



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Crianças em Movimento

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária**

**Márcia Andreia Ribeiro Dias
Rodrigues**

Outubro, 2019



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Crianças em Movimento

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária**

Márcia Andreia Ribeiro Dias

Rodrigues

Orientadora

Professora Doutora Alcinda Reis

Outubro, 2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vítor Rodrigues e Maria de Fátima Rodrigues porque sem eles nada disto seria possível e pelos momentos mais difíceis e por vezes de querer desistir pelo apoio, força, motivação e confiança que me transmitiram.

À minha irmã Catarina Rodrigues que me acompanhou nesta longa caminhada e nos apoiamos uma a outra nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado Bruno pela paciência e compreensão das minhas ausências.

À professora orientadora Alcinda Reis pela orientação, paciência e disponibilidade demonstradas ao longo do estágio.

À equipa da Unidade Cuidados Continuados da Ponte de Sôr, em especial à Enfermeira mestre e especialista em Enfermagem Comunitária Paula Belo, minha orientadora, pela forma que me receberam, pelo apoio, motivação e orientação desde o primeiro dia de estágio.

Aos professores da Escola Básica de Foros do Arrão pela colaboração e disponibilidade.

Aos professores da Escola Superior de Saúde de Santarém que acompanharam e contribuíram para a minha formação.

A todos o meu sincero agradecimento!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

1º - primeiro

Art.º - Artigo

COSI- *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

E1- Entrevistado 1

E2-Entrevistado 2

EPS- Escola Promotora da Saúde

Et al. – entre outros

f.- Folha

IMC- Índice de Massa Corporal

Kg- Kilo

Kg/m²- Kilo por metro quadrado

m- metro

Nº- número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- Página

PCC – (P) População; (C) Conceito; (C) Contexto

PNPAS – Plano Nacional de Promoção de Alimentação Saudável

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNCO-Plano Nacional de Combate à Obesidade

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O projeto de intervenção comunitária realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte de Sôr- “Crianças em Movimento” teve como base de intervenção as 15 crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos.

Como referencial teórico, optei pela perspetiva teórica de Betty Neuman. Como metodologia utilizei as etapas do Planeamento em Saúde. Foram identificados dois diagnósticos de enfermagem o Grupo com Excesso de Peso e o Grupo com Obesidade. Perante esta realidade tornou-se fundamental desenvolver um projeto para promover a prática da atividade física nestas crianças, no qual foram executadas variadas estratégias e atividades.

Neste estágio a intervenção foi planeada e desenvolvida, com base na evidência científica identificada a partir de uma Scoping Review.

A elaboração do projeto contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção da saúde assim como para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde; Atividade Física; Crianças.

ABSTRAT

The community intervention project carried out at the Community Care Unit of the Ponte de Sôr - "Children in Motion" was based on intervention of the 15 children of the 1st cycle of the Basic School of Foros do Arrão, aged between 7 and 11 years.

As a theoretical reference, I opted for the theoretical perspective of Betty Neuman. As methodology I used the steps of Health Planning. Two nursing diagnoses were identified: the Overweight Group and the Obesity Group. Given this reality, it became essential to develop a project to promote the practice of physical activity in these children, in which various strategies and activities were performed.

At this stage the intervention was planned and developed, based on scientific evidence identified from a Scoping Review.

The elaboration of the project contributed to the recognition of the importance of health promotion as well as the development of specialized skills in community nursing.

Key words: Community nursing; Health promotion; physical activity; Children

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARATERIZAÇÃO DA UCC E DA POPULAÇÃO DE PONTE DE SÔR	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CRIANÇAS	19
2.2 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE	21
2.3 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE COMUNITÁRIA	24
3. PESPETIVA CONCETUAL DE BETTY NEUMAN	27
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE	30
4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	31
4.1.1 Métodos de colheita de dados	32
4.1.2 Tratamento e análise dos dados	34
4.1.3 Diagnósticos de Enfermagem	35
4.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	35
4.3 FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	37
4.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	40
4.5 EXECUÇÃO DO PROJETO	42
4.6 AVALIAÇÃO	45
5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO	49
6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	51
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62
ANEXO I- Projeto de intervenção individual	63
ANEXO II- <i>Scoping Review</i>	127
ANEXO III- Artigos analisados: <i>Scoping Review</i>	155
ANEXO IV- Ficha de Avaliação dos conhecimentos das crianças	177
ANEXO V- <i>PowerPoint</i> da sessão sobre a Importância da Atividade Física	182
ANEXO VI - Planos Operacionais das sessões.....	185
ANEXO VII- Avaliação da sessão da Importância de Atividade Física	192
ANEXO VIII - Folheto e Cartaz	195
ANEXO IX - Avaliação de sessão da Corrida dos sacos e Balões Loucos	198
ANEXO X- Avaliação da sessão Aula de Ginástica	201

ANEXO XI - Avaliação de sessão do Jogo do Monopóli	203
ANEXO XII - Convite para participar na Caminhada.....	205
ANEXO XIII - Avaliação da sessão da Caminhada pelos Foros do Arrão.....	207

Índice de Figuras

Figura 1- Mapa do Concelho de Ponte de Sôr e freguesias do concelho de Ponte de Sôr	16
Figura 2 – Prevalência de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do COSI Portugal (2008 a 2019)	23
Figura 3 – Mobilização do diagrama de Neuman no contexto do grupo e comunidade em estudo	37

Índice de Gráficos

Gráfico 1- População residente em Ponte de Sôr por grupos etários	17
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estado Nutricional por região, COSI Portugal 2019 23

Tabela 2 - Determinação de Prioridades segundo os critérios de Stanhope & Lancaster (2011) ... 36

Índice de Quadros

Quadro 1 - Indicadores de Execução ou Atividade e Indicadores de Resultado ou Impacto definidos	38
Quadro 2 - Resultados obtidos para cada indicador definido	46

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, integrada na Unidade Curricular de Estágio II e Relatório de intervenção comunitária, foi-me solicitada a elaboração do presente relatório de estágio, tendo por base o projeto individual de intervenção (Anexo I).

Deste modo o atual relatório pretende relatar as intervenções executadas no decorrer do Estágio II, que teve uma duração de 18 semanas, no período de tempo compreendido entre 4 de Março e 21 de Junho de 2019.

O presente relatório tem como objetivos:

- Enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à Revisão Sistemática da Literatura (RSL);
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Ao longo deste estágio foi possível adquirir competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (regulamento nº 428/2018), enunciando-se as mesmas de seguida:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde, reforça a ação a nível comunitário, mediante a intervenção junto da comunidade, fixando prioridades e planeando estratégias e depois implementando-as com a finalidade de visar a melhoria da saúde.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, a partir da sua formação especializada estabelece através da metodologia do planeamento, a avaliação do estado de saúde de uma população, contribuindo para a capacitação da comunidade (OE, 2018).

O presente relatório adota a metodologia do planeamento em saúde de Nunes (2016), em que foi efetuada uma intervenção, resultante de uma necessidade sentida, no âmbito da prática da atividade física, em contexto escolar, ao nível do 1º ciclo de escolaridade da escola Básica de Foros do Arrão, englobando assim o grupo etário das crianças dos 7 aos 11 anos. Este projeto de intervenção comunitária tem como finalidade avaliar os hábitos relacionados à atividade física

destas crianças com o intuito de promover a prática da atividade física, ou seja, capacitar e motivar as crianças do 1º ciclo para hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a prática regular da atividade física.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), menciona que no âmbito estratégico, a melhoria do nível de literacia em saúde e o crescimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar (DGS, 2015).

A presença do enfermeiro nas escolas, segundo o National Association of School Nurses (NASN) (2016), é uma mais-valia para o estabelecimento de ensino, visto que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar tendo em contas as necessidades reais identificadas.

Tal como Amendoeira (2000) nos refere, que se o enfermeiro tiver como orientação 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 retribuir de modo efetivo às necessidades da população e adquirir melhores resultados sensíveis em enfermagem.

No regulamento nº 428/2018 menciona que o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve disponibilizar informação baseada em evidência científica que suporte as decisões em saúde. Para isso, como recurso metodológico foi realizada uma *Scoping Review* (Anexo II) tendo como ponto de partida a questão PCC: Quais as intervenções de Enfermagem para a promoção da prática da atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar? E com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem na promoção da atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Em relação à estrutura deste relatório, está dividido em seis capítulos. No primeiro faz-se a caracterização da UCC e da população de Ponte de Sôr, de seguida o enquadramento teórico, com a importância da prática da atividade física para a saúde das crianças, o excesso de peso e a obesidade infantil e a intervenção do Enfermeiro especialista de saúde comunitária. Na terceira parte descreve-se a perspetiva do modelo teórico de enfermagem que esteve na base da intervenção, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. No capítulo seguinte descreve-se, os processos de trabalho de campo que abrange as etapas do planeamento em saúde. Na quinta parte descreve-se também outras atividades que foram desenvolvidas em contexto de estágio e na sexta e última parte faz-se a reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

1. CARATERIZAÇÃO DA UCC E DA POPULAÇÃO DE PONTE DE SÔR

Para que se consigam traçar metas e objetivos mensuráveis é importante conhecer o local onde decorre o ensino clínico. Desta forma, neste capítulo será dada a conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte Sôr, bem como será feita a caracterização da área de intervenção da UCC.

Nos últimos trinta anos, a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal conheceu várias fases, os centros de saúde têm constituído a infraestrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, envolvendo todo o território nacional (Branco, 2001).

Os CSP têm registado uma evolução dos tempos modernos, assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, com significativa relevância, na sua prevenção (OE, Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários dá-nos conta desta reestruturação organizativa dos centros de saúde, formando agrupamentos de centros de saúde, bem como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, onde garantem a prestação de cuidados de saúde primários à população definida pela sua área geográfica (Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro, 2018).

O Centro de Saúde da Ponte de Sôr está situado no distrito de Portalegre na região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo e integrado no Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede e na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Tem como área de atendimento toda a população da cidade de Ponte Sôr, subdividindo-se por Unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados que engloba as extensões de saúde de Galveias, Longomel, Tramaga e de Vale de Açor e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artº 11º como

“UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Diário da República, 2008, p. 1184).

As UCC são coordenadas por um enfermeiro e são constituídas por equipas multidisciplinares, com a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, intervindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, em articulação com as restantes unidades funcionais.

Mais especificamente na UCC da Ponte Sôr a equipa multidisciplinar é constituída por:

- 5 Enfermeiros: 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária; 1 Especialista em Saúde Infantil (a Enfermeira Coordenadora) e 2 de cuidados gerais.
- 2 Assistentes operacionais;
- 1 Médico (apoio na ECCI)
- 1 Assistente técnica;
- 1 Técnica de serviço social, 1 psicólogo, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 higienista oral (dão apoio sempre que necessário).

O horário de funcionamento desta unidade é de segunda a sexta-feira das 8h às 20 horas e aos sábados, domingos e feriados das 9h às 17h.

Em relação ao concelho de Ponte Sôr, este é cidade e sede de concelho, pertence à região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo e ao distrito de Portalegre, abrangendo uma área de 839,71 km². É composto por cinco freguesias (figura 1): Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil e Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. Este concelho é delimitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

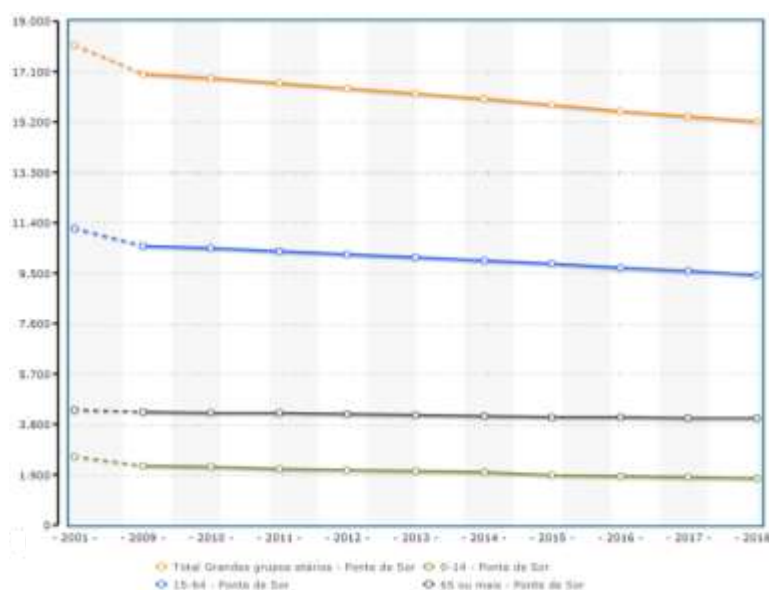


Figura 1- Mapa do Concelho de Ponte de Sôr e freguesias do concelho de Ponte de Sôr.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ponte_de_Sor

Tendo em conta, os dados mais recentes apresentados na PORDATA (2018), a população residente, em 2017, no concelho de Ponte Sôr apresentava 15.189 habitantes. Como podemos verificar no gráfico 1, existe um maior número de habitantes, ou seja, 9.428 correspondente ao grupo etário entre os 15 e 64 anos.

Gráfico 1 – População residente em Ponte de Sôr por grupos etários



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

De acordo com o Modelo Sistémico de Neuman, é analisado de acordo com oito subsistemas: Saúde e Segurança, Sócio cultural, Educacional, Comunicação e Transportes, Recreação, Económica e Legislação e Política e Religião (Anderson & McFarlane, 1988; Stewart, 1985 citados por Beddome, 1995).

Relativamente, ao concelho de Ponte Sôr e tendo em conta os oito subsistemas dispõe de:

- Saúde e Segurança - Bombeiros Voluntários, Guarda Nacional Republicana, Policia de Segurança Pública, Unidade Cuidados Continuados Integrados, UCC, UCSP, Urgência Básica, Farmácias, Centros de Fisioterapia e Clínicas Privadas / Consultórios Particulares;
- Sócio cultural – Lares de idosos e Centro de dia com atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, centro de convívio, Centro de Artes e Cultura, Cineteatro;
- Educacional – Jardins de Infância, Escolas de ensino básico e secundário, Centro de Formação Profissional, Universidade Sénior, Biblioteca Municipal;
- Comunicação e Transportes – Estação de Comboios, Estação Rodoviária, Aeródromo de Ponte de Sor;
- Recreação - variados espaços verdes e de comércio, feiras e mercados e associações recreativas, Piscinas Municipais Descobertas;
- Económica - Segurança social;

- Legislação e Política – Tribunal, Câmara Municipal, Junta de Freguesia;
- Religião – Existem várias religiões e várias Igrejas.

Em relação à carteira de serviços da UCC o projeto de intervenção desenvolvido para este estágio será integrar no projeto “A minha lancheira” incluindo também a prática de atividade física. O projeto “A minha lancheira” teve início no ano letivo 2011/2012 como o intuito de promover a qualidade nutricional dos lanches dos alunos que frequentam o 1º ciclo do ensino básico, e tem como objetivo sensibilizar as crianças e os pais/encarregados de educação para a importância dos lanches, uma vez que a alimentação saudável contribui para a saúde em geral e também na melhoria da concentração e no rendimento escolar, aumentando o consumo de pão, leite, iogurte e fruta e reduzir o consumo de salgadinhos. Este projeto na edição 2011/ 2012 foi meritório do primeiro lugar da categoria prevenção da obesidade dos Prémios Hospital do Futuro, assim como vencedor da Edição de 2015 da iniciativa Missão Continente Sorriso.

Foi neste contexto que se inseriu o meu projeto “Crianças em Movimento”, uma vez que foi solicitado pela própria escola por ainda haver algumas crianças com excesso de peso e obesidade, sendo esta uma das necessidades de intervenção já identificada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CRIANÇAS

Na atualidade, a Saúde Escolar é essencial na melhoria dos determinantes de saúde que comprometem anos de vida perdidos e, posteriormente, o aumento do número de anos de vida saudável das pessoas (DGS, 2014).

Segundo a School Health Europe define a Escola Promotora da Saúde (EPS), como sendo uma escola que reforça constantemente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. Assim, a EPS é um espaço em que todos os elementos da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para facultar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde.

As crianças com hábitos de vida saudáveis aprendem melhor, tendo vidas mais produtivas e contribuindo ativamente para a sociedade. Deste modo pretende-se que a participação escolar tenha um papel fulcral para promover escolhas mais saudáveis nas crianças e jovens (DGS, 2015).

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) menciona que no âmbito estratégico, a melhoria do nível de literacia em saúde e o crescimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar (DGS, 2015).

A saúde escolar procura proteger a saúde de crianças e jovens face à complexidade de comportamentos, salvaguardando os mais vulneráveis. Deste modo “a intervenção significa uma intervenção holística de saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo” (DGS, 2015, p.10).

O PNSE, refere que a Alimentação saudável e a Atividade Física como sendo dois determinantes fundamentais para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo que as intervenções devem ir procurar o conhecimento de várias disciplinas, potenciando decisões de consumo alimentar saudável e práticas de atividade física regular em idades precoces (DGS,2015).

No que diz respeito à Atividade Física podemos defini-la como toda

“a atividade muscular ou motora que uma pessoa assume. É tudo o que implica movimento, força ou manutenção da postura e que resulta num dispêndio de energia. A atividade física espontânea e informal, não é estruturada e pode ser executada nas atividades de lazer, domésticas, entre outras. Exercício físico é toda a atividade física programada ou organizada: obedece a um esquema prévio, tem objetivos, tem regras de intensidade e de progressão” (Silva,2012, p.48).

A Atividade física para as crianças não é só um meio através do qual obtêm diversos tipos de conhecimentos e de habilidades motoras, cognitivas, mas também acarretar-lhes benefícios fisiológicos, ao nível do crescimento físico, psicológicos (como, por exemplo, redução da ansiedade e aumento da autoestima) e contribuir ainda para uma melhor integração social. É um fato que atualmente a atividade física é considerado indispensável na promoção e na adoção de um estilo de vida saudável.

Silva refere que a vantagem da prática regular de atividade física “é que este não apenas promove modificações benéficas no estado de saúde, como melhora os índices de aptidão física” (2006, p.120).

Posto isto, a prática de atividade física em conjunto com a prática de uma alimentação saudável são fundamentais para a manutenção de um peso corporal adequado e equilibrado, pois de acordo com os autores Batalha *et al.* A atividade física beneficia “a saúde e a condição física, facilitando a adaptação às necessidades da vida diária, prevenindo a degeneração da saúde e o aparecimento da obesidade, promovendo a qualidade de vida” (2012, p.282).

A nível nacional, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, com a perspectiva de implementar entre 2016 e 2019, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS), extensão 2016-2020 de forma a dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar, tem assim como missão diminuir os níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário (DGS, 2016).

Esse programa considera a inatividade física como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis, sendo este um importante problema de saúde pública (DGS, 2015).

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de atividade física nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que reconheçam as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo o sedentarismo” (DGS, 2016, p.6).

Segundo o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, existe diferença entre atividade física, exercício físico e desporto que se torna importante mencionar na medida em que atividade física contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo, resultando num dispêndio de energia acima dos valores de repouso, o exercício físico diz respeito toda a prática realizada com um objetivo específico, e o desporto está geralmente relacionado ao

jogo e à competição (DGS, 2016). A mesma fonte diz ainda que a escola tem um elevado potencial para motivar os jovens para a atividade física, transmitindo conhecimentos, atitudes e habilidades motoras necessárias para a manutenção de estilos de vida ativos.

Na carta de Ottawa em 1986 foi adotada o conceito de promoção da saúde que se define como “o processo de capacitação das pessoas para aumentar o seu controle sobre a saúde para que possam com recursos próprios melhorá-la” (Green & Tones, 2010, p.18).

Portanto, a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, para que cada pessoa atinja um completo bem-estar físico, mental e social é necessário ter conhecimentos para satisfazer necessidades e modificar comportamentos.

De acordo com Carvalho & Carvalho “a educação para a saúde, constitui um dos instrumentos mais eficazes contribuindo para o processo da promoção da saúde” (2006,p.26). Assim a educação para a saúde é definida como uma ação usada sobre os indivíduos com o propósito de modificar os seus comportamentos, a fim de alcançarem e conservarem hábitos de vida saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capazes para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde (Dias, 2006).

Posto isto, a promoção da atividade física na infância e juventude é essencial, uma vez que poderá ser considerado como uma estratégia preventiva de alguns fatores de risco que pode ser melhor sucedida se for iniciada desde logo cedo, pois “de facto, a promoção da atividade física nestes escalões etários parte do pressuposto de que uma vez adquiridos os hábitos, estes se mantêm estáveis ao longo da vida dos sujeitos” (Lopes, 2012, p.125).

2.2 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), o excesso de peso e a obesidade são definidos como uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal que pode afetar a saúde do indivíduo.

O excesso de peso e a obesidade infantil constituem um dos mais graves problemas de saúde pública do século XXI, uma vez que já atingiram proporções epidémicas na maioria dos países industrializados, mas também afeta os países em desenvolvimento, exigindo uma estratégia que compreenda a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa (DGS, 2005).

O Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO) menciona a obesidade como uma doença crónica, com maior prevalência nos países desenvolvidos, incluindo homens e mulheres de todas as idades, sendo classificada como a segunda causa de morte passível de prevenção (DGS, 2005).

A obesidade infantil é considerada uma doença multifatorial, isto deve-se à conjugação de fatores genéticos, metabólicos, bioquímicos, culturais e psicossociais. Ao longo dos tempos houve mudanças nos hábitos de vida que influenciaram este aumento de prevalência da obesidade infantil, nomeadamente o aumento da ingestão calórica, facultada pelo aparecimento da *fast food*, associado à perda dos valores tradicionais da alimentação mediterrânica, com menor consumo de sopa, fruta, hortaliças, legumes e menos cereais e também pela diminuição da atividade física e aumento do sedentarismo, visto que hoje em dia as crianças passam muitas horas a ver televisão ou jogar videojogos (Hilbert *et al.*, 2008).

Para avaliar o excesso de peso e a obesidade é utilizado como parâmetro o Índice de Massa Corporal (IMC) que corresponde ao quociente entre o peso e o quadrado da altura. Contudo nas crianças e adolescentes, não devem ser utilizados valores absolutos de IMC, mas curvas de percentis, que dispõem o IMC consoante a idade e o sexo da criança. Este método pode ser usado em crianças com mais de 2 anos. Assim, as crianças com mais de 2 anos e com o peso entre o percentil 85 e 95 são consideradas tendo “excesso de peso” e em risco de desenvolver obesidade, e as crianças acima do percentil 95 são classificadas como tendo “obesidade” (DGS, 2005).

Segundo o Estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI Portugal), na Europa, a prevalência da Obesidade em crianças em idade escolar, tem-se mantido constante mas é especialmente preocupante entre as crianças das classes socioeconómicas mais desfavoráveis.

“De acordo com os critérios da OMS, a prevalência de excesso de peso infantil (pré-obesidade + obesidade) em Portugal foi, desde o início do estudo, uma das mais elevadas ao nível de países como a Grécia, Itália, Espanha e Malta. Contudo, a prevalência de excesso de peso nas crianças portuguesas tem vindo a diminuir consistentemente nos últimos anos (-7,2% de 2008 a 2016) apresentando-se por isso em melhor posicionamento a par da média europeia global” (Rito *et al.*, 2019, p. 1).

Neste estudo acima referido mostra que entre 2008 e 2019, Portugal tem vindo a apresentar uma tendência invertida da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. Como está evidenciado na figura 2, de 2008 para 2019, verificou-se uma redução de 8,3% na prevalência de excesso peso infantil (37,9% para 29,6%) e de obesidade infantil de 15,3% em 2008 para 12,0% (menos 3,3%) em 2019.



Figura 2 – Prevalência de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do COSI Portugal (2008 a 2019)

Fonte: <http://www.insa.min-saude.pt/cosi-portugal-2019-excesso-de-peso-e-obesidade-infantil-continuam-em-tendencia-decrescente/>

Em relação ao estado nutricional por região neste estudo, também se demonstrou que a região do Alentejo foi a que apresentou menor prevalência de obesidade infantil (9,7%), apontando ainda assim para a necessidade de desenvolverem-se ações de promoção da saúde. A região do Algarve foi a que apresentou menor prevalência de excesso de peso infantil (21,8%) e os Açores a que apresentou a maior prevalência (35,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- Estado Nutricional por região, COSI Portugal 2019

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

Fonte: <http://www.insa.min-saude.pt/cosi-portugal-2019-excesso-de-peso-e-obesidade-infantil-continuam-em-tendencia-decrescente/>

No entanto, atualmente as estimativas apontam para que mais de 50% da população mundial seja obesa em 2025, se não forem adotadas medidas de ação concretas no âmbito dos

três pilares essenciais de prevenção e tratamento: alimentação, atividade física e modificação comportamental.

Por este motivo, a prevenção da obesidade deve iniciar-se durante a infância e juventude com a moderação do ganho de peso, visto que essas fases etárias são críticas do desenvolvimento das crianças e jovens obesos (Silva *et al.*, 2007).

Perante isto, no combate à obesidade infantil é fundamental desenvolver e criar intervenções, com o intuito de diminuir os comportamentos sedentários e promover a prática da atividade física (Anderson & Butcher, 2006).

É também fundamental a implementação de estratégias do foro comunitário, envolvendo os processos de *Empowerment* relacionados não apenas às crianças, mas também aos elementos chave da comunidade (Tripodi *et al.*, 2011).

2.3 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é centralizada na comunidade, uma vez, que este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisão perante os problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o Artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 428/2018, Série II de 2018-07-16, são:

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde de uma comunidade;
- Colaborar de forma a capacitar grupos e comunidades;
- Integrar e coordenar programas de saúde de modo a atingir os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde;
- Executar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

O papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária enquanto elemento das equipas de saúde escolar é fundamental no desenvolvimento do processo da promoção da saúde em meio escolar partilhando saberes, utilizando estratégias que permitam otimizar as relações com a família, grupos e comunidades, no sentido de maximizar os ganhos em saúde.

Segundo o National Association of School Nurses (NASN) (2016), a presença do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária nas escolas é uma mais-valia para o estabelecimento de ensino, visto que permite o planeamento e execução de cuidados de

enfermagem apropriados à comunidade escolar tendo em contas as necessidades reais identificadas.

Para a Scottsdale School of Nurses (2006), o enfermeiro na saúde escolar deverá cooperar com os recursos da comunidade, promovendo comportamentos saudáveis que contribuam para a saúde das crianças e suas famílias. O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve avaliar as necessidades, planejar as intervenções e avaliar os resultados, participar no planeamento, execução e avaliação do programa de saúde escolar, promover aconselhamento em saúde ao indivíduo e ao grupo e defender os direitos da saúde da criança e suas famílias, ao nível do ambiente escolar e na comunidade em geral.

Para contribuir para a promoção e proteção da saúde assim como para o sucesso educativo das crianças e jovens é fundamental o trabalho em equipa com a comunidade educativa e com as famílias.

Segundo Pinto, o *empowerment*

“não é uma coisa que se recebe, ou que se dá a alguém, uma vez que o poder também não é um objeto [...] é um processo de transformação através da ação, através do qual cada sujeito se torna verdadeiramente participante do seu destino individual e da comunidade de que faz parte, o que implica um trabalho, quer sobre si mesmo quer com os outros” (2013, p.51).

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo assim o eixo principal da promoção da saúde, tendo como principais vantagens: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes propiciam poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010, citados por Figueiredo, 2017).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 apresenta quatro aspetos fundamentais, para que os cidadãos possuam uma cultura de cidadania: “promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências para que se tornem mais autónomos e responsáveis na sua saúde e como cuidadores” (DGS, 2012,p.12).

Assim, um dos objetivos do PNS passa por promover a participação e o *empowerment* das pessoas, dando realce ao entendimento por parte dos decisores políticos, reforçando que as mudanças obtidas através do *empowerment* podem ser evidência suficiente de um programa bem-sucedido, pretendendo mudança tanto a nível da própria cultura do sistema de saúde, quer a nível das atitudes dos profissionais (DGS, 2012).

As escolhas sobre saúde e bem-estar da pessoa, são feitas pelo próprio cidadão, ou seja este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver

problemas e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria saúde, melhorando-a (Bernardino *et al.*, 2013).

Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019), a OMS define Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019,p.6).

Deste modo, a Literacia em Saúde envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no dia-a-dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.

Ainda, de acordo com o Despacho n.º 3618-A/2016, o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, propõe

“a) Contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade; b) Promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados (...)” (Diário da República, 2016, p. 8665).

