintas pena de ti próprio? 27.1. Em que situações e como costumam ultrapassar	

isso?	
28. Os adultos ou mesmo os teus amigos as vezes zangam-se contigo, certo? 28.1. Nessas situações compreendes porquê é que se zangam?	Exemplos de situações
29. Quando queres alguma coisa, tens a certeza de que vais consegui-lo? 29.1. O que fazes para conseguir?	Explorar o modo como faz Situações concretas
30. Esta escola é grande e tem muitas crianças da tua idade e outras mais novas, tens cá na escola muitos amigos? 31. Costumas conversar com outras crianças desta escola? 32. Costumas conversar sobre saúde com os teus amigos?	Quantos/da turma/da escola Quem e assuntos
33. Apesar da escola ser grande e ter muitos meninos e meninas, costumam sentir-te só? Porquê?	Exemplos
34. Queres acrescentar algum aspeto que não tenha sido aqui falado e que consideres importante?	

## ANEXO V – Sistema de categorías

## SISTEMA DE CATEGORIAS

Tema	Categorias	Subcategorias
1. CARATERÍSTICAS INDIVIDUAIS	1.1. CONCEITO DE SAÚDE	1.1.1. Saúde é bem-estar
		1.1.2. Saúde é ter aptidão física
		1.1.3. Saúde é ausência de doença
		1.1.4. Saúde previne doenças
1.1.5. Saúde é adotar estilos de vida saudáveis		
1.2. SIGNIFICADO DE LITERACIA PARA A SAÚDE	1.2.1. Relacionado com saúde	
	1.2.2. Aprender sobre como promover a saúde	
2. ALIMENTAÇÃO	2.1. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	2.1.1. Identificação dos alimentos saudáveis
		2.1.2. Estratégias de seleção dos alimentos
		2.1.3. Uma questão de equilíbrio
		2.1.4. Um recurso para a saúde
	2.2. ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL	2.2.1. Identificação dos alimentos não saudáveis
		2.2.2. Efeitos da alimentação não saudável
3. CONTROLO DO PESO	3.1. PREVENÇÃO DA OBESIDADE	3.1.1. Hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico
		3.1.2. Cuidado com o que come
	3.2. PROBLEMAS ASSOCIADOS À OBESIDADE	3.2.1. Insatisfação com a imagem corporal
		3.2.2. Diabetes
		3.2.3. Doenças cardiovasculares
		3.2.4. Diminuição da condição física
	3.3. PREVENÇÃO DO BAIXO PESO	3.3.1. Alimentação saudável e equilibrada
		3.3.2. Aumentar a ingestão calórica
		3.3.3. Limitar a prática de exercício físico
	3.4. PROBLEMAS ASSOCIADOS AO BAIXO PESO	3.4.1. Hipotensão
		3.4.2. Resposta diminuída ao exercício físico
		3.4.3. Hipoglicémia
4. INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE	4.1. IMPORTÂNCIA DE COMPREENDER A INFORMAÇÃO	4.1.1. Compreender para investir na saúde
	4.2. INFORMAÇÃO VEICULADA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS, PROFESSORES E PARES	4.2.1. Como proceder mediante a ocorrência de acidentes
		4.2.2. Tabagismo
		4.2.3. Cuidados com a higiene pessoal
		4.2.4. Aprendizagem das técnicas de relaxamento
		4.2.5. Incentivo à prática de uma alimentação saudável e exercício físico

ANEXO VI – Autorização pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

## Luís Saboga Nunes

---

**De:** mime-noreply@gepe.min-edu.pt  
**Enviado:** 27 de abril de 2016 09:40  
**Para:** Luís Saboga Nunes; Luís Saboga Nunes  
**Assunto:** Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito n. 0447300003

Exmo.(a)s. Sr.(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0447300003, com a designação *(CrAdLiSa)Incrementando nas CRianças e ADolescentes a Literacia para a Saúde (HLS-EU-PT) desenvolvimento conceptual e metodológico para a promoção da saúde e prevenção primária através da utilização da abordagem salutogénica e teorias da socialização*, registado em 22-03-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Luís Saboga-Nunes

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores

cumprimentos

José Vítor

Pedroso Diretor-

Geral

DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e tratam de matérias sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD n.º 9156/2014 de 7 de Outubro.
- c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.
- d) A DGE gostaria de ter conhecimento dos resultados e conclusões do presente estudo dada a sua relevância para o sistema de ensino.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade

ANEXO VII – Autorização pela Comissão Nacional de Proteção de Dados



AUTORIZAÇÃO Nº 9156 /2014

## I. Pedido

Luís Saboga Nunes notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realização de um estudo sobre “Estilos de Vida e Literacia para Saúde nas Crianças e Adolescentes”.