A prática de *empowerment* junto das crianças evidencia-se como um processo indispensável para que se adquira conhecimentos e desenvolvesse capacidades, que lhes confira maior autonomia e responsabilização pelo seu processo de saúde, através da escolha fundamentada, no sentido da mudança para estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente a prática da atividade física.

3. PESPETIVA CONCETUAL DE BETTY NEUMAN

Com a evolução da ciência de enfermagem é necessário relacionar a prática em si com o modelo conceptual que a suporta, conferindo-lhe sentido e fundamentando as intervenções.

Segundo Silva (2002), o modelo teórico orienta não só os cuidados práticos mas também os elementos fundamentais da formação dos enfermeiros, “os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as atividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados” (Silva, 2002,p. 5).

Como suporte na intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária utilizei o Modelo Teórico de Betty Neuman pois este centra-se na teoria geral dos sistemas e demonstra a natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos em constante interação com stressores ambientais (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo ao identificar-se como dinâmico, flexível e global, garante uma estrutura, organização e orientação, para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em consideração a problemática em estudo da prática da atividade física junto das crianças do 1º ciclo e a necessidade de prevenção com a maior rapidez possível, no sentido de transmitir conhecimentos e proporcionar hábitos de vida saudáveis e assim como é mencionado pelo PNSE (2015), ao referir que a saúde deve ser gerada e vivenciada pelas pessoas na sua vida diária, na interação dos ambientes (comunidade) e as pessoas.

Segundo Freese (2004), o modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Segundo Neuman & Fawcett (2011) é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da Enfermagem, em que se relacionam as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. Este modelo assenta em quatro conceitos fulcrais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. O conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, sendo este o alvo de estudo da população, criando um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e a pessoa. Compreende-se, portanto, que este é considerado um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito de Ambiente reporta-se a contextos externos mas também a contextos internos. Neuman destaca a importância conceptual do stress enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, que aumenta a necessidade de reajustamento e adaptação aos novos problemas (Neuman & Fawcett, 2011).

No que se refere ao conceito de saúde, esta é considerada por Neuman de natureza dinâmica e sujeita constantemente à mudança. Assim, “o bem-estar (...) indica que as

necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Tomey & Alligood, 2004, p.340).

Em relação ao conceito de Enfermagem, ao avaliar-se a pessoa na sua globalidade, observando o “cliente como um todo, em que se valorizam todas as suas variáveis e as respostas ao stress” (Rosa, 2013,p. 24), é considerada com uma “profissão única” (Tomey & Alligood, 2004: 340).

Segundo Tomey & Alligood, “os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340), assim o ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema da população alvo em estudo.

Este modelo assenta no princípio da reação ao *stress* e fatores que envolvem a adaptação ao sistema, permitindo compreender os fatores desencadeantes pela identificação dos *stressores*, e ainda planear a intervenção de enfermagem para a resolução de problemas de forma a restituir o bem-estar (Silva, 2013).

Assim sendo, o sistema cliente alvo em estudo (15 crianças do 1º ciclo da Escola de Foros de Arrão) é visto como um sistema que pode ajustar-se ao ambiente, ou ajustar o ambiente a si mesmo. O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. Este sistema é representado por uma estrutura básica, que inclui fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. Este sistema é apresentado como estado envolto em linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema.

Estas linhas são definidas por Neuman como: a Linha Flexível de Defesa; a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência (Neuman & Fawcett, 2011). A Linha Flexível de Defesa (mais externa), previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de *stress* funcionando, como uma barreira, mantendo o sistema cliente protegido das primeiras reações a *stressores*; a Linha Normal de Defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, que consiste na interação das variáveis do cliente aos fatores de *stress*. Por último, as Linhas de Resistência (linhas mais internas), são ativadas involuntariamente, quando um fator de *stress* invade a Linha Normal de Defesa, procurando estabilizar o sistema.

Neuman definiu ainda três níveis de intervenção: a intervenção primária que resulta da perceção do risco e das consequências à exposição a determinados fatores de *stress*; a intervenção secundária, que resulta das alterações que ocorrem entre os recursos internos e externos do cliente, de modo a utilizar as estratégias que tem como objetivo a reconstituição do equilíbrio do sistema e por último, a intervenção terciária que resulta da utilização dos recursos

do cliente de forma a prevenir novas reações aos *stressores* ou até mesmo a regressão, com o objetivo de manter o equilíbrio alcançado (Neuman & Fawcett, 2011).

Posto isto remetendo para a prática, foi essencial uma intervenção primária, junto das crianças do 1º ciclo de Foros de Arrão, porque existe sempre o risco de não adesão relativamente a aquisição de hábitos saudáveis, neste caso a nível da prática da Atividade física.

4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária antes de efetuar qualquer intervenção/programa de promoção para a saúde, deverá compreender de forma holística o indivíduo/família/comunidade em que se pretende intervir. Para tal, como nos dizia Imperatori & Giraldes em 1993, é com base na metodologia do planeamento em saúde que avaliamos o estado de saúde de uma comunidade. Assim segundo Campos, Faria & Santos o planeamento em Saúde

“é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode se entender que o planeamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos” (2010, p. 20).

Além disso, existem vários fatores a ter em consideração pelos profissionais de saúde aquando da elaboração do planeamento, nomeadamente fatores ambientais e estruturais, hábitos e costumes, fatores biológicos, o próprio sistema de saúde em que se insere e os recursos humanos e materiais disponíveis.

Segundo Nunes (2016), o planeamento caracteriza-se por um processo contínuo, dinâmico e permanente sendo essencial uma constante mudança de modo adaptar-se à realidade da situação. Considerando-se que o planeamento e a realidade se influenciam, através da interação, o planeamento em saúde é indispensável pois os recursos disponíveis são escassos, devido à atual situação económica que ocorre no país. É assim, fulcral arranjar estratégias de forma a abranger o máximo de indivíduos, com os menores recursos e a maior eficácia possível.

De acordo com Nunes (2016), a metodologia do Planeamento em Saúde deve compreender várias fases fundamentais: a elaboração do plano, ou seja é composta pelo diagnóstico de situação, pela definição de prioridades, pela formulação e fixação de objetivos, pela seleção de estratégias e a execução e a avaliação.

No planeamento em saúde é essencial o diagnóstico de saúde comunitária para que o enfermeiro consiga estabelecer as prioridades e definir as suas intervenções centradas na comunidade. Stanhope & Lancaster (2011) referem que é através da execução dos diagnósticos de enfermagem comunitária que se torna possível a identificação dos fatores que provocam o problema e estabelece a comunidade como cliente dos cuidados.

4.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tendo em conta Nunes (2016), o planeamento de intervenções deve seguir a metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente a nível da intervenção comunitária.

A primeira etapa do Planeamento em Saúde, Diagnóstico de situação, que de acordo com Nunes: o diagnóstico de situação deve ter como principais características ser razoavelmente alargado aos sectores económicos e sociais, de modo a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, principalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes (Nunes, 2016).

Tal como Imperatori & Giraldes (1993) nos dizem a primeira fase do planeamento, o diagnóstico de situação deve pertencer ao levantamento dos problemas/necessidades de saúde da população onde se pretende interferir, a consonância entre as necessidades sentidas e o diagnóstico de situação executado explica a pertinência da intervenção.

Em reunião com a Enfermeira coordenadora da UCC de Ponte de Sôr e a Enfermeira cooperante foi-me proposto intervir ao nível dos alunos do 1º ciclo da escola Básica de Foros de Arrão com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos, com a finalidade de promover a atividade física nas crianças, uma vez que a solicitação de intervenção foi feita por parte da escola e estarem inseridas no projeto “A minha lancheira” no âmbito do Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável. Este programa tem como objetivo delinear estratégias de intervenção na região do Alentejo, articulando-se com as instituições e serviços da sua área de influência, através de ações de educação nutricional, motivacional e prática de atividade física. Sendo que as atividades foram realizadas no contexto das atividades já desenvolvidas pela UCC. As atividades que já foram desenvolvidas resultantes deste projeto são: observação e registo de lanches numa semana do primeiro e do terceiro período, uma sessão de apresentação do projeto aos encarregados de educação para a sensibilização para a temática da alimentação saudável e atividade física e uma ação de promoção e educação para a saúde com os alunos.

A escolha deste grupo de crianças foi devido ao fato que apenas este ano letivo está a ser desenvolvido este projeto e ainda haver algumas crianças com excesso de peso e obesidade, precisando assim de mais intervenções no âmbito desta temática.

Tendo em conta o modelo de sistemas de Betty Neuman, os sistemas estão em constante mudança pelas trocas de energia que estabelecem com o intra-sistema, o inter-sistema e o extra-sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Em relação ao contexto da minha intervenção comunitária este é descrito como Sistema a

Escola Básica de Foros do Arrão; o Intra-sistema abrange vários subsistemas: o subsistema dos alunos do 1º ciclo do ensino básico estabelecendo cada turma um subsistema, o subsistema dos professores, o subsistema das assistentes operacionais e o subsistema dos pais/ encarregados de educação dos alunos. A minha intervenção comunitária ocorreu a nível do subsistema dos alunos do 1º ciclo da escola Escola Básica de Foros do Arrão.

Relativamente ao Inter-sistema diz respeito às relações estabelecidas entre o subsistema dos alunos do 1º ciclo e os restantes subsistemas. Os pais /Encarregados de Educação e os professores dos alunos deste subsistema foram essenciais nesta intervenção, pelo que foram incluídos no plano de cuidados, uma vez que fazem parte dos elementos do inter-sistema.

Por último o Extra-sistema diz respeito aos sistemas exteriores ao subsistema de alunos do 1.º ciclo, assim como por exemplo, a UCC de Ponte Sôr que constitui parceria com o sistema escola através da promoção de atividades na escola.

Para a realização do diagnóstico de situação procedeu-se à pesquisa bibliográfica, à realização da avaliação estato-ponderal das 15 crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar e do projeto a “A minha Lancheira”, bem como duas entrevistas a informantes-chave. Após o primeiro contato, nomeadamente com a reunião com a Enfermeira Coordenadora e a Enfermeira cooperante foi definido com informante-chave a enfermeira cooperante pelo que está a coordenar o projeto a “Minha lancheira”. Após a entrevista à Enfermeira cooperante foi identificado outro informante-chave, a professora destes alunos visto ser a pessoa que está mais próxima destes alunos.

Quivy & Campenhoudt dizem que um informante- chave “são pessoas que, pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema” (2005, p.71).

Para Stanhope & Lancaster, as entrevistas a informantes chave são “boas formas de produzir informações sobre as crenças, normas, valores, poder, estruturas influentes e processos de resolução de problemas da comunidade” (2011, p. 370).

4.1.1- Métodos de colheita de dados

Segundo a OE (2009), o conhecimento das necessidades da comunidade e a procura de soluções é uma responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Assim, para analisar esta necessidade na região de inserção da UCC onde foi desenvolvido o estágio foram utilizados como métodos de colheita de dados tal como foi mencionado anteriormente, duas entrevistas semi-estruturadas e a avaliação estato-ponderal das 15 crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão.

No âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, já se registam diferentes atividades desenvolvidas pela UCC noutras escolas, nomeadamente a participação no estudo realizado em Portugal no ano de 2016, cujo nome denomina-se de *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal. Este estudo tem como objetivo criar uma rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação sobre as características do estado nutricional infantil, nomeadamente prevalência de baixo peso, excesso de peso e obesidade das crianças em idade escolar, dos 6 aos 8 anos, do 1º Ciclo do Ensino Básico.

Segundo Gil, a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (2010, p. 50).

Tendo em conta os dados do COSI Portugal 2016 e de acordo com Fernando de Almeida, presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, ao salientar que os dados deste estudo

“sublinham o percurso muito positivo já feito nesta matéria nos últimos dez anos, mas também a necessidade de continuar a investir no conhecimento do estado nutricional da população escolar, na formação e acesso das populações a profissionais de saúde na área da obesidade infantil, na educação alimentar das famílias, na fiscalização da oferta alimentar em meio escolar e na promoção da atividade física, nomeadamente nos percursos diários entre a escola e casa” (Rito *et al.*, 2016, p.2),

tornou-se necessário intervir nesta temática, neste caso a nível das crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros de Arrão, sendo um total de 15 alunos, 9 do sexo masculino e 6 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos.

Foram efetuadas duas entrevistas: uma à Enfermeira Cooperante e outra à Professora destes alunos visto que é a pessoa que mais tempo passa com eles e conhece os seus hábitos relacionados com atividade física, encontram-se descritas no Anexo I.

Segundo Fortin, Cotê & Filion, referem que a entrevista semi-estruturada possibilita “compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes” (2009, p. 300).

Das entrevistas contactou-se que embora a escola tenha implementado a disciplina de educação física é fundamental incentivar brincadeiras ao ar livre como por exemplo correr e saltar, se possível praticar natação e entre outros desportos, visto que atualmente as crianças passam grande parte do seu tempo livre em atividades sedentárias e visto haver crianças com excesso de peso e obesidade.

Procedeu-se também à avaliação estado-ponderal das crianças particularmente na avaliação do peso e altura, com auxílio de uma balança e estadiómetro, e posteriormente foi feita a avaliação do Índice de Massa Corporal, onde se usou o IMC percentilado, recomendado pela

Direção Geral de Saúde (DGS, 2006), no âmbito das atividades planeadas pela UCC. Desta avaliação constatou-se que apenas cerca de 4 crianças apresenta peso normal, 6 crianças apresentam excesso de peso e as restantes 5 crianças com obesidade (Anexo I, gráfico 6).

4.1.2- Tratamento e Análise dos dados

Fortin (2009) considera que o tratamento dos dados possibilita obter resultados que poderão ser interpretados e comentados pelo investigador.

A análise dos dados da entrevista foi efetuada com base no método de análise de conteúdo temática de Bardin (2011). Esta consiste num

“conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que ocorre em indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 2006 citado por Mozzato & Grzybovski, 2011, p.734).

De forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados foi utilizado uma nomenclatura simbólica, nomeadamente o E1 e E2 (entrevistado 1: informante-chave enfermeira cooperante e entrevistado 2: professora respetivamente). A entrevista 1 resultou num total de 3 páginas A4 dactilografadas e a entrevista 2 resultou num total de 2 páginas A4 dactilografadas.

Após a leitura flutuante do *corpus* da entrevista, começamos por selecionar as unidades de registo que foram agrupadas consoante o seu conteúdo. De forma a extrair a relevância para a análise escolhemos o recorte da unidade de registo através de uma palavra isolada, palavras em conjunto ou uma frase.

Por fim, após esta seleção foi construído os temas, e por sua vez um sistema de categorias e subcategorias apresentado em forma de grelha para fácil perceção (Anexo I).

O tratamento dos dados obtidos através da entrevista e avaliação estado-ponderal das crianças foi elaborado de forma estatística descritiva, através do processamento informático, com recurso ao seguinte programa: Microsoft Office Excel 2017. O intuito da estatística descritiva é a obtenção de características amostrais e elaboração de tabelas e gráficos onde se constata toda a informação de uma forma resumida (Oliveira & Oliveira,2011).

4.1.3- Diagnósticos de Enfermagem

De forma a adquirir um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos respetivos fatores que a condicionam, é necessário elaborar um Diagnóstico de Enfermagem (Stanhope & Lancaster, 2011). Assim, após a análise e tratamento dos dados identifiquei os problemas de saúde da comunidade e apresentámo-los sobre a forma de diagnóstico de Enfermagem segundo a CIPE (Classificação Internacional para Enfermeiros), versão 2 de 2011 que de acordo com OE define como “instrumento imprescindível de trabalho que permite (...) dar mais uniformização e visibilidade aos cuidados de Enfermagem (2011,p.10)

Posto isto, foram identificados dois diagnósticos de Enfermagem como se pode contactar através dos dados em Anexo I, no quadro 1 e no gráfico 6: Grupo com Excesso de peso (6 crianças) e Grupo com Obesidade (5 crianças).

4.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Nunes (2016), após o diagnóstico de situação, sucede-se a definição de prioridades, ou seja, a escolha dos problemas a abordar na nossa intervenção.

De forma a dar prioridades às necessidades da nossa população foi necessário recorrer à utilização de critérios para hierarquizar os problemas de saúde detetados. Segundo Stanhope & Lancaster (2011) referem que, após a identificação dos problemas de saúde, cada problema identificado deve ser ordenado de forma hierárquica de importância. Para organizar os problemas por prioridades é importante ter em conta os seguintes critérios:

“1) Consciência comunitária do problema; 2) Motivação da comunidade para resolver o problema; 3) Capacidade do enfermeiro para influenciar a resolução do problema; 4) Disponibilidade de perícia para resolver o problema; 5) Gravidade dos resultados se o problema não for resolvido; 6) Rapidez com que o problema pode ser resolvido” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.376).

Deste modo, priorizaram-se os diagnósticos de enfermagem tendo em conta os critérios de Stanhope & Lancaster (2011).

Uma vez determinados os problemas de saúde e a lista de critérios, é necessário avaliar cada problema separadamente tendo por base cada critério com uma escala de 1 a 10 (Tabela 2).

Tabela 2- Determinação de Prioridades de acordo com os critérios de Stanhope & Lancaster (2011)

	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5	Critério 6	Total
Excesso de peso	8	8	10	8	9	8	51
Obesidade	8	8	10	8	10	6	50

Os critérios e as pontuações são determinados pelas pessoas que fazem parte da parceria comunitária (Stanhope & Lancaster, 2011). Assim a determinação das prioridades foi estabelecida entre mim e a orientadora de estágio, tendo em consideração o contexto de ensino clínico e a especificidade da população alvo apreciada.

Posto isto, após a priorização segundo os critérios disponibilizados por Stanhope & Lancaster (2011), temos como problema prioritário a Obesidade, uma vez que tem uma pontuação de 50 e posteriormente o problema Excesso de peso com uma pontuação de 51.

Como diagnóstico de Enfermagem prioritário considerei o Grupo com Obesidade, e em sequência planeei a intervenção, nomeadamente a promoção para a prática de atividade física nestas crianças.

Tendo por base os diagnósticos encontrados anteriores, procedi a análise segundo o Modelo de sistemas de Betty Neuman. Este centra-se na teoria geral dos sistemas e demonstra a natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos em constante interação com stressores ambientais (Tomey & Alligood, 2004).

O sistema cliente apresentado define-se como um grupo populacional, sendo no meu caso as crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão. Este grupo populacional é um composto dinâmico de interrelações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Segundo Tomey & Alligood (2004), este sistema é aberto pois esta em constante mudança e interação com o meio.

Este modelo caracteriza-se por um núcleo central na comunidade (crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão protegido por círculos concêntricos: a linha defesa flexível, sendo a mais externa ao que se refere ao projeto a “Minha Lancheira” desenvolvido pela UCC e o meu projeto de intervenção; a linha de defesa normal, e linhas de resistência, sendo a mais interna, que funcionam como barreira aos fatores de stress podendo ser intra, inter e extrapessoais permitindo que o sistema se mantenha estável (Rosa, 2013), como está evidenciado na figura 3.

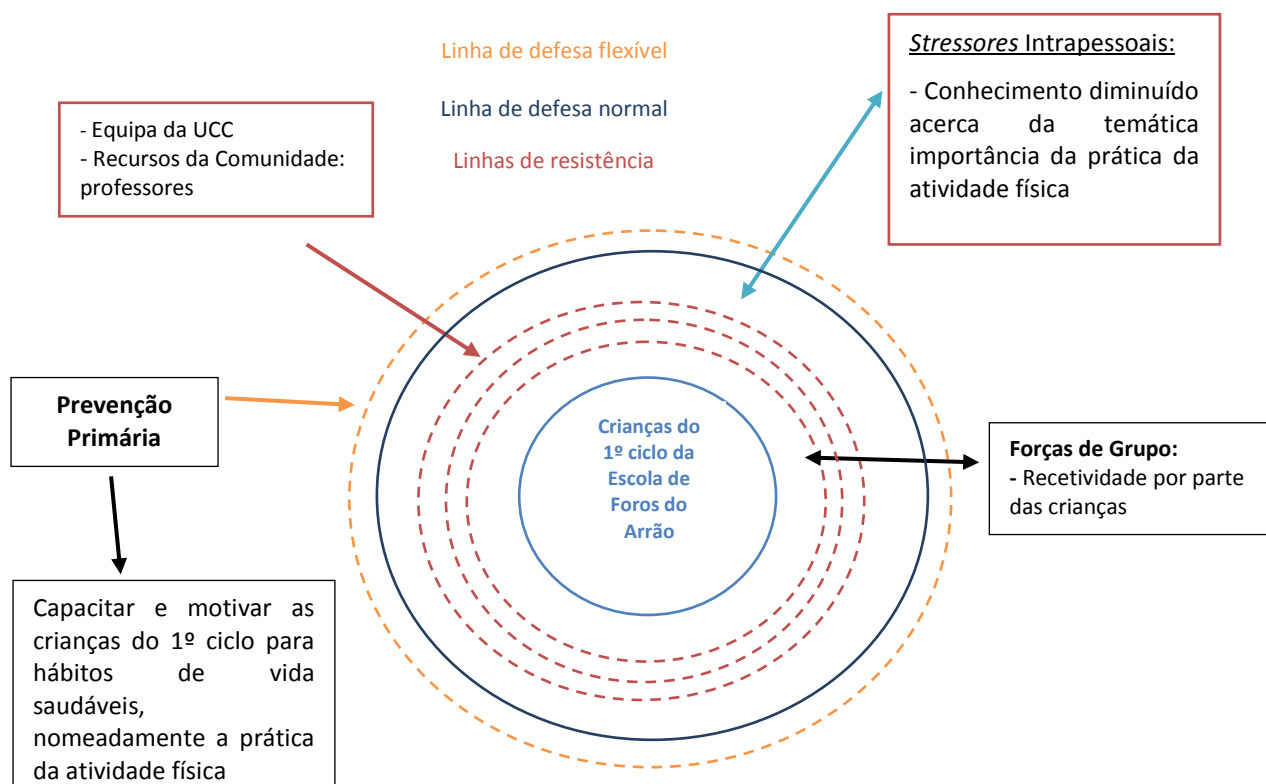


Figura 3 – Mobilização do diagrama de Neuman no contexto do grupo e comunidade em estudo.

4.3- FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Tal como Imperatori & Giraldes (1993: 77), mencionam que “realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à Fixação dos Objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo” (1993, p. 77). Segundo Nunes (2016), a fixação de objetivos constitui-se na terceira etapa do planeamento em saúde, sendo uma etapa imprescindível, uma vez que o seu estabelecimento torna-se possível avaliar as intervenções delineadas.

Deste modo, definiu-se como área de intervenção prioritária, a promoção para a prática da atividade física nas crianças do 1º ciclo da escola Básica de Foros do Arrão, com o objetivo geral, Capacitar as crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão para a adoção de estilos de vida saudáveis nomeadamente a prática de Atividade Física. Tendo em conta o problema identificado foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Instruir as crianças para os benefícios da atividade física;
- Instruir as crianças no entendimento da relação entre a atividade física e uma vida mais saudável;

- Instruir as crianças para os problemas de saúde que advém do sedentarismo;
- Dar a conhecer às crianças a pirâmide de atividade física para a infância;
- Estimular nas crianças o gosto e a vontade de praticar atividade física.

Nunes (2016) refere a importância da definição de indicadores e metas, estes podem ser de resultado ou de execução, e devem constituir a ligação entre o problema e a população alvo. Um indicador de resultado ou impacto pretende medir a alteração verificada num problema de saúde e um indicador de execução ou atividade pretende medir a atividade desenvolvida (OE, 2007).

Admitindo a mesma ordem dos objetivos específicos, definiram-se os seguintes indicadores e metas:

Quadro 1- Indicadores de Execução ou Atividade e Indicadores de Resultado ou Impacto definidos.

Indicador de Execução ou Atividade	Meta	Fórmula de cálculo	Data/ Avaliação
Percentagem de sessões realizadas	Realização de 100% das sessões	$\frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{número de sessões planeadas}} \times 100$	No final do estágio verificar se conseguiu realizar todas as atividades planeadas
Percentagem de crianças que participem nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças incluídas no projeto participem nas atividades de educação para a saúde	$\frac{\text{Número de crianças que participam nas atividades}}{\text{Número de crianças inscritas no 1º ciclo}} \times 100$	No final de todas as atividades realizadas verificar quantas crianças participaram em cada sessão
Percentagem de encarregados de educação que participem nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 40% dos encarregados de educação participem na atividade de educação para a saúde	$\frac{\text{Número de encarregados de educação que participou nas atividades}}{\text{Número de encarregados de educação}} \times 100$	No dia 31 de Maio na caminhada verificar quantos encarregados de educação

Movimento”		educação dos alunos 1º ciclo X 100	participaram na atividade
Indicador de Resultado ou Impacto	Meta	Fórmula de cálculo	Data/Avaliação
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças consigam referir dois benefícios da prática de atividade física	Nº de crianças que conseguem referir dois benefícios da prática de atividade física/ Nº crianças participantes X 100	- 2 de Maio de 2019- Sessão sobre a Importância da atividade física
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças consigam referir dois problemas que advém do sedentarismo	Nº de crianças que conseguem referir dois problemas que advém do sedentarismo/ Nº crianças participantes X 100	- 24 de Maio de 2019- Jogo do Monopóli
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças consigam identificar exemplos de atividades desportivas que podem fazer com regularidade	Nº de crianças que conseguem identificar as atividades desportivas que podem fazer com regularidade/ Nº crianças participantes X 100	- 14 de Maio de 2019- Corrida dos Sacos e dos Balões Loucos - 21 de Maio de 2019- Aula de Ginástica
Percentagem de encarregados de educação das crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% dos encarregados de educação sejam capazes de identificar pelo menos 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo.	Nº de encarregados de Educação que consigam identificar 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo/ Nº total de encarregados de educação participantes X 100	- 31 de Maio de 2019- Caminhada aos Foros do Arrão

4.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do planejamento em saúde define-se pela seleção de estratégias, que de acordo com Nunes (2016), a estratégia é um conjunto de técnicas específicas e organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo.

Tendo em consideração os dados recolhidos através das entrevistas à professora e Enfermeira cooperante e ainda da avaliação estado-ponderal das crianças e o que nos é dito pelo PNSE (2015), ao referir que a atividade física como determinante fundamental para a promoção do desenvolvimento saudável, assim como a necessidade de potenciar decisões para a prática de atividade física regular em idades precoces. O PNSE (2015) refere a escola como um local promissor para a melhoria da literacia em educação alimentar e estilos de vida saudável.

A prevenção da obesidade deve iniciar-se durante a infância e juventude com a moderação do ganho de peso, visto que essas fases etárias são críticas do desenvolvimento das crianças e jovens obesos. O PNCO (2005), menciona a obesidade como uma doença crónica, com maior prevalência nos países desenvolvidos, incluindo homens e mulheres de todas as idades, sendo classificada como a segunda causa de morte passível de prevenção. Segundo a mesma fonte a obesidade também é considerada como um problema de saúde pública, exigindo uma estratégia que compreenda a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa.

Deste modo, optei como estratégia principal a educação para a saúde que permite o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento promotor da saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Bulechek *et al.*, 2008).

De acordo com Carvalho & Carvalho (2006), as estratégias de ensino/aprendizagem devem ser adequadas à idade, ao nível de desenvolvimento e nível educacional da população-alvo. Devem ser escolhidas aquelas que mantenham o interesse do educando e se adequem aos conteúdos a serem apresentados, desta forma foi escolhido os jogos como estratégia de educação para a saúde para aquisição de conhecimentos acerca desta temática.

Beckenkamp & Moraes (2013) realçam que os jogos educativos trazem muitas vantagens para o processo de ensino e aprendizagem, visto que motiva a criança a procurar estratégias para atingir o objetivo final pretendido pelo jogo.

A utilização didática de brincadeiras e jogos tem sido considerada essencial e um importante meio de aprendizagem, assim como um excelente recurso pedagógico, uma vez que todos os conteúdos podem ser ensinados usando os mais diversos recursos lúdicos.

O jogo infantil é uma atividade física e mental que tem um papel fundamental para o desenvolvimento da criança, visto que através dele a criança pode vivenciar inúmeras maneiras

de aprendizagem de forma integral e harmoniosa. Desta forma, "o jogo deve ser incluído nas atividades efetuadas como uma estratégia de ensino indispensável para a obtenção de novos conhecimentos, proporcionando assim melhor aprendizagem por meio de brincadeiras, descontração e alegria" (Campos, 2005, p.23).

Assim, os jogos são, de facto, instrumentos úteis e fundamentais, visto que eles não só nos divertem, assim como também facilitam a aprendizagem e, para muitos autores, aumentam a capacidade de retermos o que foi ensinado.

A brincadeira e o jogo por ser considerada uma atividade lúdica e agradável pois estimulam o raciocínio e a imaginação, permitem assim que a criança descubra diferentes comportamentos, situações, capacidades e limites. Se for aplicada de forma certa, levará a criança a obter conhecimento, porque é brincando que a criança se exercita e desenvolve as suas potencialidades (Kishimoto, 2006).

De acordo com Oliveira (2007), o ato de brincar e jogar para a criança não é apenas um momento de diversão, mas também de educação, socialização, construção e desenvolvimento onde a criança aprende a participar nas atividades, pelo prazer sem esperar algo em troca.

Deste modo segundo Batista *et al.* (2012) afirmam que

"os jogos servem como importante ferramenta pedagógica, favorecendo também aspetos como a socialização, atenção e concentração, trazendo grande benefício para o desenvolvimento e a aprendizagem, fazendo com que os alunos se sintam atraídos e capazes de aprenderem os conteúdos didáticos de uma forma diferenciada e lúdica" (p.981).

A evidência científica que a *Scoping Review* mostrou foi a importância da educação da saúde como uma intervenção de enfermagem e de outros profissionais de saúde, para promover a adoção de estilos de vida saudáveis nomeadamente a prática da atividade física, servindo de ponto de partida para a intervenção comunitária desenvolvida neste Estágio.

As contribuições da *Scoping Review* são várias, nomeadamente, um dos focos de atenção para a prevenção da obesidade infantil é a intervenção na Escola, porque as crianças passam grande parte do tempo em ambientes escolares ou em atividades escolares. A educação é, sem dúvida, uma estratégia fundamental na gestão da obesidade infantil, é por isso que a OMS acolhe a expressão da Saúde Escolar Integral e a define como "uma estrutura internacionalmente reconhecida para apoiar a melhoria dos resultados educacionais nos estudantes, enquanto a saúde é abordada de forma planeada, integrada e holística" (Rojas *et al.*, 2014, p.122).

Assim, a promoção da atividade física na infância e na adolescência é essencial, uma vez que poderá ser considerado como uma estratégia preventiva de alguns fatores de risco que pode ser melhor sucedida se for iniciada desde logo cedo, pois de facto, a promoção da atividade física

nestes escalões etários parte do pressuposto de que uma vez adquiridos os hábitos, estes se mantêm estáveis ao longo da vida das pessoas.

A educação familiar também é essencial, pois educar não só a criança mas também os pais, é uma das medidas mais eficazes para garantir a adesão e resultados bem sucedidos e duradouros quando destinados à família e de atitudes e hábitos dos indivíduos, mensagens direcionadas para os pais e cuidadores da criança é fundamental porque os bons hábitos relacionados com atividade física começam em casa (Durbin *et al.*, 2018).

Posto isto, foram realizadas várias sessões de educação para a saúde, com os respetivos planos de sessão, tendo em conta as necessidades apuradas na primeira abordagem junto das crianças do 1º ciclo e à luz do que são os conhecimentos científicos e epidemiológicos.

4.5- EXECUÇÃO DO PROJETO

As estratégias definidas anteriormente são concretizadas através de atividades, cujo conjunto se denomina projeto (Nunes, 2016). Neste subcapítulo, descreve-se a preparação e a descrição de cada atividade realizada sendo todas ponderadas com a Enfermeira cooperante e a professora dos alunos do 1º ciclo da Escola de Foros do Arrão. Importa também lembrar que as atividades foram executadas no contexto das atividades já desenvolvidas pela UCC.

Foi aplicado uma ficha de avaliação do conhecimento (Anexo IV) sobre a temática às crianças antes de iniciar as atividades. Pode-se verificar da análise da mesma que embora apresentem conhecimentos em relação ao tema carecem de mais informação, deste modo foi então planeado cinco sessões de educação para a saúde.

Posto isto, apresentam-se as seguintes atividades:

Sessão de Educação para a saúde sobre a importância da Atividade Física: Foi realizada no dia 2 de Maio de 2019 onde foi abordado os benefícios da atividade física, o que é o sedentarismo, problemas relacionados com o sedentarismo, Obesidade infantil, exemplos de atividades físicas para prevenir as doenças e a pirâmide da atividade física na infância (Powerpoint em anexo V), assim como descrito no plano de sessão da mesma e onde consistem os objetivos definidos para a mesma (Anexo VI).

De forma a avaliar esta sessão foi efetuado uma pergunta acerca da temática, nomeadamente “Identificar dois benefícios da Atividade física” e também foi realizado um jogo relativamente à pirâmide da atividade Física, onde foi desenhado na cartolina a respetiva pirâmide e as crianças tinham que identificar e colar as atividades que pertenciam a cada patamar da pirâmide. Sendo como indicador de avaliação:

$\text{N}^\circ \text{crianças participantes} / \text{N}^\circ \text{crianças inscritas no 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{respostas certas} / \text{N}^\circ \text{total de questões} \times 100$

Em relação à pergunta efetuada verificou-se que 87%, ou seja 13 dos alunos conseguiram identificar dois benefícios da Atividade física e cerca de 13% (2 alunos) não conseguiram (Anexo VII).

No que diz respeito ao jogo com a cartolina, verificou-se que 100% dos alunos acertaram na colocação das atividades no respetivo patamar da pirâmide.

Também foi elaborado um folheto e um cartaz sobre esta temática (Anexo VIII) que serviu de complemento à informação transmitida.

Corrida dos sacos e Balões loucos - Esta atividade foi realizada no dia 14 de Maio de 2019, onde na atividade da corrida dos sacos, os alunos são divididos em duas equipas sendo que cada equipa tem que percorrer dentro do saco até a um ponto de referência, nesse sítio tiravam uma letra e tinham que dizer atividades que estejam ativos, em movimento e na atividade dos balões loucos ao som de várias músicas as crianças tinham de se mexer e não deixar cair o balão no chão, se cair tinham que saltar 5 vezes tocando com as mãos no chão para impulsionar o corpo.

Em anexo VI, está descrito o plano de sessão da mesma e onde consistem os objetivos definidos para esta atividade. De forma a avaliar esta sessão ao longo do jogo ia apontando quem ia dizendo corretamente as atividades pretendidas bem como realização da sopa de letras onde tinham que identificar pelo menos 4 atividades não sedentárias. Assim verificaram-se que 12 alunos (80%) acertaram corretamente e três (20%) não conseguiram identificar todas atividades não sedentárias (Anexo IX).

Perante isto, como indicador de avaliação:

$\text{N}^\circ \text{crianças participantes} / \text{N}^\circ \text{crianças inscritas no 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{respostas certas} / \text{N}^\circ \text{total de questões} \times 100$

Aula de Ginástica: A aula foi realizada no dia 21 de Maio de 2019 onde com a parceria do professor de Educação física foram efetuados vários exercícios de aquecimento e exercícios em grupo, nomeadamente o jogo da galinha e da raposa, jogos de passes de bola, jogo da malha, driblar com a bola, correr até a um ponto de referência onde se encontra um pine e quando lá chegavam tinham que colocar o arco e regressar ao local o mais rápido possível.

Encontra-se especificado o plano de sessão da mesma e onde consistem os objetivos definidos para esta atividade (Anexo VI). De forma a avaliar esta sessão foram efetuadas duas perguntas, nomeadamente “Enumerar três exercícios que podem fazer no dia-a-dia para não serem sedentários” e “Se acharam a sessão útil”. Sendo como indicador de avaliação:

$\text{N}^\circ \text{crianças participantes} / \text{N}^\circ \text{crianças inscritas no 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{respostas certas} / \text{N}^\circ \text{total de questões} \times 100$

Em relação às perguntas efetuadas verificou-se que 100% dos alunos conseguiram enumerar dois exercícios que podem fazer no dia-a-dia e à questão “Se Consideras útil a sessão para seres mais saudável?” verificou que cerca de 8 alunos (53%) consideram útil e 7 alunos muito útil (47%), onde podemos constatar no Anexo X.

Jogo do Monopóli: Foi realizada no dia 24 de Maio de 2019, onde as crianças foram divididas em duas equipas e com o tapete “tipo monopóli” os alunos para avançar nas casas do jogo tinham de lançar o dado e avançar o número de casas que saem no lançamento, algumas casas tinham símbolos especiais que tinham que respeitar, nomeadamente: “?”-significa que vão ser dadas dicas sobre a importância da prática regular da atividade física; “imagem com um tesouro”- avança duas casas; “casca da banana”- o aluno recua duas casas e responde a uma questão sobre a temática; “um smile com sono”- o aluno deitou-se tarde logo vai ficar uma vez sem jogar; “roleta”- quando o jogador calhar nesta casa deverá girar a roleta e realizar o exercício indicado pela seta giratória como por exemplo saltar a corda, pular, entre outros e por fim o símbolo “smile a rir”- o aluno joga duas vezes. A primeira equipa a chegar à casa final ganha o jogo.

Em Anexo VI encontra se especificado o plano de sessão da mesma e onde consistem os objetivos definidos para esta atividade. De modo a avaliar esta sessão foram efetuadas duas perguntas acerca da temática “Identificar dois problemas que advém do sedentarismo” e “Identificar o que é o Sedentarismo”. Sendo como indicador de avaliação:

$\text{N}^\circ \text{crianças participantes} / \text{N}^\circ \text{crianças inscritas no 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{respostas certas} / \text{N}^\circ \text{total de questões} \times 100$

Em relação às perguntas efetuadas verificou-se que 10 alunos (67%) apenas conseguiram identificar dois problemas de saúde que advém do sedentarismo e identificar o que é o sedentarismo (Anexo XI).

Caminhada pelos Foros do Arrão: Foi realizada no dia 31 de Maio de 2019, onde com a colaboração da Enfermeira Paula foi efetuada uma caminhada com as crianças e seus encarregados de educação. Foi efetuado um convite (anexo XII) para os encarregados de educação em que a professora destes alunos foi distribuindo à medida que estes viessem buscar as crianças. Relativamente à adesão destes não foi a mais expetável, pois apenas três encarregados de educação participaram na atividade, a esta falta de adesão também poderá estar associado ao fato do horário da caminha ser após de almoço visto que muitos ainda se

mantinham nos seus locais de trabalho. Embora viessem só três, estes interagiram com os seus educandos e gostaram bastante da iniciativa.

Em anexo VI encontra se especificado o plano de sessão da mesma e onde consistem os objetivos definidos para esta atividade. De modo a avaliar esta sessão foram realizadas duas perguntas nomeadamente “Se considera útil a sessão para ser mais saudável?” e “ Identificar pelo menos três benefícios que estas atividades trazem para a saúde de ambos”. Sendo como indicador de avaliação:

$$\text{N}^\circ \text{ crianças participantes} / \text{N}^\circ \text{ crianças inscritas no 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$$

$$\text{N}^\circ \text{ encarregados de educação participantes} / \text{N}^\circ \text{ encarregados de educação das crianças inscritas do 1}^\circ \text{ ciclo} \times 100$$

$$\text{N}^\circ \text{ respostas certas} / \text{N}^\circ \text{ total de questões} \times 100$$

Em relação às perguntas efetuadas verificou-se que em relação à questão “Identificar pelo menos três benefícios que estas atividades trazem para a saúde de ambos” verificou-se que os três encarregados de educação conseguiram identificar esses mesmos benefícios (100%) e à questão “Se considera útil a sessão para ser mais saudável?”, os três encarregados de educação que tiveram presente na atividade considerou ser muito útil (100%), onde podemos verificar no Anexo XIII.

4.6- AVALIAÇÃO

De acordo com Nunes (2016), a avaliação é a ultima fase do planeamento em saúde onde se realiza a avaliação entre os objetivos definidos e os atingidos. Esta fase é feita calculando as taxas de execução das atividades propostas, através dos indicadores de execução ou de atividade anteriormente definidos.

Nunes (2016), tal como Imperatori & Giraldes (1993) referem que é através da avaliação que se sabe se um plano foi eficaz, ou seja se os objetivos foram ou não alcançados.

Tendo em conta o regulamento nº 428/2018 da OE, este preconiza que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária avalie programas e projetos de intervenção pretendendo-se a resolução dos problemas identificados.

Assim, seguidamente demonstra-se os indicadores de execução ou atividade bem como os indicadores de resultados ou impacto e os resultados obtidos de cada um (Quadro 2).

Quadro 2- Resultados obtidos para cada indicador definido.

Indicador de Execução ou Atividade	Meta	Fórmula de cálculo	Resultados Obtidos
Percentagem de sessões realizadas	Realização de 100% das sessões	Número de sessões realizadas/ número de sessões planeadas x 100	$5/5 \times 100 = 100\%$
Percentagem de crianças que participem nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças incluídas no projeto participem nas atividades de educação para a saúde	Número de crianças que participam nas atividades/ Número de crianças inscritas no 1º ciclo X 100	$15/15 \times 100 = 100\%$
Percentagem de encarregados de educação que participem nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 40% dos encarregados de educação participem na atividade de educação para a saúde	Número de encarregados de educação que participou nas atividades/ Número de encarregados de educação dos alunos 1º ciclo X 100	$3/15 \times 100 = 20\%$
Indicador de Resultado ou Impacto	Meta	Fórmula de cálculo	Resultados obtidos
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças consigam referir dois benefícios da prática de atividade física	Nº de crianças que conseguem referir dois benefícios da prática de atividade física/ Nº crianças participantes X 100	$13/15 \times 100 = 87\%$
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto	Que 50% das crianças consigam referir dois problemas que advém do sedentarismo	Nº de crianças que conseguem referir dois problemas que advém do sedentarismo/ Nº	$10/15 \times 100 = 67\%$

“Crianças em Movimento”		crianças participantes X 100	
Percentagem de crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% das crianças consigam identificar exemplos de atividades desportivas que podem fazer com regularidade	Nº de crianças que conseguem identificar as atividades desportivas que podem fazer com regularidade/ Nº crianças participantes X 100	Na sessão do dia 14 de Maio- $12/15 \times 100 = 80\%$ Na sessão do dia 21 de Maio- $15/15 \times 100 = 100\%$
Percentagem de encarregados de educação das crianças que participaram nas atividades do projeto “Crianças em Movimento”	Que 50% dos encarregados de educação sejam capazes de identificar pelo menos 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo.	Nº de encarregados de Educação que consigam identificar 3 benefícios de um estilo de vida mais ativo/ Nº total de encarregados de educação participantes X 100	$3/3 \times 100 = 100\%$

Tendo em conta os resultados obtidos em cima descritos pode-se inferir que, na globalidade foi atingido as metas propostas, sendo apenas o indicador de atividade “Percentagem de encarregados de educação que participem nas atividades do projeto “Crianças em Movimento” não foi atingido por falta de participantes. A utilização do modelo sistemas de Betty Neuman como referencial teórico, foi essencial visto que, Neuman & Fawcett (2011) consideram a promoção da saúde como uma componente da prevenção primária, visto que as intervenções de enfermagem são dirigidos de acordo com os objetivos que pretendem a educação e medidas de apoio ajustadas que possibilitem proporcionar o bem-estar e prevenir a invasão de stressores reais ou potenciais, aumentando deste modo, a capacidade de resistência do cliente.

Como Pereira (2000) menciona, a escola é um local excelente de promoção da saúde, tendo em consideração a idade precoce das crianças que a frequentam e visto que as aprendizagens se fazem consoante o nível etário das crianças. Se as crianças aprenderem na fase inicial da escolaridade, a valorizar a sua saúde e a dos outros, a respeitar o ambiente, a fazerem escolhas e

a aumentarem o sentido crítico, serão no futuro, cidadãos responsáveis e providos das competências e conhecimentos essenciais a evitar comportamentos, que coloquem em risco a sua saúde e daqueles que os rodeiam.

Assim, os resultados obtidos estão de acordo com o que refere a Direção Geral da Saúde, quando considera a escola um local de excelência para desenvolver a educação para a saúde, mantendo sempre a colaboração com os pais/encarregados de educação (DGS, 2006).

Perante os objetivos e resultados obtidos faz-se um balanço positivo da intervenção, tanto para a população em estudo pelos contributos que lhe transmitiu, para a mestrando adquirindo um enriquecimento de conhecimentos que levaram à obtenção de competências e para a UCC pelo contributo ao nível da comunidade.

De uma forma geral em todas as atividades realizadas os alunos mostraram-se bastante entusiasmados e participativos assim como vontade de aprender.

Em suma como limitações principais sentidas estão relacionadas com a limitação de tempo disponível para a operacionalização do projeto visto termos apenas 18 semanas e com a primeira etapa da elaboração do diagnóstico de Enfermagem retirou bastante tempo para as outras fases do projeto. Também outra limitação foi devido aos horários disponíveis pela UCC para a realização das atividades também condicionou as atividades com os encarregados de educação, visto ser em horário laboral e a maioria estarem a trabalhar nessas horas estipuladas para as atividades.

5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DE ESTAGIO

Durante o estágio para além do desenvolvimento do projeto também tive oportunidade de desenvolver outras atividades que nas diversas áreas de atuação existentes na carteira de serviços da UCC de Ponte de Sôr.

Deste modo, colaborei nas seguintes atividades:

Programa Nacional de Saúde Escolar

A nível deste programa, para além da realização do meu projeto também foram efetuadas várias sessões de educação para a saúde em vários grupos etários em variadas temáticas nomeadamente, prevenção do tabaco, sexualidade na adolescência e métodos contraceptivos. Ainda neste programa houve também a oportunidade de participar na Feira da Saúde que decorreu na semana de 6 a 10 de Maio na Escola Secundária de Ponte de Sôr, onde foi realizado vários rastreios tais como a avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca, glicemia capilar, peso, altura e posteriormente avaliação do IMC.

Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Relativamente a este programa tive a oportunidade de cooperar nas visitas domiciliárias, onde consegui ter uma visão mais ampla e próxima da comunidade, visto que, conseguimos visualizar as condições de vida, bem como as necessidades da pessoa e família, de modo a poder intervir de forma mais adaptada possível.

Projeto de crianças e jovens em Risco

A nível deste projeto houve a oportunidade de participar numa reunião da equipa multiprofissional, constituída por uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, uma assistente social, uma psicóloga, e um membro da Comissão de proteção de crianças e jovens em risco, onde se faz a discussão dos casos que estão a ser acompanhados, bem como a descrição de intervenções a ser efetuada em cada um dos casos.

Com o envolvimento nesta atividade, houve um enriquecimento do conhecimento referente à identificação de situações de risco e formas de articulação com os demais parceiros, disposto a uma intervenção eficiente e eficaz nos problemas da comunidade.

Em suma, relativamente ao regulamento nº 428/ 2018 das competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária nomeadamente a terceira competência “Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356) e a participação nas atividades desenvolvidas no âmbito dos vários programas desenvolvidos pela UCC, desta forma foi assim adquirida a unidade

de competência “3.1- Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356).

6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

No decorrer do estágio desenvolvi atividades no âmbito da intervenção comunitária ao nível dos Cuidados Saúde Primários. Porém, apesar desta experiência profissional ter contribuído para o meu desenvolvimento de competências, ainda há muito a fazer para a aquisição de saberes e desenvolvimento de competências, pelo que tendo em conta a classificação de Benner (2001), considero que me encontro numa “fase inicial” do nível de principiante avançado.

Como a aquisição de competências é um processo contínuo em constante evolução, acredito que a realização do estágio de intervenção comunitária, contribuiu para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2009).

De acordo com o Regulamento nº 428/2018, de 16 de Julho a primeira competência para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária estabelecida pela OE é: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p. 19355). Para a obtenção desta competência tem por base a aquisição de cinco unidades de competência (OE, 2018). Remetendo para a prática, o projeto iniciou-se com a elaboração de um diagnóstico de situação junto das crianças que estão a frequentar o 1º ciclo de escolaridade na Escola Básica de Foros do Arrão. Como já foi mencionado o diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde, constituindo-se um instrumento que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária usa para promover a saúde da comunidade. Assim, o diagnóstico de situação levou à identificação de problemas e necessidades desta população-alvo. Deste modo, com a formulação do diagnóstico de situação foi obtida a unidade de competência: “1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p.19355).

Este relatório foi elaborado com base no Modelo de Sistema de Neuman, sendo uma abordagem de sistema aberto no qual existem diversos *stressores* que poderão atingir as linhas de defesa e de resistência e desse modo afetar o equilíbrio do sistema cliente, neste caso as crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão.

Posto isto, após o diagnóstico de situação, de forma a dar prioridades às necessidades da população em estudo foi necessário recorrer a critérios de hierarquização de Stanhope & Lancaster (2011) onde foi estipulado como diagnóstico prioritário “Grupo com Obesidade”. Assim foi alcançada a unidade de competência: “1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p. 19355). Posteriormente, os objetivos e estratégias foram definidos com a finalidade de melhorar o estado de saúde da comunidade. Deste modo, foi conseguida a

unidade de competência: “1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização em saúde estabelecidas” (OE, 2018, p. 19355). De seguida estabeleceu-se um projeto de intervenção de saúde comunitária alcançando assim a unidade de competência: “1.4 Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2018, p. 19355). Depois da execução das intervenções foi efetuada a sua avaliação através dos indicadores de avaliação e de resultado, bem como igualmente as estratégias usadas foram avaliadas através de questionários de avaliação. Com isto, foi alcançada a unidade de competência: “1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados” (OE, 2018, p. 19355).

Tendo em conta o Regulamento nº 428/2018, a OE define como segunda competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p. 19356). Para a obtenção desta competência tem por base três unidades de competência: “2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades de consecução de projeto de saúde e ao exercício da cidadania; 2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais; 2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (OE, 2018, p. 19356). Assim sendo, também foi alcançada visto que liderei um processo comunitário com vista à capacitação de um grupo, neste caso as crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão, convocando parceiros da comunidade e num projeto dirigido a esse grupo, mobilizando também conhecimentos na área, da comunicação, das ciências e educação nesse processo de capacitação.

Seguindo o mesmo regulamento a terceira competência diz respeito a “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356). Para a obtenção desta competência tem por base uma unidade de competência: “3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p. 19356). Assim sendo esta competência também foi alcançada uma vez que o meu projeto de intervenção comunitária integra-se em programas nacionais e regionais, especificamente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, no Programa Nacional de Saúde Escolar e no Programa Regional do Alentejo para a Promoção da Alimentação Saudável.

A quarta competência definida para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018, p. 19357) e para a aquisição desta competência tem por base uma unidade de competência: “4.1.Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa

determinada área geodemográfica” (OE, 2018, p. 19357). Tendo em conta esta competência também foi alcançada uma vez que, foi determinada uma população alvo, as crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão, que pertencem a uma área geográfica, no distrito de Portalegre no concelho de Ponte de Sôr. Depois de definida a população alvo e com intuito de recolha de dados epidemiológica, foram aplicados dois instrumentos de recolha de dados, a entrevista e avaliação estado-ponderal.

Durante o percurso académico, a mobilização do conhecimento teórico de todas as variadas disciplinas, possibilitou que o ensino clínico possuísse um suporte pertinente e adequado de responder aos desafios que iam surgindo com a intervenção comunitária.

Todo este enquadramento deu evidência à Enfermagem Comunitária e à interação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária com grupos da comunidade no processo de capacitação, promovendo a saúde de forma globalizante.

CONCLUSÃO

A prática de atividade física assume um papel fulcral ao nível do crescimento e do desenvolvimento saudável das crianças. A promoção de comportamentos alimentares saudáveis e da prática de atividade física é essencial para a prevenção de problemas de saúde.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a educação e a promoção da saúde são contributos dos enfermeiros, melhoram o estado de saúde da população, pois estes são os profissionais de saúde que ocupam uma posição diferente para intervir concretamente e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

Assim, o enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária tem um papel essencial neste âmbito na medida em que, é da sua competência cooperar no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária em contexto escolar é fundamental para a promoção de conhecimentos e bons hábitos saudáveis, uma vez que os jovens que adotam estilos de vida saudáveis, nomeadamente a prática regular de exercício físico têm maior probabilidade de a manter durante toda a vida (DGS, 2006).

Ao longo deste estágio, foi possível vivenciar experiências no contexto comunitário, utilizar a perspetiva do modelo sistémico de Betty Neuman e aplicá-la na prática como estrutura de suporte da intervenção comunitária e também a execução das diferentes etapas da metodologia do planeamento em saúde, o que veio contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Para a obtenção de evidência científica em enfermagem, para fundamentar as opções a serem adotadas na intervenção desenvolvida, foi realizada uma *Scoping Review*.

Com este projeto de intervenção pretendeu-se facultar informações para que estas crianças possam adquirir hábitos para uma vida saudável, nomeadamente a prática regular da atividade física.

Os resultados obtidos deste trabalho estão em concordância com a bibliografia consultada, pois realçam a importância das intervenções em contexto escolar para a promoção de bons hábitos de vida saudáveis. As escolas, pela função educativa e ser um lugar por excelência para desenvolver promoção da saúde, neste caso a promoção da importância da prática da atividade física. Devem manter também a colaboração com os pais e encarregados de educação, de um modo flexível e que possibilite executar atividades em conjunto com as crianças, fora do ambiente escolar.

Relativamente à continuidade do projeto pretende-se que seja alargado a outras escolas do concelho ao nível do 1º ciclo de ensino básico.

Para concluir deixo a minha vontade de vir a trabalhar ao nível da comunidade escolar com este tipo de projetos, visto que hoje são crianças e amanhã serão adultos, para que se tornem pessoas capacitadas nas suas escolhas, particularmente em saúde e que cooperem ativamente na comunidade e no seu percurso de vida, com escolhas saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, 8-14. Acedido a 4 de Abril de 2019 em <http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWW-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- Anderson, E. & McFarlane, J. (1988). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. New York: JB Lippincott.
- Anderson, M. & Butcher, E. (2006). Childhood obesity: trend and potencial causes. *Future Child*, 16(1), pp. 19-45.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70.
- Batalha, A., et al. (2012). *Dança e Controlo da Obesidade: Via de Acesso à Vida Saudável*. Atividade Física, Saúde e Lazer – O Valor formativo do jogo e da brincadeira, p.279-286. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- Batista et al. (2012). O processo de ensino e de aprendizagem através dos jogos educativos no ensino fundamental. *Colloquium Humanarum*, n. Especial (9), pp.975-982.
- Beckenkamp, D. & Moraes, M. (2013) A utilização dos jogos e brincadeiras em aula: uma importante ferramenta para os docentes. *Revista Digital*. Buenos Aires, (186).
- Benner, P., Queirós, A., Lourenço, B. & Dias, A. (2005). *De Iniciado a perito: Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardino, D., Silva, I. B., & Figueiredo, M. C. (2013). O empoderamento em enfermagem comunitária: análise de um contexto. *Revista da UIIPS*, 4 (1), p.182-197.
- Branco, A. (2001). Cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp.5–12. Acedido a 22 de Dezembro de 2018 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%20-%20RSPSP%20-%20v19%20tematico%20a02%20-%20p.5-12.pdf>
- Bulechek et al. (2008). *Nursing interventions classification (NIC)*, 5ª Ed.
- Campos, C; Faria, P. & Santos, A. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*, Universidade Federal de Minas Gerais, 2ª Ed., Belo Horizonte: Nescon, Coopmed.

Campos, M. (2005). *A importância do jogo na aprendizagem*. Acedido a 9 de Maio de 2019 em <http://www.psicopedagogiaonline.com.br>

Carvalho *et al.* (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, pp. 148-156.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. (1ª Edição). Loures: Lusociência

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14 de Maio de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38, I Série*, 22 de Fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 3618-A/2016. Aprovação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. *Diário da República, n.º 49, II Série*, 10 de março de 2016. Ministério da Saúde. Lisboa.

DGS (2005) Plataforma Contra a Obesidade. Acedido a 13 de Maio de 2019 em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>

DGS (2006). Atualização das curvas de Crescimento. Circular Normativa Nº05/DSMIA.21/02/06.Lisboa.DGS

DGS (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://pns.dgs.pt/>

DGS (2015). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Edição Direção Geral da Saúde. Lisboa. Acedido a 2 de Março de 2019 em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>

DGS (2015). *Programa Nacional De Saúde Escolar*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Março de 2019 em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

- DGS (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar* (ENPAF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2019). *Plano de ação para a Literacia em saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 30 de Outubro de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: IHMT/UNL.
- Fawcett, J. (2011). *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Figueiredo, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 2 de Março de 2019 em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Freese, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5.ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Gil, C. (2010). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6 edição. São Paulo: Atlas .
- Green, J. & Tones, K. (2010). *Health promotion: planning and strategies*. 2ª edição. Londres. SAGE Publications,
- Hilbert *et al.* (2008). Primary prevention of childhood obesity: an interdisciplinary analysis. *Obesity facts*, 1(1), pp. 16-25.
- Imperatori, E. & Giraldes, R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Kishimoto, M. (2006). *O Brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira.