O estudo enquadra-se no Projeto de Investigação CrAdLiSa – Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde - e tem como objetivos avaliar níveis de literacia para a saúde e analisar o seu efeito nos estilos de vida e como promovê-los no sentido da promoção da saúde.

O número previsto de participantes é de 1500 alunos de escolas de Portugal Continental e Ilhas, só integrando o estudo as escolas cujas respetivas direções aceitem participar, sendo enviadas para os pais as declarações de consentimento informado.

A participação no estudo consistirá no preenchimento, em contexto escolar, de questionários em papel ou *online* pelos alunos ou através de entrevista direta quando os alunos apresentem dificuldades visuais. O questionário será aplicado duas vezes, uma no início do ano escolar (momento 1) e outra no final (momento 2), após terem sido implementadas medidas de promoção da literacia para a saúde, no sentido de verificar se obtiveram o efeito pretendido.

No “caderno de recolha de dados” não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código “cego” de participante. O código será composto de duas partes: género e data de nascimento. Estes são transformados numa única variável e que permitirá o emparelhamento do momento 1 com o momento 2. Depois do emparelhamento é destruído o código, passando os dados recolhidos a ser



completamente anónimos. A chave desta codificação só pode ser conhecida da equipa de investigação.

## II. Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados recolhidos pelo requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus representantes legais nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados - LPD).

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

Os titulares dos dados, de acordo com a declaração de consentimento informado junta aos autos, apõem as suas assinaturas na mesma, deste modo satisfazendo as exigências legais.

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados. Porque haverá recolha de dados de menores, terá de haver consentimento a prestar pelos legais representantes. Impõe-se, ainda, que os menores sejam ouvidos e em função da idade, nos termos da lei, eles próprios prestem a sua anuência à recolha de dados



personais para participação no estudo. O estudo deve ter em conta o superior interesse dos menores.

As declarações de consentimento informado devem ser mantidas no processo individual do aluno.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea *b*) do mesmo artigo).

### III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, consignando-se o seguinte:

**Responsável pelo tratamento:** Luís Saboga Nunes;

**Finalidade:** Estudo sobre "Estilos de Vida e Literacia para Saúde nas Crianças e Adolescentes";

**Categoria de Dados pessoais tratados:** código de participante; género; data de nascimento; *Questionário sobre Saúde e Bem-estar em Tempos de Crise*;

**Entidades a quem podem ser comunicados:** Não há.

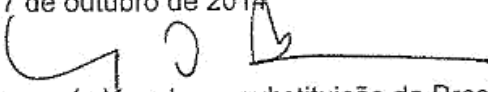
**Formas de exercício do direito de acesso e retificação:** Junto do responsável pelo tratamento dos dados;

**Interconexões de tratamentos:** Não há.

**Transferência de dados para países terceiros:** Não há.

**Prazo de conservação dos dados:** A chave da codificação deve ser destruída um mês após o fim do estudo.

Lisboa, 7 de outubro de 2014

  
Luís Barroso (o Vogal, em substituição da Presidente)

ANEXO VIII – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto  
Politécnico de Santarém

**COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO  
IPSANTARÉM**

**EMISSÃO DE PARECER - 152019Saúde**

Identificação do Investigadora | **Maria Magdalena Ornelas Vieira**

Identificação do Projeto | **Literacia em Saúde na Perspetiva as Crianças dos Nove e Dez Anos, em Meio Escolar**

**PARECER**

Considerando que:

- Estudo de investigação académico;
- Os objetivos estão em concordância com o enquadramento e fundamentação descrita;
- Os critérios de seleção/inclusão dos participantes são apresentados;
- A metodologia e instrumentos utilizados são adequados;
- O guião de entrevista já tem aprovação pela monitorização de inquéritos em meio escolar (MIME) Inquérito no 0447300003; aprovação pela comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD 9156/2014);
- Os investigadores estão enquadrados no Código Deontológico do Enfermeiro, pelo que está salvaguarda as questões associadas à confidencialidade dos dados recolhidos e o seu tratamento;

Não é claro:

Como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente as gravações, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

Os participantes e comunidade, uma vez que faz parte de um projeto já existente, vão ser informados dos resultados do estudo? Por resultados globais ou individuais? Porque meios?

Se trata de um estudo académico em que os objetivos estão adequados à metodologia apresentada,

**Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerente ao respeito pela autonomia dos participantes.**

Assinatura

Santarém, 14 de maio 2019



Carla Chicau Borrego