- Lopes, L., et al. (2012). *A Importância do Recreio Escolar na Atividade Física das Crianças*. Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar, p.65-79. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- Mozzato, A. & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo com Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, 4 (5), pp. 731-747.
- National Association of School Nurses (2016). *The Role of the 21st Century School Nurse*. Silver Spring. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smId/824/ArticleID/87/Default.aspx>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ª ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora
- Oliveira, R. (2007). *Educação infantil: fundamentos e métodos* (3. ed.). São Paulo: Cortez.
- Oliveira, A. & Oliveira, T. (2011). *Elementos de Estatística descritiva*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2007) - *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido a 8 de Maio de 2019 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® – Versão 2 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (1986). *A promoção da saúde - A Carta de Ottawa*. Canadá: OMS. Acedido a 3 de Março de 2019 em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Aging: exploding the myths*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2011). Obesity and Overweight. Fact sheet No 311.

Pereira, M. (2000). Promoção da saúde na educação pré-escolar – conceções e práticas das educadoras de infância em educação para a saúde. Dissertação para obtenção do grau de mestre, Faculdade de medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Pinto, C., (2013). Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos. Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

PORDATA (2018). População residente em Ponte de Sôr por grupo etário. Acedido em 10 de Outubro de 2019 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª ed., Lisboa: Gradiva.

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República nº 135, II Série, 16 de Julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.

Rito *et al.* (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal*. Lisboa. Acedido a 17 de Julho de 2019 em http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf

Rojas *et al.* (2014). Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil: una revisión sistemática. *Hacia promoc. salud.*, 19(2),pp. 111-126.

Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros - Os Enfermeiros como Beneficiários dos Cuidados*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Scottsdale School Nurses (2006). *Scottsdale School Nurses*. Health Services: Mission Statement of Scottsdale School Nurses. Acedido a 5 de Março de 2019 em <http://susd.schoolfusion.us/modules/cms/pages.phtml?pageid=102548&sessionid=28327201c0a6cef6ef470937fa99764b>

Silva *et al.* (2007). - Obesidade Infantil. Montes Carlos: CGB Artes Gráficas.

- Silva, D. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. Revista Millenium. ISSN: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a 13 de Maio de 2019 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%A2ncias%20de%20enfermagem.pdf>.
- Silva, D. (2006). Benefícios e Riscos da Atividade Física Regular. *Atividade Física, Saúde e Lazer – A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*, p.117-130. Lisboa: Lidel.
- Silva, F. (2013). *Intervenção no doente mental em crise*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14637/1/Relat%C3%B3rio.pdf>
- Silva, M. (2012). *A Atividade Física: Seu Contributo para a Promoção da Saúde*. Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar, p.45-54. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Tomey, M. & Alligood, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Tripodi *et al.* (2011). "Community projects" in Modena (Italy): promote regular physical activity and healthy nutrition habits since childhood. *Int J Pediatr Obes*. 2:54-6.

ANEXOS

ANEXO I- Projeto de Intervenção individual



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**



“CRIANÇAS EM MOVIMENTO”

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Autora:

Márcia Rodrigues N.º170400155

Orientadora:

Professora Doutora Alcinda Reis

Santarém, Março de 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem
Comunitária**



UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“CRIANÇAS EM MOVIMENTO”

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Autora:

Márcia Rodrigues N^o170400155

Orientadora:

Professora Doutora Alcinda Reis

Santarém, Março de 2019

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

1º - primeiro

Art.º - Artigo

DGS- Direção Geral de Saúde

E1- Entrevistado 1

E2-Entrevistado 2

Et al. – entre outros

f.- Folha

IMC- Índice de Massa Corporal

Kg- Kilo

Kg/m²- Kilo por metro quadrado

m- metro

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- Página

PNS- Plano Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de recursos assistenciais partilhados

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	9
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
1.1- A IMPORTANCIA DA ATIVIDADE FISICA NAS CRIANÇAS.....	11
1.2-INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE COMUNITÁRIA.....	13
2- CARATERIZAÇÃO DA UCC E DA POPULAÇÃO DE PONTE DE SÔR	18
3- DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
3.1- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.....	23
3.2-DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	28
3.3-PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	31
4 – DENOMINAÇÃO DO PROJETO	33
4.1- JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	33
4.2- OBJETIVOS DO PROJETO.....	33
4.3- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	34
5 - PLANO DE ATIVIDADES A DESENVOLVER	34
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	44
ANEXO I- Cronograma geral de atividades -.....	45
ANEXO II- Consentimento informado aos informantes-chave.....	49
ANEXO III- Entrevista ao informante-chave (Enfermeira Cooperante).....	51
ANEXO IV- Análise de Conteúdo da entrevista ao informante-chave.....	54
ANEXO V – Entrevista ao informante-chave (Professora).....	58
ANEXO VI - Análise de Conteúdo da entrevista ao informante-chave	61

ÍNDICE DE FIGURAS

f.

Figura 1- Mapa do Concelho de Ponte de Sôr e freguesias do concelho do Ponte Sôr.....	20
Figura 2- Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) da população infantil portuguesa (6-8 anos) do estudo COSI Portugal 2016, por região.....	24
Figura 3 - Número de horas que a criança despende a utilizar um computador em jogos eletrónicos durante a semana no estudo COSI Portugal 2016, por região.....	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

f.

Gráfico 1 – População residente em Ponte de Sôr por grupos etários.....	21
Gráfico 2 – Resposta à questão “Quantas crianças se deslocam para a escola a pé, de carro ou autocarro?”	26
Gráfico 3 - Resposta às questões “Que tipos de atividades desportivas fazem na escola? E com que frequência? ”	26
Gráfico 4 - Resposta às questões “Além das atividades desportivas praticadas em contexto escolar, quantos alunos praticam alguma atividade física ou de lazer fora da escola? e Que tipo de atividades?”	27
Gráfico 5 - Resposta à questão “Durante a semana, com que frequência as crianças passam sentadas a ver televisão, ao computador ou jogar vídeo ou outros?”	27
Gráfico 6 - Distribuição das crianças por percentil de IMC.....	28

ÍNDICE DE QUADROS

f.

Quadro 1- Distribuição das crianças por ano de escolaridade, idade, peso, altura e IMC.....27

ÍNDICE DE TABELAS

f.

Tabela 1- Determinação de Prioridades de acordo os critérios de Stanhope & Lancaster (2011).....	31
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde Santarém, na Unidade Curricular de estágio e relatório de intervenção comunitária, foi-me proposta a realização de um projeto de estágio individual. Para a realização deste trabalho estiveram subjacentes as etapas do planeamento em saúde.

No seguimento do processo iniciado no estágio anterior, no qual se preconizava o desenvolvimento de competências e saberes especializados, no âmbito do diagnóstico de enfermagem comunitária, este estágio é dirigido para a intervenção na comunidade.

O estágio II vai ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Ponte de Sôr, ao longo de 18 semanas, no período de tempo compreendido entre 4 de Março e 21 de Junho de 2019.

Em relação às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pretendesse atingir as seguintes:

- Demonstrar conhecimentos na conceção metodológica de programas de intervenção em enfermagem comunitária;
- Trabalhar em equipa multidisciplinar em contextos no âmbito da enfermagem comunitária, na especificidade da comunidade e no sistema de saúde português, em geral segundo a filosofia e princípios de uma abordagem integrada;
- Estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Este trabalho tem como objetivo realizar um projeto de intervenção em cuidados especializados em enfermagem comunitária, propondo um plano de atividades e a execução das intervenções que vão ser efetuadas neste estágio. Assim os objetivos específicos deste estágio são:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Relativamente ao relatório, os objetivos específicos são:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Em reunião com a Enfermeira coordenadora da UCC e a Enfermeira cooperante foi-me proposta a realização de um projeto de intervenção relativo à promoção para a prática de atividade física aos alunos do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão. Esta temática será integrada no âmbito do projeto “A minha lancheira”, parte integrante do plano de ação da UCC. A escolha deste grupo de crianças foi devido ao fato que apenas este ano letivo está a ser desenvolvido este projeto e ainda haver algumas crianças com excesso de peso e obesidade, precisando assim de mais intervenções no âmbito desta temática.

Para identificar as necessidades específicas dos 15 alunos do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão com idades entre os 7 e os 15 anos foi efetuada uma entrevista semiestruturada à enfermeira Cooperante e responsável pelo projeto, à professora e uma avaliação estato-ponderal destas crianças e posterior avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC).

Com este projeto e na continuidade das atividades da UCC já desenvolvidas no âmbito do plano de ação do projeto “A minha lancheira” do seu plano de ação, pretende-se avaliar os hábitos relacionados à atividade física destas crianças com o intuito de promover a prática da atividade física, ou seja, capacitar e motivar as crianças do 1º ciclo para hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a prática da atividade física.

A sistematização estrutural deste projeto compreende-se em quatro partes principais: a primeira parte refere-se aos conceitos teóricos fundamentais para melhor entendimento da temática, a segunda parte que diz respeito à caracterização da UCC e da população de Ponte de Sôr, a terceira parte onde inclui a denominação do projeto, a justificação e os objetivos do mesmo bem como as estratégias a adotar e por último o plano das atividades a desenvolver.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1- A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CRIANÇAS

Na atualidade, a Saúde Escolar é essencial na melhoria dos determinantes de saúde que comprometem anos de vida perdidos e, posteriormente, o aumento do número de anos de vida saudável das pessoas (Plano Nacional de Saúde Escolar, 2014).

As crianças com hábitos de vida saudáveis aprendem melhor, tendo vidas mais produtivas e contribuindo ativamente para a sociedade. Deste modo pretende-se que a participação escolar tenha um papel fulcral para promover escolhas mais saudáveis nas crianças e jovens (DGS, 2015).

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), menciona que no âmbito estratégico, a melhoria do nível de literacia em saúde e o crescimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar (DGS, 2015).

A saúde escolar procura proteger a saúde de crianças e jovens face à complexidade de comportamentos, salvaguardando os mais vulneráveis. Deste modo “a intervenção significa uma intervenção holística de saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo” (PNSE, 2015, p.10).

O PNSE, refere que a Alimentação saudável e a Atividade Física como sendo dois determinantes fundamentais para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo que as intervenções devem ir procurar o conhecimento de várias disciplinas, potenciando decisões de consumo alimentar saudável e práticas de atividade física regular em idades precoces (DGS,2015).

No que diz respeito à Atividade Física podemos defini-la como toda

“a atividade muscular ou motora que uma pessoa assume. É tudo o que implica movimento, força ou manutenção da postura e que resulta num dispêndio de energia. A atividade física espontânea e informal, não é estruturada e pode ser executada nas atividades de lazer, domésticas, entre outras. Exercício físico é toda a atividade física programada ou organizada: obedece a um esquema prévio, tem objetivos, tem regras de intensidade e de progressão” (Silva,2012, p.48).

O exercício físico para as crianças não é só um meio através do qual obtêm diversos tipos de conhecimentos e de habilidades motoras, cognitivas, mas também acarretar-lhes benefícios fisiológicos, ao nível do crescimento físico, psicológicos (como, por exemplo, redução da ansiedade e aumento da autoestima) e contribuir ainda para uma melhor integração social. É um fato que atualmente o exercício físico é considerado indispensável na

promoção e na adoção de um estilo de vida saudável.

Silva refere que “a vantagem da prática regular de exercício físico é que este não apenas promove modificações benéficas no estado de saúde, como melhora os índices de aptidão física” (2006, p.120).

Posto isto, a prática de atividade física em conjunto com a prática de uma alimentação saudável são fundamentais para a manutenção de um peso corporal adequado e equilibrado, pois de acordo com os autores Batalha *et al.* o exercício físico beneficia “a saúde e a condição física, facilitando a adaptação às necessidades da vida diária, prevenindo a degeneração da saúde e o aparecimento da obesidade, promovendo a qualidade de vida” (2012, p.282).

Por este motivo, a prevenção da obesidade deve iniciar-se durante a infância e juventude com a moderação do ganho de peso, visto que essas fases etárias são críticas do desenvolvimento das crianças e jovens obesos. O Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO) (2005) menciona a obesidade como uma doença crónica, com maior prevalência nos países desenvolvidos, incluindo homens e mulheres de todas as idades, sendo classificada como a segunda causa de morte passível de prevenção. Segundo a mesma fonte a obesidade também é considerada como um problema de saúde pública, exigindo uma estratégia que compreenda a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa.

A nível nacional, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2016), com a perspectiva de implementar entre 2016 e 2019, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS), extensão 2016-2020 de forma a dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar, tem assim como missão diminuir os níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário.

Esse programa considera a inatividade física como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis, sendo este um importante problema de saúde pública (DGS, 2015).

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de atividade física nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que reconheçam as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo o sedentarismo” (DGS, 2016, p.6).

Segundo o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2016), existe diferença entre atividade física, exercício físico e desporto que se torna importante mencionar

na medida em que atividade física contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo, resultando num dispêndio de energia acima dos valores de repouso, o exercício físico diz respeito toda a prática realizada com um objetivo específico, e o desporto está geralmente relacionado ao jogo e à competição (DGS, 2016). A mesma fonte diz ainda que a escola tem um elevado potencial para motivar os jovens para a atividade física, transmitindo conhecimentos, atitudes e habilidades motoras necessárias para a manutenção de estilos de vida ativos.

Segundo a OMS, a promoção de saúde define-se como um processo que visa tornar a pessoa habilitada a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde (OMS,2009).

Portanto, a promoção da saúde é o processo de interiorização da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, para que cada pessoa atinja um completo bem-estar físico, mental e social é necessário ter conhecimentos para satisfazer necessidades e modificar comportamentos.

Assim, a promoção do exercício físico na infância e juventude é essencial, uma vez que poderá ser considerado como uma estratégia preventiva de alguns fatores de risco que pode ser melhor sucedida se for iniciada desde logo cedo, pois “de facto, a promoção da atividade física nestes escalões etários parte do pressuposto de que uma vez adquiridos os hábitos, estes se mantêm estáveis ao longo da vida dos sujeitos” (Lopes, 2008, p.125).

1.2-INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é centralizada na comunidade, uma vez, que este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisão perante os problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o Artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, são:

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde de uma comunidade;
- Colaborar de forma a capacitar grupos e comunidades;
- Integrar e coordenar programas de saúde de modo a atingir os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde;
- Executar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária enquanto elementos das equipas de saúde escolar é fundamental no desenvolvimento do processo da promoção da saúde em meio escolar partilhando saberes, utilizando estratégias que permitam otimizar as relações com a família, grupos e comunidades, no sentido de maximizar os ganhos em saúde.

Segundo o National Association of School Nurses (NASN) (2016), a presença do enfermeiro nas escolas é uma mais-valia para o estabelecimento de ensino, visto que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar tendo em contas as necessidades reais identificadas.

Para a Scottsdale School of Nurses (2006), o enfermeiro na saúde escolar deverá cooperar com os recursos da comunidade, promovendo comportamentos saudáveis que contribuam para a saúde das crianças e suas famílias. O Enfermeiro especialista deve avaliar as necessidades, planear as intervenções e avaliar os resultados, participar no planeamento, execução e avaliação do programa de saúde escolar, promover aconselhamento em saúde ao indivíduo e ao grupo e defender os direitos da saúde da criança e suas famílias, ao nível do ambiente escolar e na comunidade em geral.

Para contribuir para a promoção e proteção da saúde assim como para o sucesso educativo das crianças e jovens é fundamental o trabalho em equipa com a comunidade educativa e com as famílias.

Segundo Pinto, o *empowerment*

“não é uma coisa que se recebe, ou que se dá a alguém, uma vez que o poder também não é um objeto [...] é um processo de transformação através da ação, através do qual cada sujeito se torna verdadeiramente participante do seu destino individual e da comunidade de que faz parte, o que implica um trabalho, quer sobre si mesmo quer com os outros” (2013, p.51).

O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo assim o eixo principal da promoção da saúde, tendo como principais vantagens: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes propiciam poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Samarasinghe, Fridlund e Arvidsson, 2010, citados por Figueiredo, 2013).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 apresenta quatro aspetos fundamentais, para que os cidadãos possuam uma cultura de cidadania: “promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências para que se tornem mais autónomos e responsáveis na sua saúde e como cuidadores” (DGS, 2012,p.12).

Assim, um dos objetivos do PNS passa por promover a participação e o *empowerment* das pessoas, dando realce ao entendimento por parte dos decisores políticos, reforçando que as mudanças obtidas através do *empowerment* podem ser evidência suficiente de um programa bem-sucedido, pretendendo mudança tanto a nível da própria cultura do sistema de saúde, quer a nível das atitudes dos profissionais (DGS, 2012).

As escolhas sobre saúde e bem-estar da pessoa, são feitas pelo próprio cidadão, ou seja este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria saúde, melhorando-a (Bernardino *et al.*, 2013).

A prática de *empowerment* junto das crianças e dos pais evidencia-se como um processo indispensável para que se adquira conhecimentos e desenvolvesse capacidades, que lhes confira maior autonomia e responsabilização pelo seu processo de saúde, através da escolha fundamentada, no sentido da mudança para estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente a prática do exercício físico.

Como suporte na intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária irei utilizar o Modelo Teórico de Betty Neuman pois este centra-se na teoria geral dos sistemas e demonstra a natureza dos organismos vivos, enquanto sistemas abertos em constante interação com stressores ambientais (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em consideração a problemática em estudo da prática da atividade física junto das crianças do 1º ciclo e a necessidade de prevenção com a maior rapidez possível, no sentido de transmitir conhecimentos e proporcionar hábitos de vida saudáveis e assim como é mencionado pelo PNSE (2015), ao referir que a saúde deve ser gerada e vivenciada pelas pessoas na sua vida diária, na interação dos ambientes (comunidade) e as pessoas.

Segundo Freese (2004), o modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Segundo Neuman & Fawcett (2011) é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da Enfermagem, em que se relacionam as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual. Este modelo assenta em quatro conceitos fulcrais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. O conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, sendo este o alvo de estudo da população, criando um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e a pessoa. Compreende-se, portanto, que este é considerado um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

No que se refere ao conceito de saúde, esta é considerada por Neuman de natureza dinâmica e sujeita constantemente à mudança. Assim, “o bem-estar (...) indica que as

necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Tomey & Alligood, 2004, p.340).

O conceito de Ambiente reporta-se a contextos externos mas também a contextos internos. Neuman destaca a importância conceptual do stress enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, que aumenta a necessidade de reajustamento e adaptação aos novos problemas (Neuman & Fawcett, 2011).

Segundo Tomey & Alligood, “os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340), assim o ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema da população alvo em estudo.

Este modelo assenta no princípio da reação ao *stress* e fatores que envolvem a adaptação ao sistema, permitindo compreender os fatores desencadeantes pela identificação dos *stressores*, e ainda planear a intervenção de enfermagem para a resolução de problemas de forma a restituir o bem-estar (Silva, 2013).

Assim sendo, o sistema cliente alvo em estudo (15 crianças do 1º ciclo da Escola de Foros de Arrão) é visto como um sistema que pode ajustar-se ao ambiente, ou ajustar o ambiente a si mesmo. O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. Este sistema é representado por uma estrutura básica, que inclui fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. Este sistema é apresentado como estado envolto em linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema.

Estas linhas são definidas por Neuman como: a Linha Flexível de Defesa; a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência (Neuman & Fawcett, 2011). A Linha Flexível de Defesa (mais externa), previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de *stress* funcionando, como uma barreira, mantendo o sistema cliente protegido das primeiras reações a *stressores*; a Linha Normal de Defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, que consiste na interação das variáveis do cliente aos fatores de *stress*. Por último, as Linhas de Resistência (linhas mais internas), são ativadas involuntariamente, quando um fator de *stress* invade a Linha Normal de Defesa, procurando estabilizar o sistema.

Neuman definiu ainda três níveis de intervenção: a intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências à exposição a determinados fatores de *stress*; a intervenção secundária, que resulta das alterações que ocorrem entre os recursos internos e externos do cliente, de modo a utilizar as estratégias que tem como objetivo a reconstituição do equilíbrio do sistema e por último, a intervenção terciária que resulta da utilização dos

recursos do cliente de forma a prevenir novas reações aos *stressores* ou até mesmo a regressão, com o objetivo de manter o equilíbrio alcançado (Neuman & Fawcett, 2011).

Posto isto remetendo para a prática, é essencial uma intervenção primária, junto das crianças do 1º ciclo de Foros de Arrão, bem como secundária e terciária por existirem alunos com excesso de peso e com obesidade e porque existe sempre o risco da adesão relativamente a aquisição de hábitos saudáveis, neste caso a nível da prática da Atividade física.

2- CARATERIZAÇÃO DA UCC E DA POPULAÇÃO DE PONTE DE SÔR

Para que se consigam traçar metas e objetivos mensuráveis é importante conhecer o local onde decorre o ensino clínico. Desta forma, neste capítulo será dada a conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte Sôr, bem como será feita a caraterização da área de intervenção da UCC.

Nos últimos trinta anos, a evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal conheceu várias fases, os centros de saúde têm constituído a infraestrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, envolvendo todo o território nacional (Branco, 2001).

Os CSP têm registado uma evolução dos tempos modernos, assumindo uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, com significativa relevância, na sua prevenção (OE, Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, dá-nos conta desta reestruturação organizativa dos centros de saúde, formando agrupamentos de centros de saúde, bem como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, onde garantem a prestação de cuidados de saúde primários à população definida pela sua área geográfica (Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro, 2018).

O Centro de Saúde da Ponte Sôr está situado no distrito de Portalegre na região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo e integrado no Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede e na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Tem como área de atendimento toda a população da cidade de Ponte Sôr, subdividindo-se por Unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados que engloba as extensões de saúde de Galveias, Longomel, Tramaga e de Vale de Açor e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artº 11º como

“UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Diário da República, 2008, p. 1184).

As UCC são coordenadas por um enfermeiro e são constituídas por equipas multidisciplinares, com a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação

de maior risco ou dependência física e funcional, intervindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, em articulação com as restantes unidades funcionais.

Mais especificamente na UCC da Ponte Sôr a equipa multidisciplinar é constituída por:

- 5 Enfermeiros: 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária; 1 Especialista em Saúde Infantil (a Enfermeira Coordenadora) e 2 de cuidados gerais.
- 2 Assistentes operacionais;
- 1 Médico (apoio na ECCL)
- 1 Assistente técnica;
- 1 Técnica de serviço social, 1 psicólogo, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista e 1 higienista oral (dão apoio sempre que necessário).

O horário de funcionamento desta unidade é de segunda a sexta-feira das 8h às 20 horas e aos sábados, domingos e feriados das 9h às 17h.

Os programas e projetos da carteira de serviços que integram o Plano de Ação da UCC de Ponte de Sôr em articulação com a equipa de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e a unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) são dirigidos aos utentes, às suas famílias e a comunidade, sendo:

- Na intervenção em programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar:
 - Programa Nacional de Saúde Escolar (educação para a saúde a nível dos comportamentos de risco/ consumos nocivos);
 - Projeto “A minha lancheira” (Tem como principal objetivo promover lanches escolares saudáveis através da sensibilização dos pais/encarregados de educação e dos alunos do 1º ciclo para esta temática. Os alimentos a promover são o pão, leite, iogurte e fruta e a despromover os doces/salgados e refrigerantes.)
 - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar e prevenção das doenças orais)
- Na intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade:
 - Rendimento social de inserção;
 - Intervenção precoce na Infância;
 - Comissão de proteção de crianças e jovens em risco (CPCJ);
 - Programa comunitário – diabetes mellitus.
- Na Intervenção com cuidados de reabilitação física a indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores no âmbito da Rede Nacional Cuidados Integrados (RNCCI):

- Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - A ECCI é uma equipa multidisciplinar, que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, ou outros.

- Parceria com outras instituições, em projetos de promoção de estilos de vida saudável dirigidos à população de estilos de vida saudável dirigidos à população ao longo do ciclo de vida.

O projeto de intervenção desenvolvido para este estágio será integrar no projeto “A minha lancheira” incluindo também a prática de atividade física.

O concelho de Ponte Sôr é cidade e sede de concelho, pertence à região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo e ao distrito de Portalegre, abrangendo uma área de 839,71 km². É composto por cinco freguesias (figura 1): Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil e Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. Este concelho é delimitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

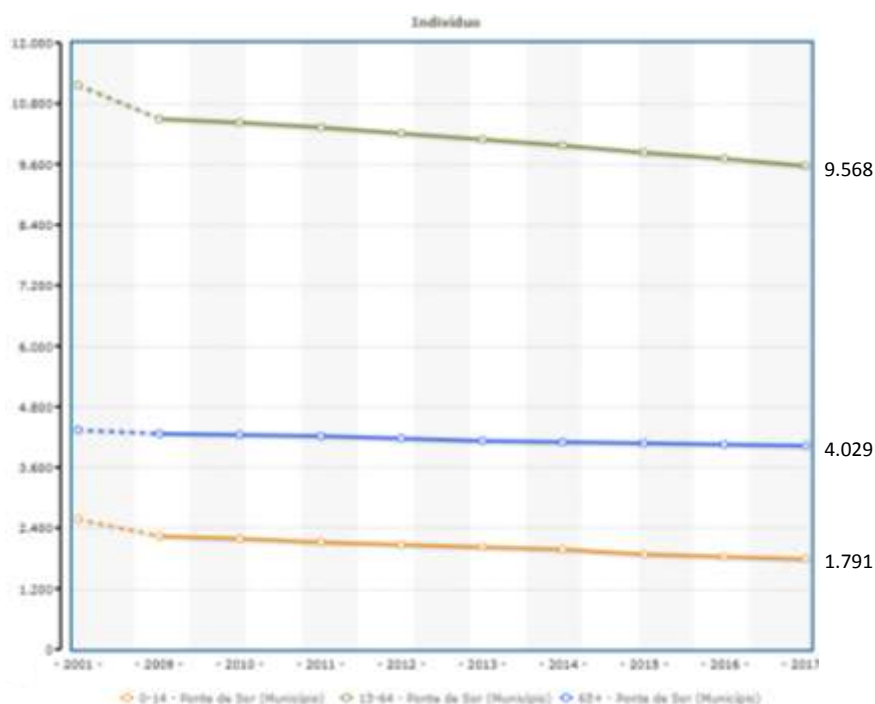


Figura 1- Mapa do Concelho de Ponte de Sôr e freguesias do concelho de Ponte de Sôr.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ponte_de_Sor

Tendo em conta, os dados mais recentes apresentados na PORDATA (2017), a população residente, em 2017, no concelho de Ponte Sôr apresentava 15.387 habitantes. Como podemos verificar no gráfico 1, existe um maior número de habitantes, ou seja, 9.568 correspondente ao grupo etário entre os 15 e 64 anos.

Gráfico 1 – População residente em Ponte de Sôr por grupos etários



Fonte: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

De acordo com o Modelo Sistémico de Neuman, é analisado de acordo com oito subsistemas: Saúde e Segurança, Sócio cultural, Educacional, Comunicação e Transportes, Recreação, Económica e Legislação e Política e Religião (Anderson & McFarlane, 1988; Stewart, 1985 citados por Beddome, 1995).

Relativamente, o concelho de Ponte Sôr e tendo em conta os oitos subsistemas dispõe de:

- Saúde e Segurança - Bombeiros Voluntários, Guarda Nacional Republicana, Policia de Segurança Pública, Unidade Cuidados Continuados Integrados, UCC, UCSP, Urgência Básica, Farmácias, Centros de Fisioterapia e Clínicas Privadas / Consultórios Particulares;
- Sócio cultural – Lares de idosos e Centro de dia com atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, centro de convívio, Centro de Artes e Cultura, Cineteatro;
- Educacional – Jardins de Infância, Escolas de ensino básico e secundário, Centro de Formação Profissional, Universidade Sénior, Biblioteca Municipal;
- Comunicação e Transportes – Estação de Comboios, Estação Rodoviária, Aeródromo de Ponte de Sor;

- Recreação - variados espaços verdes e de comércio, feiras e mercados e associações recreativas, Piscinas Municipais Descobertas;
- Económica - Segurança social;
- Legislação e Política – Tribunal, Câmara Municipal, Junta de Freguesia;
- Religião – Existem várias religiões e várias Igrejas.

3- DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Na área da saúde, tendo em conta Nunes (2016), o planeamento de intervenções deve seguir a metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente a nível da intervenção comunitária.

3.1-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa do Planeamento em Saúde, Diagnóstico de situação, que de acordo com Nunes: o diagnóstico de situação deve ter como principais características ser razoavelmente alargado aos sectores económicos e sociais, de modo a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, principalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes (Nunes, 2016).

Em reunião com a Enfermeira coordenadora e a enfermeira cooperante foi-me proposto intervir ao nível dos alunos do 1º ciclo da escola Básica de Foros de Arrão com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos, com a finalidade de promover a prática da atividade física nas crianças, uma vez que a solicitação de intervenção foi feita por parte da escola e estarem inseridas no projeto “A minha lancheira” no âmbito do Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável. Este programa tem como objetivo delinear estratégias de intervenção na região do Alentejo, articulando-se com as instituições e serviços da sua área de influência, através de ações de educação nutricional, motivacional e prática de atividade física.

Neste âmbito já se registam diferentes atividades desenvolvidas pela UCC noutras escolas, nomeadamente a participação no estudo realizado em Portugal no ano de 2016, cujo nome denomina-se de Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal. Este estudo tem como objetivo criar uma rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação sobre as características do estado nutricional infantil, nomeadamente prevalência de baixo peso, excesso de peso e obesidade das crianças em idade escolar, dos 6 aos 8 anos, do 1º Ciclo do Ensino Básico. É coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em articulação com a Direção-Geral da Saúde e implementado a nível Regional pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) de Lisboa Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Centro e Norte e ainda com as Direções Regionais de Saúde (DRS) dos Açores e da Madeira, concretamente pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM da Madeira.

Relativamente aos dados apresentados por este estudo em 2016, 0,9% das crianças

apresentavam baixo peso, 30,7% excesso de peso e 11,7% obesidade. A maior prevalência de excesso de peso e obesidade foram identificadas nas áreas classificadas como rurais por outro lado na zona semiurbana verificou-se maior prevalência de baixo peso.

A nível nacional as regiões com maior prevalência de obesidade infantil foram os Açores (17,0%), o Norte (13,2%), a Madeira (12,6%), o Alentejo (12,2%) e o Centro (12,1%). As regiões com menor prevalência foram Lisboa e Vale do Tejo e o Algarve com 9,7% e 8,6%, respetivamente (Figura 2).

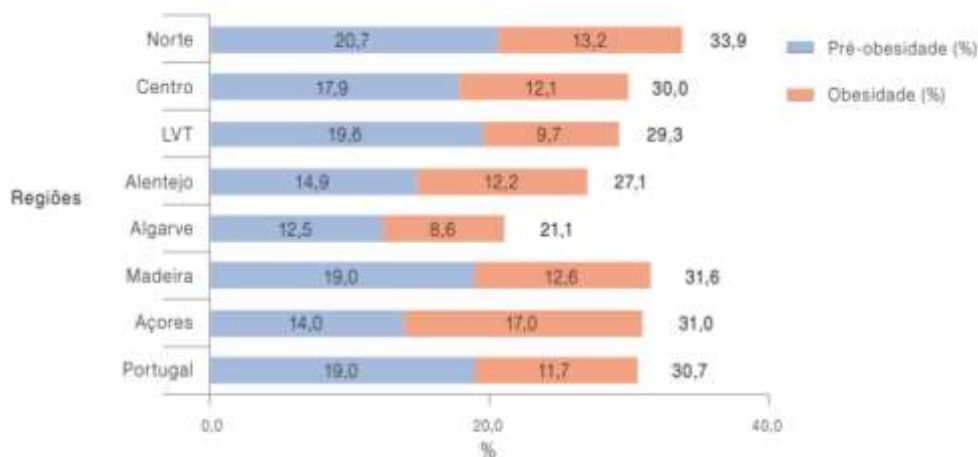


Figura 2- Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) da população infantil portuguesa (6-8 anos) do estudo COSI Portugal 2016, por região.

A nível nacional, em relação ao tempo despendido pelas crianças na realização de atividades sedentárias verificou-se que durante a semana mais de metade das crianças (59,1%) utilizavam o computador cerca de uma hora por dia. Ao fim-de-semana observou-se um aumento de horas despendidas a utilizar o computador para jogos eletrónicos com utilização de duas horas ou mais por dia comparativamente aos dias de semana.

Por outro lado a nível regional, a maioria das crianças, incluindo a população infantil do Alentejo (57,4%), utilizava o computador cerca de uma hora por dia o que vem ao encontro da situação a nível nacional. Já ao fim-de-semana verificou-se que a maioria das crianças usavam o computador três ou mais horas por dia para jogar jogos eletrónicos (Figura 3).

Nº de horas	Região														Portugal (n=6046)	
	Norte (n=1792)		Centro (n=879)		LVT (n=1570)		Alentejo (n=488)		Algarve (n=466)		Madeira (n=456)		Açores (n=388)		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Nunca	270	15,1	125	14,4	216	14,0	54	11,2	51	11,0	27	6,1	31	7,5	774	13,7
Menos de 1 hora/dia	143	8,0	51	5,4	82	5,5	28	5,8	32	6,4	18	3,5	13	3,5	367	6,3
Cerca de 1 hora/dia	1056	59,2	542	62,1	911	57,3	286	57,4	270	59,4	306	66,8	209	53,2	3589	59,1
Cerca de 2 horas/dia	257	13,9	129	14,5	291	18,5	88	18,9	85	18,6	84	18,3	91	24,2	1025	16,4
Cerca de 3 ou mais horas/dia	66	3,8	32	3,6	75	4,8	32	6,7	19	4,6	24	5,3	45	11,5	293	4,5

n - número de casos válidos

Figura 3 - Número de horas que a criança despende a utilizar um computador em jogos eletrónicos durante a semana no estudo COSI Portugal 2016, por região.

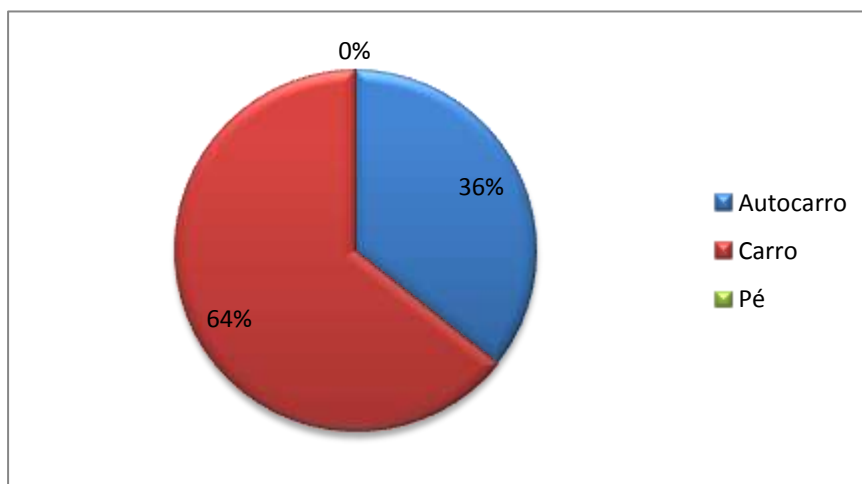
Tendo em conta os dados mencionados anteriormente e de acordo com Fernando de Almeida, presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, ao salientar que os dados do COSI Portugal 2016 “sublinham o percurso muito positivo já feito nesta matéria nos últimos dez anos, mas também a necessidade de continuar a investir no conhecimento do estado nutricional da população escolar, na formação e acesso das populações a profissionais de saúde na área da obesidade infantil, na educação alimentar das famílias, na fiscalização da oferta alimentar em meio escolar e na promoção da atividade física, nomeadamente nos percursos diários entre a escola e casa” (COSI, 2016,p.2), torna-se necessário intervir nesta temática, neste caso a nível das crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros de Arrão, sendo um total de 15 alunos, 9 do sexo masculino e 6 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos.

Para analisar esta necessidade na região de inserção da UCC onde é desenvolvido o estágio foram realizadas duas entrevistas: uma à enfermeira cooperante (Anexo III) e outra à Professora destes alunos visto que é a pessoa que mais tempo passa com eles e conhece os seus hábitos relacionados com atividade física (Anexo V), bem como proceder à avaliação estado-ponderal das crianças e particularmente na avaliação do peso e altura para posterior avaliação do Índice de Massa Corporal no âmbito das atividades desenvolvidas pela UCC.

Da entrevista à enfermeira cooperante (Anexo III) constatou-se que é bastante importante abordar este tema, uma vez que foi solicitado pela escola intervir a nível da promoção do exercício físico e embora a escola tenha implementado a disciplina de educação física é fundamental incentivar brincadeiras ao ar livre como correr e saltar, se possível praticar natação e entre outros desportos, visto que atualmente as crianças passam grande parte do seu tempo livre em atividades sedentárias e visto haver crianças com excesso de peso.

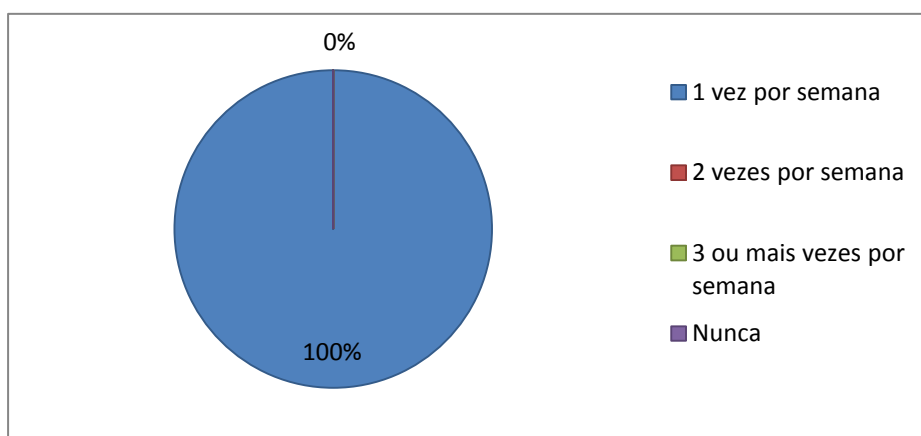
Da entrevista à professora (Anexo V), relativamente aos hábitos de atividade física, constata-se que 5 alunos (36%) deslocam-se para a escola de autocarro e os restantes 10 de carro (64%), como está demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Resposta à questão “Quantas crianças se deslocam para a escola a pé, de carro ou autocarro?”



Em relação à atividade física na escola, esta disponibiliza aulas de Educação Física uma vez por semana (100%), como nos referiu a professora como está evidenciado no gráfico 3. A professora referiu ainda que a adesão e empenho destas crianças a estas aulas é positiva, visto que o professor também os incentiva através de atividades lúdicas.

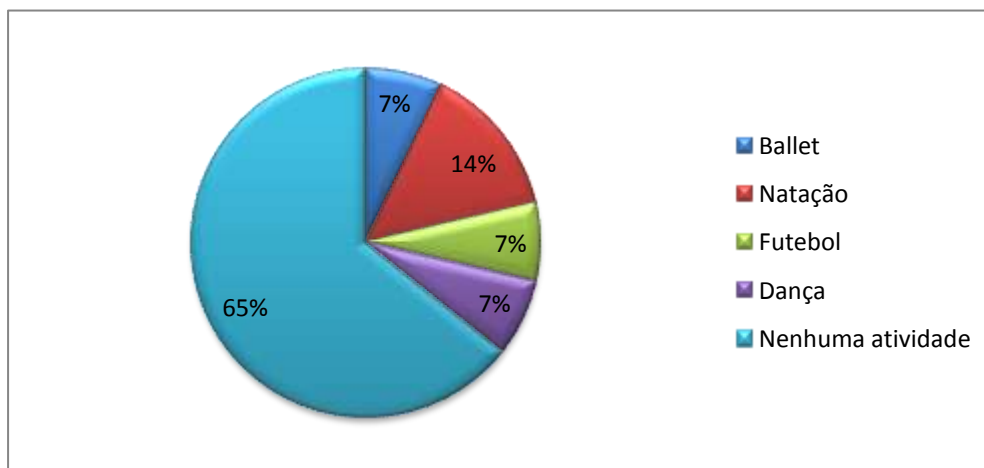
Gráfico 3 - Resposta à questão “Com que frequência têm a disciplina de educação física na escola?”



Quanto à prática de atividade física fora da escola podemos constatar que apenas 5 alunos (35%) têm outras atividades fora da escola, sendo que 2 alunos (14%) praticam

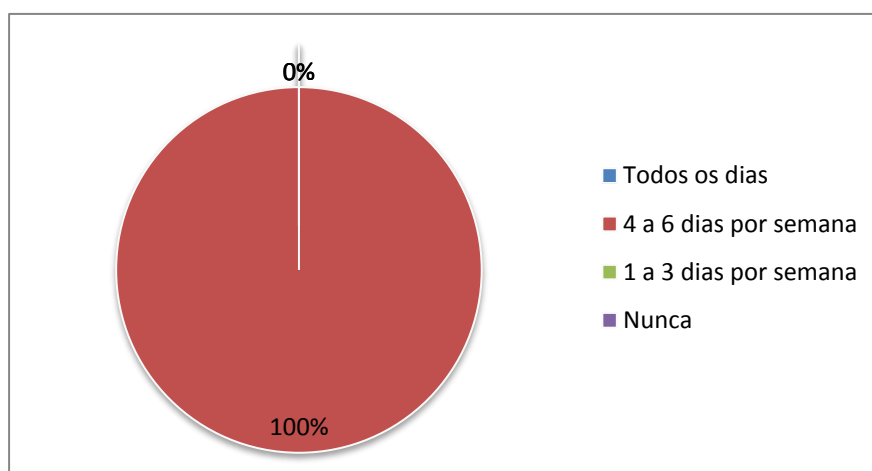
natação, 1 aluno (7%) futebol e 1 aluna (7%) dança e outra Ballet (7%), sendo que os restantes 10 alunos (65%) não praticam qualquer atividade fora da escola, como está evidenciado no gráfico 4.

Gráfico 4 - Resposta às questões “Além das atividades desportivas praticadas em contexto escolar, quantos alunos praticam alguma atividade física ou de lazer fora da escola? e Que tipo de atividades?”



No que diz respeito ao tempo que as crianças despendem em atividades sedentárias como jogar no computador e ver televisão, a professora menciona que estes alunos passam algumas horas sentados a jogar computador e a ver televisão, cerca de 4 a 6 dias por semana (100%) como demonstra o gráfico 5.

Gráfico 5- Resposta à questão “Durante a semana, com que frequência as crianças passam sentadas a ver televisão, ao computador ou jogar vídeo ou outros? ”



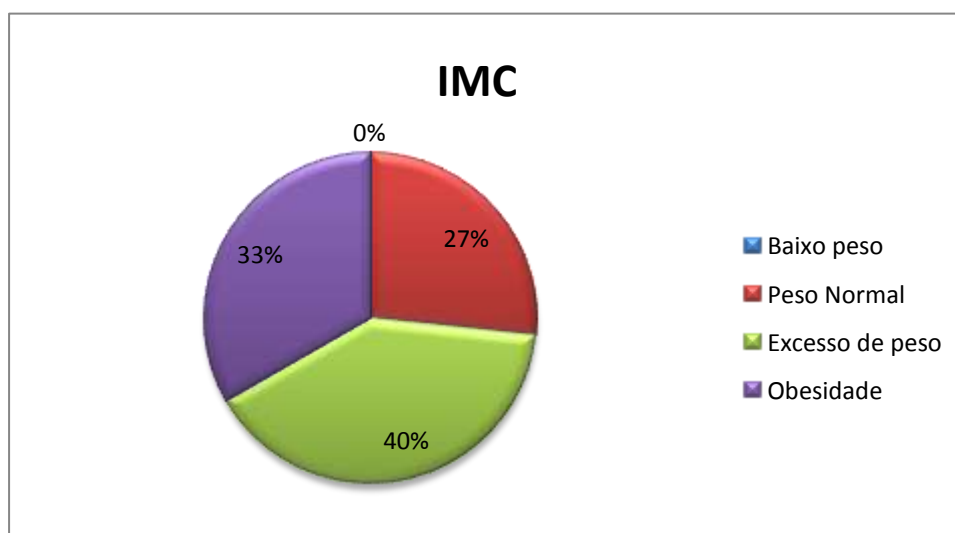
A avaliação estato-ponderal foi realizada com o auxílio de uma balança e estadiômetro. Após a avaliação estato-ponderal das 15 crianças foi calculado o Índice Massa Corporal (IMC). Tendo em conta os dados abaixo apresentados na tabela 1 podemos verificar que o peso varia entre 24 e 58,8 kg, a altura entre 1,22 e 1,52 m e o IMC entre 14,65 e 29, 15 Kg/m²

Em relação ao IMC constata-se através do gráfico 6 que apenas cerca de 4 crianças (27%) apresenta peso normal e as restantes 11 crianças apresentam excesso de peso e obesidade (40% e 33% respetivamente).

Quadro 1- Distribuição das crianças por ano de escolaridade, idade, peso, altura e IMC.

Ano Escolaridade	Idade	Sexo	Peso (kg)	Altura (m)	IMC(kg/m ²)
1º ano	7 anos	Feminino	24	1,23	14,96
	7 anos	Feminino	32	1,27	19,22
2º ano	7 anos	Feminino	25,5	1,22	17,76
	7 anos	Feminino	25	1,27	14,65
	7 anos	Masculino	32,5	1,35	17,82
	8 anos	Masculino	35,5	1,43	18,37
3º ano	8 anos	Masculino	40	1,32	22,96
	9 anos	Masculino	58,5	1,48	29,15
	9 anos	Masculino	55,5	1,41	26,28
	9 anos	Masculino	49,5	1,40	25,15
4º ano	9 anos	Masculino	36	1,44	17,60
	9 anos	Feminino	28	1,34	15,52
	9 anos	Masculino	38,5	1,36	20,54
	10 anos	Masculino	46,5	1,45	22,52
	11 anos	Feminino	52,5	1,52	23,37

Gráfico 6- Distribuição das crianças por percentil de IMC.



De forma adquirir um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos respectivos fatores que a condicionam, é necessário elaborar um Diagnóstico de Saúde da Comunidade.

Após a análise e tratamento dos dados, os problemas de saúde da população em estudo foram apresentados sobre a forma de diagnóstico de saúde comunitária segundo a CIPE, versão 2 de 2011. Foram assim identificados dois diagnósticos de Enfermagem: Grupo com Excesso de peso e Grupo com Obesidade.

Os dados referidos anteriormente vem salientar que é fundamental a aquisição de hábitos de atividade física na idade escolar para a saúde das crianças e para a sua saúde posteriormente enquanto adultos. Sendo assim importante neste estadio de desenvolvimento ações de educação para a saúde que visem a promoção de hábitos de vida saudáveis. É essencial que o enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária se enquadre como peça essencial na implementação de estratégias no âmbito da promoção da saúde como medida combativa à obesidade infantil.

3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Nunes (2016), após o diagnóstico de situação, sucede-se a definição de prioridades, ou seja, a escolha dos problemas a abordar na nossa intervenção.

Stanhope & Lancaster (2011) referem que, após a identificação dos problemas de saúde, cada problema identificado deve ser ordenado de forma hierárquica de importância. Para organizar os problemas por prioridades é importante ter em conta os seguintes critérios:

“1) Consciência comunitária do problema; 2) Motivação da comunidade para resolver o problema; 3) Capacidade do enfermeiro para influenciar a resolução do problema; 4) Disponibilidade de perícia para resolver o problema; 5) Gravidade dos resultados se o problema não for resolvido; 6) Rapidez com que o problema pode ser resolvido” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.376).

De acordo com Stanhope & Lancaster, após a análise dos dados colhidos foi permissível a identificação dos seguintes problemas: Excesso de Peso e Obesidade.

Uma vez determinados os problemas de saúde e a lista de critérios, é necessário avaliar cada problema separadamente tendo por base cada critério com uma escala de 1 a 10 (Tabela 1).

Tabela 1- Determinação de Prioridades de acordo os critérios de Stanhope & Lancaster (2011)

	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Critério 5	Critério 6	Total
Excesso de peso	8	8	10	8	9	8	51
Obesidade	8	8	10	8	10	6	50

Os critérios e as pontuações são determinados pelas pessoas que fazem parte da parceria comunitária (Stanhope & Lancaster, 2011). Assim a determinação das prioridades foi estabelecida entre mim e a orientadora de estágio, tendo em consideração o ambiente de Ensino Clínico e a especificidade da população alvo apreciada.

Posto isto, após a priorização segundo os critérios disponibilizados por Stanhope & Lancaster (2011), temos como problema prioritário a Obesidade, uma vez que tem uma pontuação de 50 e posteriormente o problema Excesso de peso com uma pontuação de 51.

Como diagnóstico de Enfermagem prioritário considero Grupo com Obesidade, visto que a minha intervenção no projeto irá ser a promoção para a prática de atividade física nestas crianças do 1º ciclo.

3.3- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

De forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados foi utilizado uma nomenclatura simbólica, nomeadamente o E1 e E2 (entrevistado 1: informante-chave enfermeira cooperante e entrevistado 2: professora respetivamente). A entrevista 1 resultou num total de 3 páginas A4 dactilografadas e a entrevista 2 resultou num total de 2 páginas A4 dactilografadas.

A análise dos dados da entrevista foi efetuada com base no método de análise de conteúdo de Bardin (2011). Esta consiste num

“conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que ocorre em indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 2006 citado por Mozzato & Grzybovski, 2011, p. 734).

Após a leitura flutuante do *corpus* da entrevista, começamos por selecionar as unidades de registo que foram agrupadas consoante o seu conteúdo. De forma a extrair a

relevância para a análise escolhemos o recorte da unidade de registo através de uma palavra isolada, palavras em conjunto ou uma frase.

Por fim, após esta seleção foi construído os temas, e por sua vez um sistema de categorias e subcategorias apresentado em forma de grelha para fácil percepção (Anexo IV e Anexo VI).

O tratamento dos dados obtidos através da entrevista e avaliação estado-ponderal das crianças foi elaborado de forma estatística, através do processamento informático, com recurso ao seguinte programa: Microsoft Office Excel 2017.

4- DENOMINAÇÃO DO PROJETO

4.1 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O projeto de intervenção individual comunitária designa-se por “Crianças em movimento”. A pertinência deste projeto justifica-se pela necessidade de intervir junto das crianças do 1º ciclo, uma vez que segundo a Plataforma contra a Obesidade, refere que em Portugal, cerca de 32% das crianças com idades compreendidas entre 7 e 9 anos apresentam excesso de peso, sendo 11% obesas (DGS, 2011).

Desta forma, é fundamental incidir sobre esta população, pois a educação para a prática de atividade física é uma das temáticas de intervenção prioritária na Escola, especialmente nos mais jovens, uma vez que a obesidade e o excesso de peso são considerados fatores de risco que irão causar maior morbidade e mortalidade quando atingirem a idade adulta. Assim é bom que as crianças façam exercício, joguem e brinquem, para isso, torna-se necessário incentivar a prática de atividade física e promover o convívio entre gerações.

Pretende-se assim a resolução das prioridades de saúde identificadas com especial importância na adesão da prática de atividade física nas crianças e na melhoria da atuação dos enfermeiros na estimulação do exercício físico com a finalidade de promover hábitos de vida saudáveis.

4.2- OBJETIVOS DO PROJETO

Segundo Nunes (2016), a fixação de objetivos constitui-se na terceira etapa do planeamento em saúde, sendo uma etapa imprescindível, uma vez que o seu estabelecimento torna se possível avaliar as intervenções delineadas.

Deste modo, definiu-se como área de intervenção prioritária, a promoção para a prática do atividade física nas crianças do 1º ciclo da escola Básica de Foros do Arrão, com o objetivo geral, de implementar o projeto de intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Como objetivos específicos deste projeto definem-se:

- Desenvolver o projeto de intervenção individual considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado;
- Sensibilizar e envolver a equipa da UCC, os parceiros e a comunidade para a importância do projeto de intervenção;
- Mobilizar informação baseada em evidência científica como suporte teórico que fundamentem as intervenções planeadas;

- Participar em reuniões com a coordenadora da UCC e parceiros de modo a perceber a situação momentânea;
- Planear as sessões apresentadas às crianças, tendo em consideração os objetivos, os recursos humanos e materiais essenciais para a sua execução;
- Capacitar as crianças para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis na sequência de atividades desenvolvidas pela UCC;
- Motivar as crianças para a prática de atividade física na sequência de atividades desenvolvidas pela UCC.

4.3- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Nesta etapa, seleccionámos as diferentes formas de resolver os problemas ou necessidades identificadas (Nunes, 2016).

Perante as necessidades identificadas definimos as seguintes estratégias:

- Avaliar os conhecimentos e capacidade das crianças para a prática de atividade física, na sequência de atividades desenvolvidas pela UCC;
- Realização as sessões apresentadas às crianças através de formas expositivas apelativas e discurso simples e perceptível apropriado às crianças.
- Executar folhetos informativos sobre a temática para os pais, na sequência de atividades desenvolvidas pela UCC;
- Elaborar um cartaz sobre a temática para a escola, na sequência de atividades desenvolvidas pela UCC;
- Promover um ambiente propício à discussão e aumentar o seu conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física;
- Através de jogos incentivar as crianças à prática de atividade física;
- Realização de uma *Scoping Review* com a finalidade de mobilizar informação baseada em evidência científica como suporte teórico que fundamente as intervenções planeadas.

Para as atividades propostas e para melhor gestão do tempo foi realizado um cronograma com duração do estágio, ou seja, 18 semanas (Anexo I).

5 - PLANO DE ATIVIDADES

Área de intervenção prioritária: Promover a prática da atividade física.

População Alvo: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos.

Objetivo Geral: Implementar o projeto de intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJETIVO ESPECIFICO	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	INDICADOR DE AVALIAÇÃO
G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade	- Identificar problemas e necessidades da comunidade da Ponte Sôr.	- Conhecimento dos programas e projetos em desenvolvimento na UCC de Ponte Sôr; - Reunião com a Enfermeira cooperante e a Enfermeira coordenadora para identificar áreas problemáticas; - Pesquisa de dados	- Perceção dos problemas e necessidades da comunidade.	

		epidemiológicos; - Recolha de dados relativos à população em estudo.		
G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade	- Avaliar e selecionar prioridades de intervenção consoante a área problemática identificada	- Reunião com a Enfermeira cooperante e a Enfermeira coordenadora para identificar prioridades de intervenção face às problemáticas identificadas.	- Perceção das prioridades da comunidade.	
G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	- Planear a intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.	- Realização de estratégias de intervenção.	- Perceção das estratégias a intervir.	
G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com	- Desenvolver o projeto de intervenção individual considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado.	- Realização de uma entrevista à informante-chave (Enfermeira cooperante).	-Perceção do diagnóstico de enfermagem comunitário	-Número de intervenções estabelecidas para o projeto.

vista à resolução das necessidades identificadas		-Realização de um projeto de intervenção individual.		
	- Sensibilizar e envolver a equipa da UCC e os parceiros para a importância do projeto de intervenção.	- Apresentação e discussão do projeto de intervenção aos parceiros (escola) e UCC; - Mobilizar elementos da equipa da UCC e parceiros.	- Realização de reuniões com os parceiros (escola, entre outros); - Partilhar conhecimentos e estratégias.	- Número de propostas resultantes da reunião
	- Mobilizar informação baseada em evidência científica como suporte teórico que fundamentem as intervenções planeadas.	- Realização de pesquisa bibliográfica.	- Realização de uma Scoping.	- Protocolo produzido Scoping Review; - Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta de investigação
2.1. Lidera processos comunitários com vista à	- Participar em reuniões com a coordenadora da UCC e	- Participação de reuniões com os parceiros e a UCC no	- Participar e perceber a situação momentânea das	Número de propostas resultantes das reuniões.

<p>capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<p>parceiros de modo a perceber a situação momentânea.</p>	<p>âmbito do projeto de intervenção para estabelecer parcerias para a elaboração e implementação do projeto.</p>	<p>crianças.</p>	
<p>2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, Comunicação e Ciências Humanas e Sociais</p>	<p>- Planear as sessões apresentadas às crianças, tendo em consideração os objetivos, os recursos humanos e materiais essenciais para a sua execução.</p> <p>- Capacitar as crianças para a prática de atividade física;</p>	<p>- Realização do plano sessão;</p> <p>- Convocação dos participantes;</p> <p>- Realização da sessão.</p>	<p>- Formas expositivas apelativas;</p> <p>- Linguagem simples e perceptível apropriado às crianças;</p> <p>- Executar um cartaz para a escola;</p> <p>-Executar folheto informativo para os pais;</p>	<p>-Número de sessões realizadas / Numero de sessões planeadas.</p> <p>- Número de alunos que participam nas atividades/ Número de alunos inscritos no 1º ciclo.</p> <p>- Perceção do conhecimento dos participantes antes versus depois da sessão.</p>

				- Número de crianças que apresentem melhores hábitos desportivos no fim do projeto.
..5.Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	- Participar em atividades desenvolvidas pela UCC	- Participação em visitas domiciliárias; - Participação em sessões de educação para a saúde sobre o tabagismo, higiene oral, sexualidade entre outras.		Participação ativa nas atividades.
G.2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades	- Motivar as crianças para a prática de exercício físico.	Participação ativa nas sessões de formação.	- Promover um ambiente propício à discussão de dúvidas e aumentar o seu conhecimento sobre os benefícios do exercício físico;	- Número de atividades realizadas/ Número de atividades planeadas; - Número de alunos que participam nas atividades/

			- Organizar atividades para a prática de Atividade Física como por exemplo: jogos, caminhada.	Número de alunos inscritos no 1º ciclo.
--	--	--	---	---

CONCLUSÃO

A prática de atividade física assume um papel fulcral ao nível do crescimento e do desenvolvimento saudável das crianças. A promoção de comportamentos alimentares saudáveis e da prática de atividade física é essencial para a prevenção de problemas de saúde.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), a educação e a promoção da saúde são contributos dos enfermeiros, melhoram o estado de saúde da população, pois estes são os profissionais de saúde que ocupam uma posição diferente para intervir concretamente e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

Assim, o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e saúde pública tem um papel essencial neste âmbito na medida em que, é da sua competência cooperar no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades.

A intervenção do enfermeiro especialista enfermagem comunitária em contexto escolar é fundamental para a promoção de conhecimentos e bons hábitos saudáveis, uma vez que os jovens que adotam estilos de vida saudáveis, nomeadamente a prática regular de exercício físico têm maior probabilidade de a manter durante toda a vida (DGS, 2006).

Perante isto, ambiciona-se com este projeto a resolução das prioridades de saúde identificadas com especial importância da atividade física e na melhoria da atuação dos enfermeiros na estimulação da prática de atividade física com a finalidade de promover este estilo de vida saudável nas crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, A., et al. (2012). *Dança e Controlo da Obesidade: Via de Acesso à Vida Saudável. Atividade Física, Saúde e Lazer – O Valor formativo do jogo e da brincadeira*, p.279-286. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- Bernardino, D., Silva, I. B., & Figueiredo, M. C. (2013). O empoderamento em enfermagem comunitária: análise de um contexto. *Revista da UIIPS*, 4 (1), p.182-197.
- Branco, A. (2001). Cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp.5–12. Acedido a 22 de Dezembro de 2018 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20v19%20tematico%20a02%20-%20p.5-12.pdf>
- Despacho n.º 6860/2018. 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 nº 135, II Série, 16 de Julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DGS (2011). *Plataforma contra a obesidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Março de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plataforma-contra-a-obesidade.aspx>
- DGS (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://pns.dgs.pt/>
- DGS (2015). *Programa Nacional De Saúde Escolar*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Março de 2019 em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Edição Direção Geral da Saúde. Lisboa. Acedido a 2 de Março de 2019 em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>
- DGS (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar*

(ENPAF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Figueiredo, M. (2017). Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 2 de Março de 2019 em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Car%20mo%20Pereira.pdf

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição, Lisboa: ENSP.Lusociência.

INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Alentejo*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. p. 97.

Lopes, L., et al. (2012). *A Importância do Recreio Escolar na Atividade Física das Crianças*. Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar, p.65-79. Minho: Instituto de Estudos da Criança.

National Association of School Nurses (2016). *The Role of the 21st Century School Nurse*. Silver Spring. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smId/824/ArticleID/87/Default.aspx>

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora

Organização Mundial da Saúde (1986). A promoção da saúde - A Carta de Ottawa. Canadá: OMS. Acedido a 3 de Março de 2019 em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Organização Mundial de Saúde (2009). *Aging: exploding the myths*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2011). Obesity and Overweight. Fact sheet No 311.

Pinto, C., (2013). Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos. Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel Edições Técnicas

PORDATA (2017). População residente: total e por grupo etário. Acedido a 7 de Março de 2019 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Scottsdale School Nurses (2006). *Scottsdale School Nurses*. Health Services: Mission Statement of Scottsdale School Nurses. Acedido a 5 de Março de 2019 em <http://susd.schoolfusion.us/modules/cms/pages.phtml?pageid=102548&sessionid=28327201c0a6cef6ef470937fa99764b>

Silva, D. (2006). Benefícios e Riscos da Atividade Física Regular. In Carvalho, G., Pereira, B. (2006). *Atividade Física, Saúde e Lazer – A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*, p.117-130. Lisboa: Lidel.

Silva, M. (2012). *A Atividade Física: Seu Contributo para a Promoção da Saúde*. Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar, p.45-54. Minho: Instituto de Estudos da Criança.

Tomey, M. & Alligood, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

ANEXOS

Anexo I- Cronograma geral das atividades

Mês/Semana	Março				Abril				Maio					Junho				Julho	
Atividades	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª
Conhecimento dos programas e projetos em desenvolvimento na UCC de Ponte Sôr		X																	
Reunião com a Enfermeira cooperante e a Enfermeira coordenadora para identificar áreas problemáticas		X																	
Pesquisa de dados epidemiológicos		X																	
Recolha de dados relativos à população em estudo		X																	
Reunião com a		X																	

Enfermeira cooperante e a Enfermeira coordenadora para identificar prioridades de intervenção face às problemáticas identificadas																				
Realização de uma entrevista às informante-chave (Enfermeira cooperante e professora)		X																		
Realização de um projeto de intervenção individual		X	X																	
Realização de reuniões com os parceiros					X															
Realização de	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

pesquisa bibliográfica.																				
Agendamento das sessões de educação de saúde					X															
Participar em atividades desenvolvidas pela UCC	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seminário intercalar									X											
Seminário final																X				

ANEXO II- Consentimento informado aos informantes chaves (Enfermeira Cooperante e Professora)

CONSENTIMENTO INFORMADO AO INFORMANTE-CHAVE

Entrevistador: _____

Entrevistado (Informante-chave): _____

Grau académico: _____ Tempo que exerce a profissão na UCC: _____

Data: _____ Local: _____

Hora de início: _____ Hora de término: _____

Sou enfermeira e estudante do sétimo curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém, venho por este meio comunicar que no âmbito do Estágio II e relatório, a decorrer na UCC da Ponte de Sôr, estamos a desenvolver um projeto de intervenção individual.

Para que tal seja possível, solicitamos a sua colaboração nesta entrevista, no sentido de nos fornecer alguns dados que consideramos pertinentes para caracterizar a situação identificada como necessidade.

Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados e salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas, mantendo o sigilo e o anonimato. Solicitamos que, após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento.

Esta entrevista terá aproximadamente a duração de 30 minutos.

ASSINATURA: _____

ASSINATURA: _____

ANEXO III – Entrevista ao Informante-chave (Enfermeira Cooperante)

Entrevista ao Informante-chave

1. Como surgiu o projeto “A minha lancheira” e em que consiste?

RESPOSTA: O projeto “A minha lancheira” iniciou-se no ano letivo 2011/2012 como forma de promover a qualidade nutricional dos lanches dos alunos que frequentam o 1º ciclo do ensino básico. Este projeto enquadra-se no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável e do Programa Nacional de Saúde Escolar que integra também os objetivos do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, sendo desenvolvido no âmbito de Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável.

Tem como principal objetivo sensibilizar as crianças e os pais/encarregados de educação para a importância dos lanches, na medida em que a alimentação saudável contribui para a saúde em geral, melhora a concentração e o rendimento escolar. Este projeto foi merecedor do primeiro lugar da categoria prevenção da obesidade dos Prémios Hospital do Futuro, na edição 2011/2012 e vencedor da Edição de 2015 da iniciativa Missão Continente Sorriso.

2. Qual a população-alvo e a escola abrangida por este projeto?

RESPOSTA: As crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão, nomeadamente 15 alunos entre 7 a 11 anos. Esta escola foi escolhida devido a não terem qualquer projeto implementado em relação à alimentação saudável.

3. Que necessidades foram identificadas nesta população e como foram identificadas?

RESPOSTA: A necessidade de intervir a nível da alimentação saudável e a promoção do exercício físico nestas turmas não foram identificadas pela UCC, mas sim um projeto que está a ser integrado pelo Centro saúde a nível nacional. Nesta escola só se começou a implementar este projeto a cerca de um ano, daí a sua importância e a identificação deste problema, visto que quando nos dirigimos pela primeira vez a esta escola identificamos vários défices a nível dos lanches e algumas crianças apresentarem excesso de peso. A escola também nos propôs intervir a nível da promoção do exercício físico visto haver crianças com excesso de peso e ser importante o incentivo a atividades lúdico-motoras logo desde criança.

4. Conhece os hábitos alimentares e de atividade física destes alunos?

RESPOSTA: Conheço minimamente estes hábitos, visto que avaliamos os lanches destas crianças e como já referi algumas destas crianças levam para os seus lanches alimentos não saudáveis. Em relação ao exercício físico a escola tem implementado a disciplina educação física mas é bastante importante incentivar brincadeiras ao ar livre como correr e saltar, se possível praticar natação e entre outros desportos, visto que atualmente as crianças passam grande parte do seu tempo livre em atividades sedentárias.

5. Quais considera serem os tópicos importantes a partilhar com estas turmas?

RESPOSTA: Creio que a promoção de uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico sejam necessidades importantes para intervir nestas turmas, uma vez que devem ser inculcidos estes hábitos desde criança.

ANEXO IV - Análise de conteúdo da Entrevista ao Informante-chave (Enfermeira Cooperante)

Temas	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Organização e funcionamento do Projeto	Caraterização do projeto	Início do projeto	<p>E1: “ (...) iniciou-se no ano letivo 2011/2012”</p> <p>E1: “ (...) Este projeto enquadra-se no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável e do Programa Nacional de Saúde Escolar que integra também os objetivos do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado, sendo desenvolvido no âmbito de Programa Regional do Alentejo de Promoção da Alimentação Saudável”.</p>
		Objetivo do projeto	<p>E1: “(...) promover a qualidade nutricional dos lanches dos alunos que frequentam o 1º ciclo do ensino básico”.</p> <p>E1: “(...) Tem como principal objetivo sensibilizar as crianças e os pais/encarregados de educação para a importância dos lanches, na medida em que a alimentação saudável contribui para a saúde em geral, melhora a concentração e o rendimento escolar”.</p>
		Tempo de funcionamento do	E1: “Nesta escola só se começou a

		projeto	implementar este projeto a cerca de um ano (...).”	
		População abrangente	E1: “As turmas do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão, nomeadamente 15 alunos.”	
		Caracterização da população	Grupo etário	E1: “(...)15 alunos entre 7 a 11 anos.”
			Escola que pertence a população-alvo	E1: “As crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão (...).”
Necessidades identificadas	Hábitos alimentares	Alimentação	<p>E1: “A necessidade de intervir a nível da alimentação saudável (...) nestas turmas não foram identificadas pela UCC, mas sim um projeto que está a ser integrado pelo Centro saúde a nível nacional”.</p> <p>E1: “Nesta escola só se começou a implementar este projeto a cerca de um ano, daí a sua importância e a identificação deste problema, visto que quando nos dirigimos pela primeira vez a esta escola identificamos vários défices a nível dos lanches e algumas crianças apresentarem excesso de peso.”</p> <p>E1: “(...)crianças levam para os seus lanches alimentos não saudáveis.”</p>	
	Hábitos relacionados com a atividade física	Atividade física	E1: “A necessidade de intervir a nível da promoção do	

			<p>exercício físico nestas turmas não foram identificadas pela UCC, mas sim um projeto que está a ser integrado pelo Centro saúde a nível nacional.”</p> <p>E1: “(...) Quando nos dirigimos pela primeira vez a esta escola identificamos (...) algumas crianças apresentarem excesso de peso.”</p> <p>E1: “A escola também nos propôs intervir a nível da promoção do exercício físico visto haver crianças com excesso de peso e ser importante o incentivo a atividades lúdico-motoras logo desde criança.”</p> <p>E1: “ (...) Atualmente as crianças passam grande parte do seu tempo livre em atividades sedentárias.”</p>
Pertinência dos temas a abordar	Prevenção primária	Alimentação Saudável	E1: “Creio que a promoção de uma alimentação saudável (...) sejam necessidades importantes para intervir nestas turmas, uma vez que devem ser incutidos estes hábitos desde criança.”
		Promoção da prática de exercício físico regular	E1: “é bastante importante incentivar brincadeiras ao ar

			<p>livre como correr e saltar, se possível praticar natação e entre outros desportos (...).”</p> <p>E1: “Creio que a promoção (...) da prática regular de exercício físico sejam necessidades importantes para intervir nestas turmas, uma vez que devem ser inculcados estes hábitos desde criança”.</p>
--	--	--	---

ANEXO V – Entrevista ao Informante-chave (Professora)

Entrevista à Professora

1. Quantos alunos estão a frequentar o 1, 2, 3 e 4º ano?

1º ano: 2 alunos

2º ano: 4 alunos

3º ano: 4 alunos

4º ano: 5 alunos

2. Quantas crianças se deslocam para a escola a pé, de carro ou autocarro?

Resposta: 5 alunos deslocam-se para a escola de autocarro e os restantes 10 de carro.

3. Nesta escola têm instituído a disciplina de educação física?

- Sim
- Não

Resposta: Sim

4. Com que frequência tem a disciplina de educação física na escola?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 ou mais vezes por semana
- Nunca

Resposta: Estes alunos têm a disciplina de educação física 1 vez por semana.

5. E como é a adesão e empenho das crianças a estas aulas de educação física?

Resposta: A adesão e empenho destas crianças a estas aulas é positiva, visto que o professor também os incentiva através de atividades lúdicas.

6. Além das atividades desportivas praticadas em contexto escolar quantos alunos praticam alguma atividade física ou de lazer fora da escola?

6.1 Que tipo de atividades?

Tipo de atividades	
Ballet	1 Aluno
Dança	1 Aluno
Futebol	1 Aluno
Natação	2 Alunos
Outros:	
Nenhuma atividade	10 Alunos

Resposta: Apenas 5 alunos têm outras atividades fora da escola. 2 alunos praticam natação, 1 aluno futebol e 1 aluna dança, outra Ballet.

7. Durante a semana, com que frequência as crianças passam sentadas a ver televisão, ao computador ou jogar vídeo jogos ou outros?

- Todos os dias
- 4 a 6 dias por semana
- 1 a 3 dias por semana
- Nunca

Resposta: Eles aqui na escola não jogam computador nem vêm televisão por isso por aquilo que eles me contam estes alunos passam algumas horas sentados a jogar computador e a ver televisão, diria 4 a 6 dias por semana.

8. Considera o tema da promoção para a prática do exercício físico importantes para serem abordadas nestas turmas?

Resposta: Sim. Acho que este tema é bastante importante, a meu ver devia de ser um aspeto preventivo e transversal a todos os alunos do 1º ciclo de todas as escolas, visto que é a partir destas idades que eles tendem a ganhar hábitos e como todos sabemos cada vez mais temos crianças com excesso de peso e adquirirem hábitos mais sedentários.

ANEXO VI - Análise de conteúdo da Entrevista ao Informante-chave (Professora)

Temas	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Alunos	Turmas	1º Ciclo	E2: “1 ano: 2 alunos, 2º ano: 4 alunos, 3º ano: 4 alunos e 4º ano: 5 alunos”
Atividade Física	Hábitos relacionados com atividade física	Deslocação para a escola	:” 5 alunos deslocam-se para a escola de autocarro e os restantes 9 de carro.”
		Atividades desportivas na escola	E2: “(...) têm a disciplina de educação física 1 vez por semana.”
		Atividades desportivas fora da escola	:” (...) 5 alunos têm outras atividades fora da escola. 2 alunos praticam natação, 1 aluno futebol e 1 aluna dança, outra Ballet.”
		Atividades sedentárias	E2: “(...)estes alunos passam algumas horas sentados a jogar computador e a ver televisão, diria 4 a 6 dias por semana.”
Pertinência do tema a abordar	Prevenção primária	Promoção da prática de exercício físico regular	E2: “Acho que este tema é bastante importantes, a meu ver devia de ser um aspeto preventivo e transversal a todos os alunos do 1º ciclo de todas as escolas, (...) é a partir destas idades que eles tendem a ganhar hábitos e como todos sabemos cada vez mais temos crianças com excesso de peso e adquirirem hábitos mais sedentários.”

ANEXO II- Scoping Review



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem
Comunitária**



**AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA
NAS CRIANÇAS DO 1º CICLO EM CONTEXTO ESCOLAR: SCOPING REVIEW**

Autora:
Márcia Rodrigues N.º170400155

Santarém, Abril de 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem
Comunitária**



UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

**AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA
NAS CRIANÇAS DO 1º CICLO EM CONTEXTO ESCOLAR: SCOPING REVIEW**

Autora:

Márcia Rodrigues Nº170400155

Professora Orientadora:

Alcinda Reis

Santarém, Abril de 2019

SIGLAS

DGS- Direção Geral de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE- Plano Nacional de Saúde Escolar

UMIS-Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review Title

As intervenções de Enfermagem para a promoção da prática da atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Reviewers

Márcia Rodrigues

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS) - Escola Superior de Saúde de Santarém

Review question/objective

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem para a promoção da prática de atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar?

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem na promoção da atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Key word (MesH Descriptors):

Nursing(MesH), Child (MesH) , Health Promotion (MesH), Physical Activity (MesH)

Background

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996: 3).

O cuidar em enfermagem não pode ser só pensado como um ato que envolve técnicas e tecnologias, mas sim como um ato de complexidade de lidar com outro ser humano (Ferreira, 2006). A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de ajudar, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira *et al.*, 2003).

A Saúde Escolar, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, é essencial na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde identificados bem como, na contribuição para a produção de condições ambientais e de relação na escola, beneficiadoras da saúde e bem-estar da população escolar.

As crianças com hábitos de vida saudáveis aprendem melhor, tendo vidas mais produtivas e contribuindo ativamente para a sociedade. Deste modo pretende-se que a saúde escolar tenha um papel fulcral para promover escolhas mais saudáveis nas crianças e jovens (DGS, 2015).

A saúde escolar procura proteger a saúde de crianças e jovens face à complexidade de comportamentos, salvaguardando os mais vulneráveis. Deste modo “a intervenção significa uma intervenção holística de saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o individuo” (PNSE, 2015, p.10).

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), menciona que no âmbito estratégico, a melhoria do nível de literacia em saúde e o crescimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar (DGS, 2015).

O PNSE, refere que a Alimentação saudável e a Atividade Física como sendo dois determinantes fundamentais para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo que as intervenções devem ir procurar o conhecimento de várias disciplinas, potenciando decisões de consumo alimentar saudável e práticas de atividade física regular em idades precoces (DGS, 2015).

No que diz respeito à Atividade Física podemos defini-la como toda “a atividade

muscular ou motora que uma pessoa assume. É tudo o que implica movimento, força ou manutenção da postura e que resulta num dispêndio de energia. A atividade física espontânea e informal, não é estruturada e pode ser executada nas atividades de lazer, domésticas, entre outras. Exercício físico é toda a atividade física programada ou organizada: obedece a um esquema prévio, tem objetivos, tem regras de intensidade e de progressão (Silva,2012, p.48).

A atividade física para as crianças não é só um meio através do qual obtêm diversos tipos de conhecimentos e de habilidades motoras, cognitivas, mas também acarretar-lhes benefícios fisiológicos, ao nível do crescimento físico, psicológicos (como, por exemplo, redução da ansiedade e aumento da autoestima) e contribuir ainda para uma melhor integração social. Este é um fato de que atualmente o exercício físico é considerado indispensável na promoção e na adoção de um estilo de vida saudável.

Silva (2006), refere que “a vantagem da prática regular de atividade físico é que este não apenas promove modificações benéficas no estado de saúde, como melhora os índices de aptidão física” (Silva, 2006, p.120).

Posto isto, a prática de atividade física em conjunto com a prática de uma alimentação saudável são fundamentais para a manutenção de um peso corporal adequado e equilibrado, pois de acordo com os autores Batalha *et al.* (2012), a atividade física beneficia “a saúde e a condição física, facilitando a adaptação às necessidades da vida diária, prevenindo a degeneração da saúde e o aparecimento da obesidade, promovendo a qualidade de vida” (Batalha *et al.*,2012, p.282).

Assim, é importante aumentar a consciência e a participação das crianças em programas regulares de atividade física para que determinem a prática do exercício físico como um hábito de vida.

Por isso, a prevenção da obesidade deve iniciar-se durante a infância e adolescência com a moderação do ganho de peso, visto que essas fases etárias são críticas do desenvolvimento das crianças e jovens obesos. O Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005), menciona a obesidade como uma doença crónica, com maior prevalência nos países desenvolvidos, incluindo homens e mulheres de todas as idades, sendo classificada como a segunda causa de morte passível de prevenção. Segundo a mesma fonte a obesidade também é considerada como um problema de saúde pública, exigindo uma estratégia que compreenda a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa.

A nível nacional, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2016), com a perspectiva de implementar entre 2016 e 2019, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS), extensão 2016-2020 de forma a dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar, tem assim como missão diminuir os níveis

de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário.

Esse programa considera que a inatividade física como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis, sendo este um importante problema de saúde pública (DGS, 2015). “A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de atividade física nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que reconheçam as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo o sedentarismo” (DGS, 2016, p.6).

Segundo o mesmo programa, refere ainda que a escola tem um elevado potencial para motivar os jovens para a atividade física, transmitindo conhecimentos, atitudes e habilidades motoras necessárias para a manutenção de estilos de vida ativos.

Tendo em conta a carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é considerado o método que tem como finalidade desenvolver condições para que as pessoas sejam capazes por si só de criar os requisitos necessários para um melhor controlo dos fatores determinantes da saúde, no sentido de a preservar e até melhorar (OMS,1986).

Portanto, a promoção da saúde é o processo de interiorização da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, para que cada pessoa atinja um completo bem-estar físico, mental e social é necessário ter conhecimentos para satisfazer necessidades e modificar comportamentos.

Assim, a promoção da atividade física na infância e na adolescência é essencial, uma vez que poderá ser considerado como uma estratégia preventiva de alguns fatores de risco que pode ser melhor sucedida se for iniciada desde logo cedo, pois “de facto, a promoção da atividade física nestes escalões etários parte do pressuposto de que uma vez adquiridos os hábitos, estes se mantêm estáveis ao longo da vida dos sujeitos” (Lopes, 2008, p.125).

Segundo o National Association of School Nurses (2016), a presença do enfermeiro nas escolas é uma mais-valia para o estabelecimento de ensino, visto que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar tendo em contas as necessidades reais identificadas.

O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária enquanto elementos das equipas de saúde escolar é fundamental no desenvolvimento do processo da promoção da saúde em meio escolar partilhando saberes, utilizam estratégias que permitam otimizar as relações com a família, grupos e comunidades, no sentido de maximizar os ganhos em saúde.

Para a Scottsdale School of Nurses (2006), o enfermeiro na saúde escolar deverá cooperar com os recursos da comunidade, promovendo comportamentos saudáveis que contribuam para a saúde das crianças e suas famílias. A Ordem dos Enfermeiros (2010), refere que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, por compreender profundamente as necessidades deste grupo populacional e as suas respostas humanas nesta etapa de vida, possui as competências necessárias para promover a saúde destas crianças, confirmando cuidados ajustados, integrados, continuados e eficazes nos diversos contextos onde se inserem, tendo em vista a sua capacitação e o exercício de cidadania (OE, 2010).

Para contribuir para a promoção e proteção da saúde assim como para o sucesso educativo das crianças e jovens é fundamental o trabalho em equipa com a comunidade educativa e com as famílias.

Inclusion criteria

Types of participants

Crianças com idades entre os 6 a 9 anos

Concept

Atividade Física

Intervenções de Enfermagem

Promoção da saúde

Context

Contexto escolar

Types of studies

Qualitativos e Quantitativos

Search strategy

Nursing **AND** Child **OR** Health promotion **AND** Physical Activity

EBSCO

- Booleano

- Texto completo
- Data de Publicação: Março de 2014 a Março de 2019

CINAHL

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Prática baseada em evidência
- Humano
- Primeiro autor é enfermeira
- Qualquer autor é enfermeira
- Faixas etárias: 6 a 12 anos
- Texto completo em PDF

MEDLINE

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Humano
- Idade: crianças dos 6 a 12 anos

NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION

- Texto completo em PDF

MEDICLATINA

- Texto completo em PDF

PROQUEST

- Limitar a: com texto completo e revisão inter-pares
- Data de publicação: Março de 2014 a Março de 2019
- Faixa etária: crianças dos 6 a 12 anos
- Tipo de fonte: revistas acadêmicas e revistas especializadas
- Tipo de documento: artigo e artigo principal
- Idioma: espanhol, inglês e português

PUBMED

- Text availability: Abstract, free full text
- Publication dates: 5 years
- Species: humans

- **Journal categories:** MEDLINE, Nursing journals

- Languages: english, portuguese e spanish

- Ages: 6-12 years

Study Selection

Para a identificação dos artigos utilizei as plataformas PubMed, Proquest e EBSCO que inclui CINAHL, NURSING, MEDLINE e MEDICLATINA onde identifiquei 773 artigos, sendo que 121 deles se encontravam duplicados restando 652 artigos. Posteriormente procedi à leitura do título dos quais excluí 631 artigos e de seguida li o abstract dos 21 artigos dos quais excluí 19 artigos (screening) pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o screening li o full text dos 2 artigos finais (eligibility).

Considereei assim 2 artigos que mais contributos davam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão.

(included):

- 1- Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidade infantil: una revisión sistemática.
- 2- Pediatric Obesity in Primary Practice: A Review of the Literature.

Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado utilizei o instrumento: Data extraction instrument (Appendix IV) que tem as seguintes variáveis: Autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologias/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão, que contribuiu essencialmente para validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

Data synthesis

O principal objetivo desta Scoping Review é identificar as intervenções de enfermagem na promoção da atividade física nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Assim foi necessário fazer pesquisa nas várias bases de dados utilizando os mesmos limitadores em todas as plataformas: PUBMED; PROQUEST e EBSCO, onde inclui as seguintes bases de dados: MEDLINE, NURSING, CINAHL e MEDICLATINA.

Durante a pesquisa, foi-me possibilitado fazer uma tabela com os resultados: primeiro com cada palavra individualmente, segundo com todos os cruzamentos possíveis entre as palavras e por fim com todas as palavras (Appendix I: Initial Search Strategy).

Com a pesquisa feita identifiquei 773 artigos (Appendix II: Appraisal instruments), sendo que 121 deles se encontravam duplicados restando, portanto, 652 artigos, como foi elaborado no PRIMA (Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram). Posteriormente procedi à leitura do título e do abstract dos 652 artigos (screening), excluindo 650 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o screening li, o full text dos 2 artigos finais (eligibility).

Após a seleção dos dois artigos foi realizado o Appendix IV: Data extraction instrument, em que foram destacadas algumas interpretações desses artigos, tendo em consideração os níveis de evidência apresentados pela Joanna Briggs Institute. De seguida é apresentado um confronto entre os conceitos presentes no background e as interpretações dos artigos analisados.

A Saúde Escolar, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, é essencial na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde identificados bem como, na contribuição para a produção de condições ambientais e de relação na escola, beneficiadoras da saúde e bem-estar da população escolar.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), menciona que no âmbito estratégico, a melhoria do nível de literacia em saúde e o crescimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar (DGS, 2015). Segundo o mesmo programa, refere ainda que a escola tem um elevado potencial para motivar os jovens para a atividade física, transmitindo conhecimentos, atitudes e habilidades motoras necessárias para a manutenção de estilos de vida ativos. Coincidindo assim com Rojas *et al.* (2014), que refere que um dos focos de atenção para a prevenção da obesidade infantil é a intervenção na Escola, porque as crianças passam grande parte do tempo em ambientes escolares ou em atividades escolares. A educação é, sem dúvida, uma estratégia fundamental

na gestão da obesidade infantil, é por isso que a OMS acolhe a expressão da Saúde Escolar Integral e a define como "uma estrutura internacionalmente reconhecida para apoiar a melhoria dos resultados educacionais nos estudantes, enquanto a saúde é abordada de forma planeada, integrada e holística" (Rojas *et al.*, 2014, p.122).

Segundo a DGS (2015), a prevenção da obesidade deve iniciar-se durante a infância e na adolescência com a moderação do ganho de peso, visto que essas fases etárias são críticas do desenvolvimento das crianças e jovens obesos. O Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005) menciona a obesidade como uma doença crónica, com maior prevalência nos países desenvolvidos, incluindo homens e mulheres de todas as idades, sendo classificada como a segunda causa de morte passível de prevenção. Segundo a mesma fonte a obesidade também é considerada como um problema de saúde pública, exigindo uma estratégia que compreenda a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa. Esta evidência é reforçada por Durbin *et al.*(2018), dizendo que prevenindo a obesidade infantil em um estadio muito inicial na vida da criança promove comportamentos positivos de saúde na mesma, incutindo estilo de vida saudável, escolhas que irão melhorar globalmente a saúde e prevenir complicações de saúde em adolescentes e adultos. Efeitos adversos da obesidade sobre a saúde das crianças chegam à idade adulta, com doenças como doença cardiovascular, diabetes, hipertensão, cancro e depressão.

A atividade física para as crianças não é só um meio através do qual obtêm diversos tipos de conhecimentos e de habilidades motoras, cognitivas, mas também acarretar-lhes benefícios fisiológicos, ao nível do crescimento físico, psicológicos (como, por exemplo, redução da ansiedade e aumento da autoestima) e contribuir ainda para uma melhor integração social. Este é um fato de que atualmente o exercício físico é considerado indispensável na promoção e na adoção de um estilo de vida saudável.

Silva (2006), refere que "a vantagem da prática regular de atividade física é que este não apenas promove modificações benéficas no estado de saúde, como melhora os índices de aptidão física" (Silva, 2006, p.120). Assim como Rojas *et al.* (2014) refere que a implementação da Atividade Física como estratégia para o tratamento da obesidade infantil é baseado em níveis de inatividade e o comportamento sedentário das crianças, bem como a melhoria das capacidades motoras em idades precoces, o que pode influenciar a sua participação em atividades físicas e desportivas na vida adulta. Também Durbin *et al.* (2018) menciona que as atividades físicas podem incluir saltar, jogar, correr, caminhar, dançar, nadar, andar de bicicleta e praticar desporto.

Ainda segundo Rojas *et al.* (2014), deve-se acrescentar que os artigos que se referem a ações específicas para o controle da obesidade incluem diferentes estratégias, entre as quais a

Atividade Física, Educação, Nutrição e Intervenções Compreensivas, neste último uma combinação dos itens acima é contemplada. Estas estratégias são operacionalizadas através de programas que são levados à população infantil para reduzir as alterações de peso, em favor do bem-estar físico e social. Para tal a nível nacional foi criado o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2016), com a perspectiva de implementar entre 2016 e 2019, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS), extensão 2016-2020 de forma a dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar, com a missão de diminuir os níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário.

“A OMS recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos para a promoção da atividade física e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de atividade física nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que reconheçam as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo o sedentarismo” (DGS, 2016, p.6). Também está reforçada esta ideia no artigo de Rojas *et al.* (2014) que ao mencionar que em Denver, 98 espaço de jogos foram renovados em escolas de ensino fundamental, com o objetivo de promover o uso adequado do tempo livre e dos espaços de lazer e como resultado, descobriu-se que o uso de estes espaços foi muito maior.

Tendo em conta a carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é considerado o método que tem como finalidade desenvolver condições para que as pessoas sejam capazes por si só de criar os requisitos necessários para um melhor controlo dos fatores determinantes da saúde, no sentido de a preservar e até melhorar (OMS,1986).

Assim, a promoção da atividade física na infância e na adolescência é essencial, uma vez que poderá ser considerado como uma estratégia preventiva de alguns fatores de risco que pode ser melhor sucedida se for iniciada desde logo cedo, pois “de facto, a promoção da atividade física nestes escalões etários parte do pressuposto de que uma vez adquiridos os hábitos, estes se mantêm estáveis ao longo da vida dos sujeitos” (Lopes, 2008, p.125). Coincidindo com o artigo de Rojas *et al.* (2014) uma vez que ao referirem que através do uso de estratégia como a leitura de um livro, que contava a história de uma menina com excesso de peso e suas aventuras para melhorar sua auto estima e autoeficácia, o que lhes permite aprender a importância de uma nutrição adequada e níveis saudáveis de atividade física, além disso, o livro incluía ainda anexos de alimentos saudáveis e sugestões de atividades físicas e também graças à implementação de um programa que consistia em material educativo sobre alimentação saudável e jogos para promover a atividade física durante o intervalo escolar

através da metodologia educacional de Pesquisa, Visão, Ação e Mudança, em 16 escolas na Espanha, a prevalência de sobrepeso foi reduzida em 62%. Assim, é importante aumentar a consciência e a participação das crianças em programas regulares de atividade física para que determinem a prática do exercício físico como um hábito de vida.

O cuidar em enfermagem não pode ser só pensado como um ato que envolve técnicas e tecnologias, mas sim como um ato de complexidade de lidar com outro ser humano (Ferreira, 2006). A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de ajudar, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira *et al.*, 2003).

Segundo o National Association of School Nurses (2016), a presença do enfermeiro nas escolas é uma mais-valia para o estabelecimento de ensino, visto que permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar tendo em contas as necessidades reais identificadas.

Para a Scottsdale School of Nurses (2006), o enfermeiro na saúde escolar deverá cooperar com os recursos da comunidade, promovendo comportamentos saudáveis que contribuam para a saúde das crianças e suas famílias. A Ordem dos Enfermeiros (2010), refere que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, por compreender profundamente as necessidades deste grupo populacional e as suas respostas humanas nesta etapa de vida, possui as competências necessárias para promover a saúde destas crianças, confirmando cuidados ajustados, integrados, continuados e eficazes nos diversos contextos onde se inserem, tendo em vista a sua capacitação e o exercício de cidadania (OE, 2010). Estas evidências também estão reforçadas no artigo de Durbin *et al.* (2018) ao referir que os enfermeiros são essenciais em ajudar a promover mudanças positivas em crianças e familiares, uma vez que a modificação do estilo de vida das crianças/famílias através de alimentação saudável e atividade física pode alterar o peso e o bem-estar das crianças.

Ainda de acordo com Durbin *et al.* (2018) os enfermeiros podem utilizar técnicas motivacionais como a entrevista com a criança, pais e cuidadores, justificando que esta técnica é útil na identificação de barreiras que a criança e ou cuidadores podem ter contra a comida saudável, escolhas e aumento da atividade física como tempo e restrições financeiras, o medo de ferimentos, restrições conjugais, segurança e / ou outras condições. A Entrevista motivacional também serve para fornecer elogios ao positivo esforços feitos pela criança e pela família e para encorajar na mudança de comportamento da criança e da família.

Também outra recomendação é a educação familiar, pois educar não só a criança mas também os pais, é uma das medidas mais eficazes para garantir a adesão e resultados bem

sucedidos e duradouros quando destinados á família e de atitudes e hábitos dos indivíduos, mensagens direcionadas para os pais e cuidadores da criança é fundamental porque os bons hábitos alimentares e exercícios começam em casa (Durbin *et al.*, 2018).

Conflicts of interest

Não se aplica.

Acknowledgements

A concretização desta Scoping Review embora tenha resultado de um grande esforço, só se tornou possível pelo apoio e incentivo da Excelentíssima Senhora Professora Alcinda Reis, à qual manifesto a minha gratidão por ter contribuído para o meu processo de ensino e aprendizagem.

References

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. (p. 7). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Batalha, A., *et al.* (2012). *Dança e Controlo da Obesidade: Via de Acesso à Vida Saudável*. Atividade Física, Saúde e Lazer – O Valor formativo do jogo e da brincadeira, p.279-286. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- DGS (2011). *Plataforma contra a obesidade*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Março de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plataforma-contra-a-obesidade.aspx>
- DGS (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://pns.dgs.pt/>
- DGS (2015). *Programa Nacional De Saúde Escolar*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Março de 2019 em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.

pdf

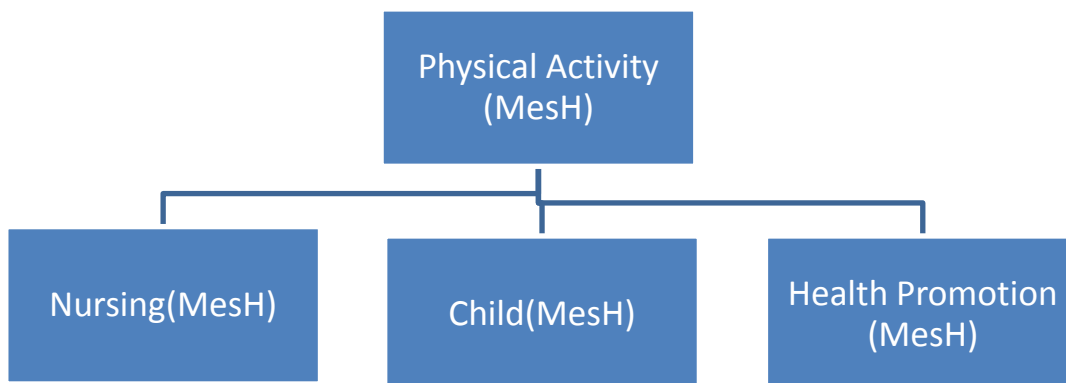
- DGS (2015). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Edição Direção Geral da Saúde. Lisboa. Acedido a 2 de Março de 2019 em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>
- DGS (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar* (ENPAF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Durbin *et al.* (2018). Pediatric Obesity in Primary Practice: A Review of the Literature. *Pediatric Nursing*, 44(4), pp. 202-206.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. 3ª Ed. Lisboa: Editora.
- Lopes, L., *et al.* (2012). *A Importância do Recreio Escolar na Atividade Física das Crianças*. *Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar*, p.65-79. Minho: Instituto de Estudos da Criança.
- National Association of School Nurses (2016). *The Role of the 21st Century School Nurse*. Silver Spring. Acedido a 2 de Março de 2019 em <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smid/824/ArticleID/87/Default.aspx>
- Organização Mundial da Saúde (1986). *A promoção da saúde - A Carta de Ottawa*. Canadá: OMS. Acedido a 3 de Março de 2019 em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia da saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis
- Rojas *et al.* (2014). Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil: una revisión sistemática. *Hacia promoc. salud.*, 19(2),pp. 111-126.
- Scottsdale School Nurses (2006). *Scottsdale School Nurses*. Health Services: Mission Statement of Scottsdale School Nurses. Acedido a 5 de Março de 2019 em <http://susd.schoolfusion.us/modules/cms/pages.phtml?pageid=102548&sessionid=28327201c0a6cef6ef470937fa99764b>
- Silva, D. (2006). Benefícios e Riscos da Atividade Física Regular. In Carvalho, G., Pereira, B.

(2006). *Atividade Física, Saúde e Lazer – A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*, p.117-130. Lisboa: Lidel.

Silva, M. (2012). *A Atividade Física: Seu Contributo para a Promoção da Saúde*. Atividade Física, Saúde e Lazer: Educar e Formar, p.45-54. Minho: Instituto de Estudos da Criança.

Terence, A C. F. e Filho, E. E. F. (2006). Abordagem Quantitativa, Qualitativa e a Utilização da Pesquisa-Ação nos Estudos Organizacionais. *XXVI ENEGEP*, pp. 1-9. Acedido em 25 de Junho de 2018 em http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf

Appendix I: Initial Search Strategy



Appendix II: Appraisal instruments

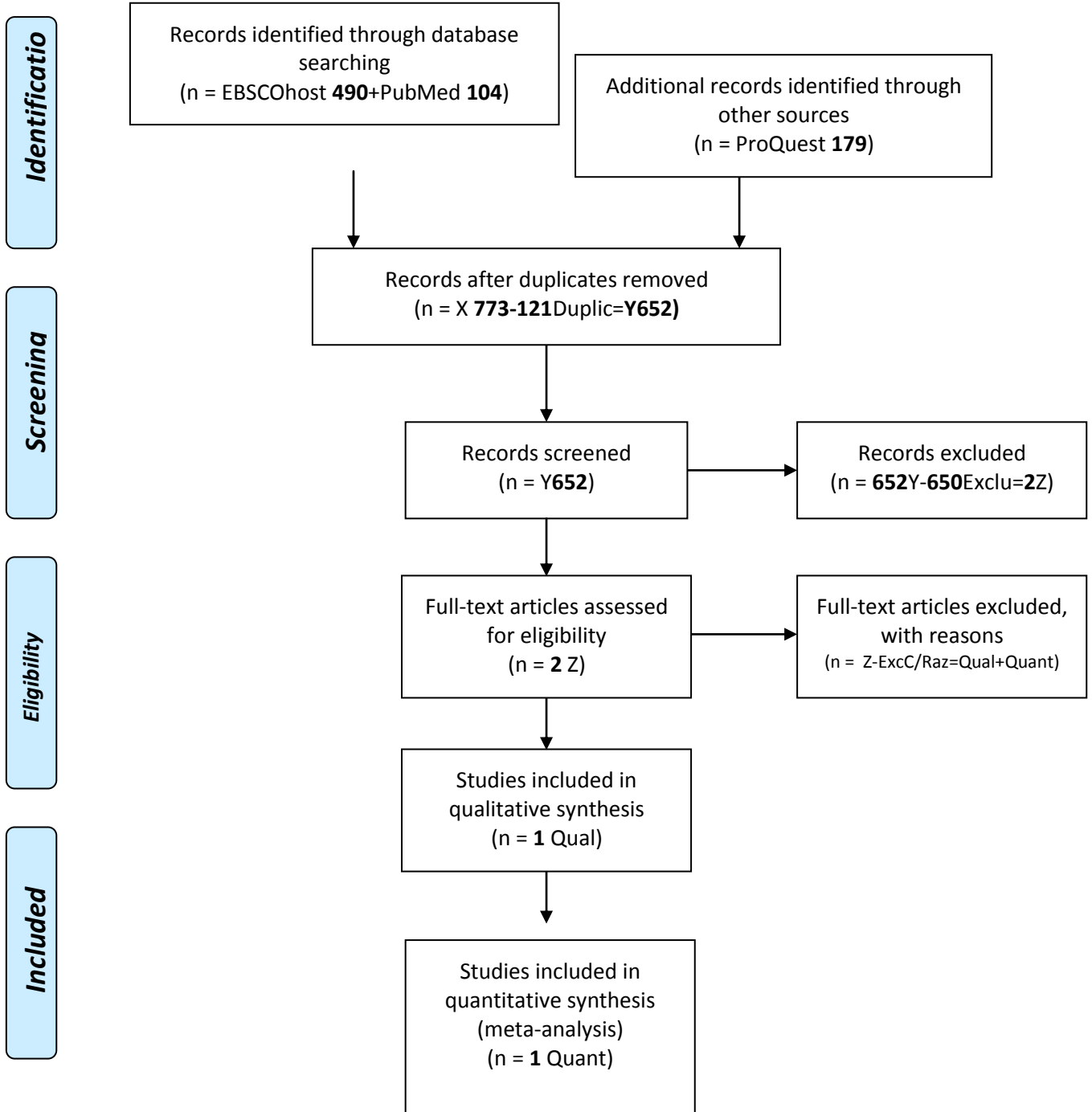
Tabela 1- Nursing **AND** Child **OR** Health Promotion **AND** Physical Activity

Base de Dados Palavras-chave	Plataforma EBSCO				PROQUEST	PUBMED
	CINAHL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA		
1-Nursing	3	4149	309	928	20	331
2- Child	13	8174	9071	2418	8061	10565
3- Health Promotion	0	322	264	158	150	349
4- Physical activity	0	958	1521	385	501	1969
1 AND 2	3	216	88	70	20	83
1 OR 3	3	4456	570	1069	20	685
1 AND 4	0	40	7	22	3	8
2 OR 3	13	8458	9269	2556	8099	10797
2 AND 4	0	150	284	64	348	443
3 AND 4	0	29	68	11	21	99
1 AND 2 OR 3	3	538	353	224	442	20
2 OR 3 AND 4	13	8199	9120	2427	8066	509
1 AND 2 OR 3 AND 4	3	247	159	81	179	104



Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram

PRISMA 2009 Flow Diagram



Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: As intervenções de Enfermagem para a promoção da prática do exercício físico nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem para a promoção da prática do exercício físico nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com idades entre os 6 a 9 anos

Conceito: Atividade Física, Intervenções de Enfermagem e Promoção da saúde

Contexto: Escolar

➤ **Autor/es:** Yúber Rodríguez Rojas e Yenny Argüello Gutiérrez. Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidade infantil: una revisión sistemática. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(2): 111-126.

➤ **Ano da Publicação:** 2014

➤ **País de origem:** Colombia

➤ **Objetivos:** Analisar os programas de promoção e prevenção que têm sido utilizados para lidar com a obesidade infantil, tendo em conta três aspetos: modalidades, estratégias e atores envolvidos.

➤ **Metodologia/métodos:** Quanto ao método de análise de dados o estudo é qualitativo, em que a realidade que é estudada não pode ser generalizada e é valorizada a subjetividade. Segundo Terence e Filho (2006) na abordagem qualitativa, o investigador procura aprofundar-se na compreensão dos fenómenos que estuda, ações dos indivíduos, grupos ou organizações no seu ambiente e contexto social, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.

A Revisão sistemática de estudos foi desenvolvida em 14 países (Alemanha, Austrália, Canadá, Chile, China, Espanha, Estados Unidos, Holanda, Itália, México, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça entre 2007 a 2013.

Para a compilação dos dados, foi elaborada uma matriz de colheita de dados, que consiste em duas seções, na primeira em que foram registados os termos-chave, as equações de procura e o número de artigos encontrados em cada uma das bases de dados consultadas. Depois, foram incluídos os artigos definitivos, que incluíam o título do artigo, o objetivo do estudo, o resumo (resumo), o país, o ano, a revista que o publica, o tipo de estudo, a estratégia de abordagem utilizada, os elementos contemplados em cada uma das estratégias, as medidas realizadas, o resultado obtido e as evidências científicas considerando os parâmetros da escala de Níveis de Qualidade da Evidência Científica. Posteriormente, eles foram classificados nas seguintes categorias: Categoria A, Incluído: Correspondem a artigos que incluíam elementos relacionados aos sistemas de gestão e segurança do paciente, e que contribuem para a compreensão; Categoria B, Revisão: Referem-se aos artigos que contribuem para a fundamentação e validade dos resultados e Categoria C, Excluído: Em relação aos artigos que cumpriu os critérios de exclusão.

Uma vez identificados os artigos definitivos foram obtidos em texto completo, posteriormente foi feita a extração da informação usando a matriz acima mencionada para identificar as tendências (usando estatística descritiva simples) do artigo sobre sua origem, ano de publicação, tipo de estudo e tipo de intervenção abordado em cada um dos artigos (análise documental), para finalmente iniciar a descrição e síntese dos dados.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Foi feita uma revisão em cinco bases de dados especializadas (LILACS, IBECs, PubMed, Cochrane e SciELO) na área de Saúde, que inclui publicações de diferentes regiões. Utilizaram-se os termos MeSH –*Health Promotion - Obesity - Children* e equações de procura tanto em inglês como em espanhol.

Incluímos as investigações que relacionaram as duas variáveis centrais da revisão e que sua população-alvo eram crianças Pré-escolares e escolares.

Os limites de procura foram documentos em inglês e espanhol, publicados entre 2007 e 2013 e com texto completo disponível, 13 ensaios clínicos randomizados e 3 controlados pela comunidade, 3 ensaios quase-experimentais, 27 estudos descritivos e 2 estudos exploratórios foram ligados. A partir da busca, foram obtidos 1030 artigos no total, dos quais 77 atenderam aos critérios iniciais de inclusão, após

análise das categorias estabelecidas na matriz documental, foi demonstrado que apenas 48 preencheram todos os critérios de inclusão mencionados; os 29 restantes foram excluídos por não corresponderem aos resultados da pesquisa, mas que participaram de revisões sistemáticas, revisões de tópicos ou documentos técnicos.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“Deve-se acrescentar que os artigos que se referem a ações específicas para o controle da obesidade incluem diferentes estratégias, entre as quais a Atividade Física, Educação, Nutrição e Intervenções Compreensivas, neste último uma combinação dos itens acima é contemplada. Estas estratégias são operacionalizadas através de programas que são levados à população infantil para reduzir as alterações de peso, em favor do bem-estar físico e social.” (Rojas *et al.*, 2014, p.116)

“A implementação da Atividade Física como estratégia para o tratamento da obesidade infantil é baseado em níveis de inatividade e o comportamento sedentário das crianças, bem como a melhoria das capacidades motoras em idades precoces, o que pode influenciar a sua participação em atividades físicas e desportivas na vida adulta.” (Rojas *et al.*, 2014, p.116)

“Em Denver, 98 espaço de jogos foram renovados em escolas de ensino fundamental, com o objetivo de promover o uso adequado do tempo livre e dos espaços de lazer; como resultado, descobriu-se que o uso de estes espaços foram muito maiores.” (Rojas *et al.*, 2014, p.116)

“Através de um estudo clínico randomizado com 81 meninas obesas, usaram a estratégia de leitura de um livro, que contava a história de uma menina com excesso de peso e suas aventuras para melhorar sua auto estima e autoeficácia, o que lhe permitiu aprender a importância de uma nutrição adequada e níveis saudáveis de atividade física, além disso, o livro incluía anexos de alimentos saudáveis e sugestões de atividades físicas.” (Rojas *et al.*, 2014, p.119)

“Na combinação de estratégias para abordar este problema de saúde pública, foram encontradas recomendações que procuram promover estilos de vida saudáveis, que se focam em: (...) limitar o tempo de uso da televisão ou computador para 2 horas por dia, (...) participar em atividades físicas por 60 minutos diários e passar 60 minutos de tempo em família ininterruptamente todos os dias.” (Rojas *et al.*, 2014, p.119)

"(...) Graças à implementação de um programa que consistia em material educativo sobre alimentação saudável e jogos para promover a atividade física durante o intervalo escolar através da metodologia educacional de Pesquisa, Visão, Ação e Mudança, em 16 escolas na Espanha, a prevalência de sobrepeso foi reduzida em 62%." (Rojas *et al.*, 2014, p.119)

"O outro foco de atenção para a prevenção da obesidade infantil é a intervenção na Escola, porque as crianças passam grande parte do tempo em ambientes escolares ou atividades escolares. A educação é, sem dúvida, uma estratégia fundamental na gestão da obesidade infantil, é por isso que a OMS acolhe a expressão da Saúde Escolar Integral e a define como "uma estrutura internacionalmente reconhecida para apoiar a melhoria dos resultados educacionais nos estudantes, enquanto a saúde é abordada de forma planeada, integrada e holística." (Rojas *et al.*, 2014, p.122)

Traduzido de Espanhol para Português de Rojas *et al.*, 2014, p.111-126

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** Level V- Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies

➤ **Contributo para a questão de revisão:** Considerando que o desenvolvimento de pesquisas que contribuam para a construção de programas de promoção e prevenção que permitam a redução da obesidade na população infantil é necessária. Também reconhecido pela comunidade e, especialmente, pelos pais para o desenvolvimento da educação na prevenção da obesidade infantil, é o setor da saúde e, mais especificamente, os médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde; no entanto, considera-se que se deve fornecer mais conselhos sobre o que e como eles realizam recomendações para reduzir ou controlar o peso e, assim, gerar um apoio real e capacitação em estabelecer hábitos saudáveis nas famílias.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: As intervenções de enfermagem para a promoção da prática do exercício físico nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar.

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem para a promoção da prática do exercício físico nas crianças do 1º ciclo em contexto escolar?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com idades entre os 6 a 9 anos

Conceito: Atividade Física, Intervenções de Enfermagem e Promoção da saúde

Contexto: Escolar

➤ **Autor/es:** *Jessica Durbin, Mitzi Baguioro e Donita Jone. Pediatric Obesity in Primary Practice: A Review of the Literature. *Pediatric Nursing*.2018; 44(4): 202-206.*

➤ **Ano da Publicação:** 2018

➤ **País de origem:** Estados Unidos

➤ **Objetivos:** Fornecer aos prestadores de cuidados primários, os enfermeiros, descobertas baseadas em evidências para adicionar em sua prática clínica.

Um dos principais objetivos da prática avançada em enfermagem na atenção primária é a prevenção de doenças e suas complicações para manter a saúde e bem-estar desde o nascimento até a velhice, uma vez que identificando e implementando ações eficazes na prevenção da obesidade o mais cedo possível na vida da criança pode diminuir o aparecimento de doenças crónicas.

➤ **Metodologia/métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo e transversal. O método quantitativo consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de fatos, objetivos, fenómenos e acontecimentos que existem independentemente do investigador (Freixo, 2011). Este método tem em conta que todos os dados são quantificáveis e podem ser traduzidos em números, opiniões e informações para serem classificados e analisados, normalmente, utilizando métodos estatísticos, generalizando os resultados da amostra

para a população alvo (Freixo, 2011). Segundo Ribeiro (2010) os estudos transversais focam-se geralmente num único grupo que representa a população em estudo e os dados são colhidos num único momento.

A revisão sistemática da literatura onde foi feita uma revisão em cinco bases de dados disponíveis na Universidade dos Estados Unidos (Cochrane Biblioteca, CINAHL, PubMed, Medline, Esporte Discus e Fonte de Saúde Nursing / Academic Edition electronic). Como critérios de pesquisa utilizou-se as seguintes palavras-chave “child obesity”, “physical activity”, “nutrition,” nas datas de janeiro de 2012 até fevereiro de 2017.

Para este estudo foram selecionados quatro artigos tendo como métodos:

- Um estudo clínico randomizado de 10 semanas de “FATmax exercise training” (10 minutos de aquecimento, 40 minutos atividades físicas, 10 minutos de relaxamento), tendo como amostra 46 meninos com idades entre os 8 e 10 anos e vinte e seis obesos e 26 meninos magros foram selecionados aleatoriamente na intervenção e grupos de controle. Nos grupos de intervenção participaram durante 10 semanas, 5 dias por semana onde foi supervisionado os exercícios acima referidos e nos grupos de controle foi pedido para continuarem os seus hábitos regulares de atividade física durante o estudo. As medições Antropométricas foram feitas antes e após a intervenção.

- Estudo transversal que mediu a intensidade das atividades físicas de 6.539 crianças de 9 a 11 anos em 12 países, como atividades físicas moderadas a vigorosas ou atividades físicas vigorosas, e atividades sedentárias, utilizado um acelerómetro à volta da cintura durante 24 horas por dia durante 7 dias, e depois foi feita uma avaliação das taxas de IMC e obesidade.

- Um estudo randomizado com 5.158 estudantes de três escolas diferentes da Pensilvânia para avaliar o efeito de mudanças nutricionais e atividades físicas no IMC das crianças. Os alunos foram solicitados a caminhar à volta do parque infantil durante o recreio com o objetivo de caminhar 5 a 10 milhas cada semestre. O IMC foi avaliado no programa de intervenção antes e após a caminhada.

- Uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a eficácia do comportamento alimentar escolar e atividade física em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** A pesquisa foi feita através de 5 bases de dados, tendo como resultados de procura: na Cochrane Biblioteca resultou de cinco resultados

publicados de março de 2013 a novembro 2016; na CINAHL produziu 23 resultados publicados de janeiro de 2013 a novembro de 2016; na PubMed resultou de 14 resultados publicados de 2013 a 2015; Sport Discus teve 47 resultados de janeiro de 2013 a fevereiro de 2017; e a Nursing Fonte de Saúde Academic resultou oito resultados publicados de 2013 a 2016. Esses artigos apresentaram várias intervenções sobre obesidade, como seleção de dieta, atividades físicas, exercício físico, estilo parental, modificação comportamental, educação física e mudanças no currículo escolar.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

“Prevenindo a obesidade infantil em um estadio muito inicial na vida da criança promove comportamentos positivos de saúde na criança, inculcando estilo de vida saudável escolhas que irão melhorar globalmente a saúde e prevenir complicações de saúde em adolescentes e adultos. Efeitos adversos da obesidade sobre a saúde das crianças chegam à idade adulta, com doenças como doença cardiovascular, diabetes, hipertensão, cancro e depressão. É necessário enfatizar o papel dos enfermeiros na prática clínica para diminuir essa doença.” (Durbin *et al.*, 2018, p.205)

“Os enfermeiros podem utilizar técnicas motivacionais como a entrevista com a criança, pais e cuidadores. Esta técnica é útil na identificação de barreiras que a criança e ou cuidadores podem ter contra a comida saudável, escolhas e aumento da atividade física como tempo e restrições financeiras, o medo de se aleijarem, restrições conjugais, segurança e / ou outras condições. A Entrevista motivacional também serve para fornecer elogios positivos, esforços feitos pela criança e pela família e para encorajar na mudança de comportamento da criança e da família.” (Durbin *et al.*, 2018, p.205)

“As atividades físicas podem incluir saltar, jogar, correr, caminhar, dançar, nadar, andar de bicicleta e praticar desporto.” (Durbin *et al.*, 2018, p.205)

“Outra recomendação é a educação familiar, pois educar não só a criança mas também os pais, e responsáveis é uma das medidas mais eficazes para garantir a adesão e resultados bem sucedidos e duradouros quando destinados à família e de atitudes e hábitos dos indivíduos, mensagens direcionadas para os pais e cuidadores da criança é importante porque os bons

hábitos alimentares e exercícios começam em casa.” (Durbin *et al.*, 2018, p.205 e 206)

“A importância de evitar fast-food, ajustando os tamanhos das porções de forma apropriada para a idade, evitando a televisão para crianças menores de 2 anos, participando no planejamento e preparação de refeições em família, compras de alimentos e envolver a família em exercícios com as crianças devem ser insistidos porque estes são todos essenciais para combater a obesidade.” (Durbin *et al.*, 2018, p.206)

Traduzido de Inglês para Português de Durbin *et al.*, 2018, p.202-206.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** Level I- Evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant RCTs (randomized controlled trial) or evidence-based clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs or three or more RCTs of good quality that have similar results.

➤ **Contributo para a questão de revisão:** Os enfermeiros são essenciais em ajudar a promover mudanças positivas em crianças e familiares, uma vez que a modificação do estilo de vida das crianças/famílias através da atividade física pode alterar o peso e o bem-estar das crianças. É fundamental prevenir a obesidade infantil em um estágio muito inicial na vida da criança, inculcando estilos de vida saudáveis, uma vez que irão melhorar globalmente a saúde e prevenir complicações de saúde em adolescentes e adultos.

ANEXO III- Artigos analisados: *Scoping Review*

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Yúber Liliana Rodríguez Rojas*
Yenny Paola Argüello Gutiérrez**

Recibido en agosto 6 de 2013, aceptado en julio 21 de 2014

Citar este artículo así:

Rodríguez Rojas YL, Argüello Gutiérrez YP. Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil: una revisión sistemática. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(2): 111-126.

Resumen

Objetivo: Analizar los programas de promoción y prevención que han sido utilizados para el abordaje de la obesidad infantil, desde tres aspectos: modalidades, estrategias y actores involucrados; en pro de la generación de respuestas a esta problemática de salud pública. **Métodos:** Revisión sistemática de estudios desarrollados en 14 países entre 2007 a 2013, publicados en cinco bases de datos –LILACS, IBECS, PubMed, Cochrane y SciELO–. Se utilizaron los términos MeSH –*Health Promotion - Obesity - Children*– y ecuaciones de búsqueda tanto en inglés como en español. **Resultados:** Se encontraron 1030 artículos, de los cuales 48 cumplieron con todos los criterios de inclusión. En estos se identificaron cuatro tendencias: diagnóstico (6 artículos), intervención (39 artículos), costo-efectividad de los programas (1 artículo) y políticas públicas (2 artículos). **Conclusiones:** Existen diferentes programas de promoción y prevención de la obesidad, los cuales han abordado estrategias que incluyen la práctica de la actividad física, orientaciones nutricionales, procesos educativos y abordajes integrales, a la vez estos han vinculado distintos actores, entre ellos, padres, docentes, organizaciones de salud, agentes políticos; sin embargo, aún no se ha logrado diseñar un programa generalizable puesto que guardan una estrecha relación con los patrones culturales de cada región.

Palabras clave

Promoción de la salud, prevención primaria, obesidad, niños, preescolar (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Fisioterapeuta. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia. Autora para correspondencia. Correo electrónico: ylorodriguezr@gmail.com

** Fisioterapeuta. Magíster en Fisiología. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yenny.arguello@iberoamericana.edu.co

PROMOTION AND PREVENTION PROGRAMS FOR THE TREATMENT OF CHILDHOOD OBESITY: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Objective: To analyze promotion and prevention programs which have been used for addressing childhood obesity from three aspects: modalities, strategies and actors involved towards generation of responses to this public health problem. **Methods:** Systematic review of studies conducted in 14 countries between 2007 and 2013 published in five databases –LILACS, IBECs, PubMed, Cochrane and SciELO–. MeSH terms were used –Health Promotion - Obesity - Children– and search of equations in both English and Spanish. **Results:** There were 1,030 articles, of which 48 met all inclusion criteria. In these, four trends were identified: diagnosis (6 articles), intervention (39 articles), cost-effectiveness of programs (1 article) and public policy (2 articles). **Conclusions:** There are different programs for promotion and obesity prevention, which have addressed strategies that include practice of physical activity, nutritional guidance, educational processes and comprehensive approaches, while these have linked different actors including parents, teachers, health organizations, political agents; however, it has not yet been possible to design a program that can be generalized because they keep a close relationship with each region cultural patterns.

Key words

Health promotion, primary prevention, obesity, children, preschool (*source: MeSH, NLM*).

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO PARA A ABORDAGEM DA OBESIDADE INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Resumo

Objetivo: Analisar os programas de promoção e prevenção que tem sido utilizado para a abordagem da obesidade infantil, desde três aspectos: modalidades, estratégias e atores envolvidos; em pro da geração de respostas a esta problemática de saúde pública. **Métodos:** Revisão sistemática de estudos desenvolvidos em 14 países entre 2007 a 2013, publicados em cinco bases de dados –LILACS, IBECs, PubMed, Cochrane e SciELO–. Utilizaram se os términos MeSH –*Health Promotion - Obesity - Children*– e equações de busca tanto em inglês como em espanhol. **Resultados:** Encontraram se 1030 artigos, dos quais 48 cumpriram com todos os critérios de inclusão. Nestes se identificaram quatro tendências: diagnóstico (6 artigos), intervenção (39 artigos), custo- efetividade dos programas (1 artigo) e políticas públicas (2 artigos). **Conclusões:** Existem diferentes programas de promoção e prevenção da obesidade, os quais têm abordado estratégias que incluem a pratica da atividade física, orientações nutricionais, processos educativos e abordagens integrais, à vez estes tem vinculado distintos atores, entre eles, pais, docentes, organizações de saúde agentes políticos; apesar disso, ainda não se tem logrado desenhar um programa generalizável já que guardam uma estreita relação com os padrões culturais de cada região.

Palavras chave

Promoção da saúde, prevenção primaria, obesidade, crianças, pré-escolar (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se incrementó la obesidad infantil, según los análisis reportados por Gerards et al. (1) se ha convertido en una problemática de salud pública en el ámbito mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS)(2) refiere 42 millones de niños con sobrepeso en el mundo, de los que cerca de 35 millones (83%) viven en países en desarrollo. Por su parte, la OMS indica que la obesidad infantil se atribuye a factores como el cambio dietético de la sociedad, caracterizado por una ingesta hipercalórica basada en un alto consumo de grasas y azúcares y la disminución de la práctica cotidiana de actividad física (3); esta última, como producto de la incorporación de la tecnología en la vida diaria de los niños como los videojuegos y demás medios audiovisuales asociados a la recreación y uso del tiempo libre en los niños; adicionalmente, los mecanismos de transporte y el uso masivo de los vehículos reducen cada día más los desplazamientos (caminata), situación que conlleva a la disminución de la práctica de actividad física.

A lo anterior se suman las dinámicas culturales de las regiones y las respuestas de la sociedad ante la globalización, debido a que en la actualidad los padres deben trabajar para poder atender las necesidades económicas del hogar. Según el estudio de Kreichauf et al. (4), en los últimos 20 años la actividad física en niños ha disminuido en países desarrollados y en desarrollo, convirtiéndose en un factor clave en la epidemia de la obesidad infantil y además en un factor de riesgo cardiovascular, descrito ampliamente en la literatura. Además, los efectos adversos de tipo metabólico puede generar alteraciones psicosociales y en las habilidades motoras, lo que redundará en mayor inactividad física. Aunado a ello, la obesidad tiene implicaciones en la imagen y en el esquema corporal de los sujetos por lo tanto puede llegar a afectar su desarrollo humano, al restringirles su participación en distintos ámbitos de la vida (social, laboral, entre otros).

Considerando este contexto, la obesidad infantil debe concebirse como un problema sociocultural, por cuanto requiere analizarse desde los determinantes sociales de la salud (5), con el ánimo de identificar las causas raíz y así poder establecer intervenciones acordes con las necesidades y especificidades sociales, culturales y políticas de cada grupo poblacional. Para ello, se requiere un abordaje desde diferentes áreas del conocimiento, de tal manera, que se logren generar respuestas interdisciplinarias acordes con los patrones contextuales de cada población.

Dada la limitada efectividad de la mayoría de las intervenciones desarrolladas a la fecha se necesitan nuevos enfoques, de tal manera que se aborde la obesidad infantil con una visión sistémica (6), por lo tanto se deben vincular distintos actores en el proceso con una participación activa, entre ellos, los padres y un equipo interdisciplinario, y a la vez construir una política pública que sustente dichas acciones. Si bien algunos estudios han hecho aproximaciones al abordaje desde la actividad física, aún se reconocen limitaciones en los mismos, como es el caso del estudio de Kreichauf et al. (4) quienes señalan que los estudios que informaron resultados positivos incluían sesiones de actividad física con una duración mínima de 30 minutos involucrando equipos portátiles para el desarrollo de la actividad física (centrada en el juego), esto último para alcanzar un esfuerzo moderado a vigoroso. Además, se reconoce como un factor clave de éxito la formación del profesorado; sin embargo, se identifica la falta de vinculación de la actividad física en las rutinas diarias y otras áreas del currículo preescolar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión sistemática de estudios desarrollados en 14 países (Alemania, Australia, Canadá, Chile, China, España, Estados Unidos, Holanda, Italia, México, Portugal, Reino Unido,

Suecia y Suiza), que describieran programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil. Para ello, se realizó una revisión en cinco bases de datos especializadas en el área de la Salud, que incluyen publicaciones de diferentes

regiones (LILACS, IBECs, PubMed, Cochrane y SciELO), usando términos MeSH (*Health Promotion - Obesity - Children*) y ecuaciones de búsqueda tanto en como en español.

Tabla 1. Términos MeSH y ecuaciones de búsqueda utilizados en la revisión sistemática

TÉRMINOS MESH: Health Promotion - Obesity - Children
ECUACIONES DE BÚSQUEDA: obesidad AND niños AND fulltext:(“1”) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS”) AND mh:(“Obesidad” OR “Sobrepeso” OR “Índice de Masa Corporal” OR “Estado Nutricional” OR “Peso Corporal” OR “Ejercicio” OR “Promoción de la Salud” OR “Hábitos Alimenticios” OR “Antropometría”) AND limit:(“preschool” OR “child”) AND la:(“en” OR “es”) AND year_cluster:(“2011” OR “2012” OR “2010” OR “2009” OR “2008” OR “2007”). promoción de la salud AND obesidad AND niños AND fulltext:(“1”) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS”) AND la:(“en” OR “es”) AND year_cluster:(“2010” OR “2011” OR “2012” OR “2008” OR “2009”). (“health promotion”[MeSH Terms] OR (“health”[All Fields] AND “promotion”[All Fields]) OR “health promotion”[All Fields]) AND (“obesity”[MeSH Terms] OR “obesity”[All Fields]) AND (“child”[MeSH Terms] OR “child”[All Fields] OR “children”[All Fields]) AND (“loattrfree full text”[sb] AND “2007/11/25”[PDAT] : “2012/11/22”[PDAT] AND “humans”[MeSH Terms] AND English[lang]) AND (“loattrfree full text”[sb] AND (“2009/01/01”[PDAT] : “2012/12/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH Terms] AND English[lang])

Fuente: Elaboración propia (2013).

Para la compilación de los datos, se diseñó una “matriz de recolección de información”, la cual consta de dos apartes, en el primero se registraron los términos clave, las ecuaciones de búsqueda y el número de artículos encontrados en cada una de las bases de datos consultadas. En la segunda se ubicaron los artículos definitivos, la cual incluyó el título del artículo, el objetivo del estudio, el resumen (abstract), el país, el año, la revista que lo publica, el tipo de estudio, la estrategia de abordaje usada, los elementos contemplados en cada una de las estrategias, las mediciones efectuadas, el resultado obtenido y la evidencia científica considerando los parámetros de la escala de Niveles de Calidad de la Evidencia Científica (AATM). Lo anterior permitió verificar y detectar la duplicidad de los artículos en las diferentes fuentes consultadas, así como su calidad científica.

Posteriormente, fueron clasificados en las siguientes categorías: Categoría A, Incluido: Corresponden a los artículos que incluían elementos relacionados con los sistemas de gestión y la seguridad del paciente, y que aportan a la comprensión. Categoría B, Revisión: Hacen referencia a los artículos que aportan a la fundamentación y validez de los resultados. Categoría C, Excluido: Conciernen a los artículos que cumplieron con los criterios de exclusión.

Una vez identificados, se obtuvieron los artículos definitivos en texto completo, y posterior a ello se efectuó la extracción de la información usando la matriz mencionada para identificar las tendencias (usando estadística descriptiva simple) de los artículos en cuanto a su origen, año de publicación, tipo de estudio y tipo de intervención abordada en cada uno de los artículos (análisis documental), para finalmente dar inicio a la descripción y síntesis de los datos.

Se incluyeron aquellas investigaciones que relacionaron las dos variables centrales de la revisión y que su población objeto fueran los niños preescolares y escolares. Los límites de búsqueda fueron documentos en inglés y español, publicados entre el 2007 al 2013 y con texto completo disponible. Se vincularon 13 ensayos clínicos controlados aleatorizados y 3 comunitarios, 3 cuasiexperimentales, 27 estudios descriptivos y 2 exploratorios.

De la búsqueda realizada, se obtuvieron 1030 artículos en total, de los cuales 77 cumplieron los criterios de inclusión inicial, tras su análisis a partir de las categorías planteadas en la matriz documental, se evidenció que solo 48 cumplieron con todos los criterios de inclusión mencionados; los 29 restantes fueron excluidos debido a que no correspondían a resultados de investigación sino que atendían a revisiones sistemáticas, revisiones de tema o documentos técnicos. Los artículos incluidos fueron calificados con la escala AATM según su nivel de evidencia y se ubicaron en la siguiente clasificación: 1 (II), 18 (III) y 29 (VIII). Lo que indica que la mayoría de los estudios (29

artículos) tiene una fuerza de evidencia pobre puesto que corresponden a estudios descriptivos, no obstante se encontraron 19 artículos con fuerza de evidencia entre adecuada y buena.

RESULTADOS

En los 48 artículos analizados se evidenciaron cuatro tendencias en los tipos de abordaje relacionados la promoción y la prevención de la obesidad infantil: aquellos que están orientados al diagnóstico (6 artículos); los que desarrollaron acciones específicas para el control de la obesidad (39 artículos); los que se referían a la costo-efectividad de las intervenciones (1 artículo) y los orientados a aspectos de política pública (2 artículos) (ver Tablas 2 y 3).

Los artículos orientados hacia el diagnóstico se centran en la identificación de la prevalencia de la obesidad infantil basados en la aplicación de encuestas que exploran el nivel de actividad física, perfiles de sedentarismo, la talla, el peso, aspectos relacionados con la nutrición y hábitos de vida (7.

Tabla 2. Tipos de intervención efectuada

TIPO DE INTERVENCIÓN	No. DE ARTÍCULOS
Diagnóstico	6
Actividad física	3
Actividad física y educación	3
Actividad física y nutrición	9
Nutrición y educación	2
Actividad física, nutrición y educación	7
Educación	6
Abordaje integral	9
Costo-efectividad	1
Políticas	2
TOTAL	48

Fuente: Elaboración propia (2013).

Es así como se encuentra el Índice de Masa Corporal –IMC– (peso/talla al cuadrado), como uno de los indicadores más utilizados para determinar la obesidad infantil. A partir del cual, según el CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), en sus tablas de crecimiento del 2000, definen el sobrepeso con un IMC específico para la edad con un percentil $\geq 85^{\text{th}}$ y $< 95^{\text{th}}$ y la obesidad con un IMC específico para la edad, con un percentil $\geq 95^{\text{th}}$ (8).

También se cuenta con el *International Obesity Task Force* (IOTF), donde el IMC se ajusta a la edad y el sexo específico, tanto en la categoría de niños como jóvenes, tomando como punto de clasificación los 25 kg/m^2 (sobrepeso) y 30 kg/m^2 (obesidad) utilizada en la clasificación del IMC en los adultos, estableciendo valores para niñas y niños entre los 2 a 18 años tanto en la categoría de sobrepeso como obesidad (1, 9).

Otro factor importante dentro del diagnóstico está relacionado con el análisis de los aspectos comportamentales (hábitos de su vida cotidiana) (10) y más allá de ello las creencias que tienen los padres alrededor del tema del peso y la concepción de hijos saludables, sobre todo en sus edades más tempranas, que se convierte en información valiosa sobre las influencias sociales y culturales en las prácticas de alimentación infantil.

Según Lindsay et al. (11), en 2011 las percepciones y prácticas relacionadas con el estado del peso, alimentación y desarrollo de los niños con sobrepeso en 51 madres latinas de bajos ingresos, evidenciadas a través de 6 grupos focales en un lapso de 6 meses, se enfocan en la concepción de equiparar un niño “gordito” con una buena crianza y buena salud aunque no lo sea; creencias que se han transmitido de generación en generación. Sin embargo, las madres también refirieron la importancia de contar con una alimentación saludable y ser ejemplos positivos para sus hijos, ya que las prácticas culturales establecidas no son

saludables y pueden traer consecuencias negativas para el bienestar físico y social de sus hijos.

Por otro lado, se reconoce que la obesidad es un desorden multifactorial, originado desde la interacción de elementos tanto genéticos como ambientales, estudios como el de Bürgi et al. (12) y Lazzeri et al. (13) con una población de 1751 niños entre 8 y 9 años, establecen la relación inversa entre la prevalencia de la obesidad infantil y el nivel de educación de los padres; esto sugiere que los recursos culturales de la familia, en especial de los papás, son vistos como una influencia en la prevalencia de la obesidad infantil.

Cabe agregar, que los artículos que se refieren a acciones específicas para el control de la obesidad incluyen diferentes estrategias, entre las que se encuentran Actividad Física, Educación, Nutrición e Intervenciones Integrales, en esta última se contempla una combinación de las anteriores. Dichas estrategias las operacionalizan por medio de programas que son llevados a la población infantil en aras de reducir las alteraciones del peso, en pro del bienestar físico y social.

La implementación de la *Actividad Física* como una estrategia para el manejo de la obesidad infantil, se sustenta en los niveles de inactividad y conductas sedentarias de los niños, además de la mejora en las habilidades motoras en edades tempranas, lo cual puede influenciar su participación en actividades físicas y deportes en la vida adulta (14). En Denver se renovaron 98 espacios de juego en las escuelas primarias con el objetivo de favorecer la utilización adecuada del tiempo libre y los espacios de juego; como resultado se encontró que la utilización de dichos espacios fue mucho mayor, sin embargo, el impacto de los rasgos de la renovación no es claro y además se sugiere que la construcción y renovación de espacios es solo un paso, pero que definitivamente se debe contar con el soporte de políticas públicas efectivas que mejoren los recursos de la actividad física para las poblaciones minoritarias (15).

Tabla 3. Tendencias identificadas en los artículos

TENDENCIA DE LOS ARTICULOS	MODALIDADES/ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL Y ACTORES INVOLUCRADOS										
Diagnóstico	Índice de masa corporal (niños).	Perfiles de niños sedentarios y comportamientos relacionados (niños).	Índice de masa corporal (niños).	Perfiles de niños sedentarios y comportamientos relacionados (niños).	Encuesta: Actividad física, nutrición y talla y peso (niños).	Análisis cualitativo de barreras (profesionales de la salud y personal administrativo).	Prevalencia de la obesidad IMC 2. Creencias de las madres latinas.				
Actividad Física (AF)	180 minutos día (niños).	Ambiente de juego y ocio (niños y escuela).	Clases de educación diferentes según género (niños y escuela).								
Actividad física y educación	Proyectos de promoción de AF (padres, hijos, profesores y agentes políticos).	Programa de prevención después de clase (niños y escuela).	FRAC- Actividad física a través del currículo (niños y escuela).								
Actividad física y nutrición	AF y dieta (padres e hijos).	<i>Abell</i> (niños y escuela).	Nutrición <i>on Go</i> (niños de 5° grado).	Programa <i>GO for your life</i> (niños y escuela).	Intervención <i>Fit&Chorp</i> (niños).	Intervención <i>Toy Box</i> (niños y agentes políticos).	Nutrición <i>on Go</i> (niños de 5° grado).	Escuela - promover estilos de vida saludables (niños, padres).	AF y dieta (niños)		
Nutrición y educación	Programa de nutrición enseñado por profesores capacitados (niños, profesores, padres).	Promoción de Salud en la escuela - situación de salud y nutrición- (agentes gubernamentales).									
Actividad física, nutrición y educación	Estrategia de ejercicio aeróbico -12 semanas, educación nutricional y asesoría (madres e hijas latinas).	<i>Crianza positiva</i> , AF y Rangos de nutrición (padres e hijos).	Intervención intensiva a partir de un equipo multidisciplinario: médico, nutricionista, especialista en actividad física y en salud mental (niños y padres).	Capacitación a (padres, niños y profesionales).	Capacitación y capacidad comunitaria (padres, hijos, comunidad).	Talleres por líderes capacitados (niños).	Capacitación a (padres).				
Educación	Asesorías control peso (padres).	Atención Primaria en Salud (padres).	Asesoría desde determinantes socioculturales (padres e hijos).	Asesoría a partir de la lectura de necesidades (agentes políticos).	Programa de estilos de vida saludables de la Universidad de <i>DJNE</i> Estrategia basada en la lectura de literatura infantil (niños).	Folleto (niños y padres).					

TENDENCIA DE LOS ARTICULOS		MODALIDADES ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL Y ACTORES INVOLUCRADOS							
Abordaje integral	Colaboración Interoctural y desarrollo de políticas integrales (todos los actores mencionados).	EPODE Componente político, Recursos sostenibles, Soporte de servicios de entrada científica basada en evidencia y Evaluación del Programa. (Todos los actores).	Programa CL/CK-Obesity incluía un currículo integrado con educación para la AF, dieta saludable, ambiente escolar y comportamiento familiar (padres, escuela, niños).	Marco ANGELO -el marco incluye desde aspectos personales hasta político-ambientales- (agentes políticos y comunidad en general).	AF y habilidades motoras incorporadas en el diseño, currículo y evaluación en el jardín. Disminución de factores de riesgo de la salud. 30 minutos de educación física basadas en la formación pedagógica holística (educación psicomotora temprana), estos 30 minutos incluan actividades de salto, equilibrio y abdominales. Los padres se intervienen con tarjetas de trabajo en casa sobre AF. Los profesores entrenados en talleres de AF. (Todos).	Programa COPDP (comunidad en general, organizaciones de atención de salud, lugares de trabajo, escuelas, centros de cuidado de niños, y organizaciones religiosas).	Programa orientado al mejoramiento del entorno, físico, social y cultural en los centros educativos (niños, docentes, padres).	Promoción de la salud: 1) Evaluación de necesidades (determinantes y factores de riesgo). 2) Formulación de objetivos de cambio. 3) Selección de estrategias prácticas y métodos basados en la teoría. 4) Desarrollo del programa. 5) Adopción e implementación y 6) Diseño y evaluación. (Todos los actores mencionados).	Modo de abordaje Construense (todos los actores mencionados)
	Atención por especialista pediátrico, intervenciones poblacionales (No Aplica).								
Evaluación de políticas públicas	Evaluación de política para disminuir la obesidad infantil (agentes políticos).	Evaluación de política para disminuir la obesidad infantil (agentes políticos).							

Fuente: Elaboración propia (2013).

Otro factor a considerar en la implementación de programas de actividad física son las diferencias de género, Hobin et al. (16) en 76 colegios de Ontario indagaron en los estudiantes, los cuales fueron caracterizados (edad, grado, género, talla y peso) inicialmente, acerca del tiempo (minutos) que utilizaban en el desarrollo de actividad física diariamente durante los últimos 7 días y qué tanto de ese tiempo era dedicado a actividades fuertes; se tuvo como resultados que los hombres reportan significativamente más minutos por día en el desarrollo de actividades fuertes en comparación con las mujeres, asociado tanto a factores ambientales propios de la escuela como

es la inexistencia de espacios alternativos para el desarrollo de actividades físicas como la danza, y por otro lado se encuentran factores propios del estudiante como son los intereses particulares de las mujeres por actividades de flexibilidad.

En este sentido, se debe resaltar que la escuela tiene varios compromisos tanto con las niñas y los niños como con sus familias y con la sociedad; por un lado propiciar el cumplimiento de logros académicos acordes con su edad y grado, pero sin dejar de lado algo esencial, la enseñanza del autocuidado, de la protección de la salud y en este sentido del control de su peso corporal (17, 18).

Los programas de prevención de la obesidad comúnmente son implementados en el entorno escolar bajo un enfoque de prevención primaria, pero el reto es poder implementar en estos ambientes enfoques de prevención secundaria que nos proporcionen un apoyo individualizado a grupos numerosos. Podrían aparecer varias opciones de solución para viabilizar esto, una de ellas es el diseño de estrategias mediante el uso del Internet, que permita modificar conductas alimentarias, aumentar la actividad física y disminuir el peso en los niños (19). A su vez, Bravender et al. (20) por medio de un ensayo controlado aleatorizado con 81 niñas obesas utilizaron la estrategia de lectura de un libro, que contaba la historia de una chica con sobrepeso y sus aventuras para mejorar su autoestima y autoeficacia que le permitieron aprender la importancia de la adecuada nutrición y niveles saludables de actividad física; además, el libro incluía apéndices de comidas saludables y sugerencias de actividades físicas; en un período de 6 meses las participantes lograron reducir de manera significativa su IMC comparado con el grupo control.

Un actor también reconocido por la comunidad y en especial por los padres para el desarrollo de la Educación en la prevención de la obesidad infantil, es el ámbito sanitario y más específicamente los médicos y profesionales de la salud (21); sin embargo, se considera que deben ofrecer mayores consejos sobre cuáles y cómo se llevan a cabo las recomendaciones para disminuir o controlar el peso y generar así un real acompañamiento y empoderamiento en el establecimiento de hábitos saludables en las familias (22-29).

En el *Abordaje Integral* o combinación de estrategias para abordar este problema de salud pública se encontraron recomendaciones que buscan promover estilos de vida saludables, que se focalizan en: comer 9 frutas y verduras al día, desayunar todos los días en familia, limitar el tiempo de uso del televisor o computador a no más de 2 horas diarias, no tomar más de 2 vasos

por día de bebidas azucaradas (gaseosas, té con azúcar, entre otros), participar en actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos diarios (30), y pasar 60 minutos de tiempo en familia de forma ininterrumpida todos los días (31, 32). En estudios como el de Shaman et al. (33) son explícitos en la importancia de una alimentación saludable, en particular en contar con desayunos bajos en grasas y carbohidratos, privilegiando el consumo de fruta.

Llargues et al. (34), en su estudio reportaron que gracias a la implementación de un programa que consistía en material educacional sobre comida saludable y juegos para promover la actividad física durante el tiempo de descanso escolar a través de la metodología educacional de Investigación, Visión, Acción y Cambio – IVAC–, en 16 escuelas de España, se redujo la prevalencia del sobrepeso en un 62%. Han surgido alternativas o estrategias poco convencionales como lo evidenciado en el programa CPET –*niños, padres y mascotas ejercitándose*–, que permitió que en los hogares se incrementaran los niveles de actividad física consiguiendo un impacto positivo en la composición corporal, IMC, calidad de vida relacionada con la salud tanto en padres como en hijos (35).

Gerards et al. (1) diseñaron el programa de Intervención Triple P, el cual buscaba de manera similar a otros programas (36): mejorar la ingesta dietética, el nivel de actividad física y el estado de peso en los niños; incrementar las habilidades de crianza de los hijos y la confianza en el manejo de la conducta relacionada con el peso de los niños; reducir las prácticas de disciplina permisivas y coercitivas utilizadas por los padres; mejorar la comunicación de los padres sobre la salud y nutrición y reducir el estrés asociado con la crianza de niños sanos. Participaron del programa 84 triadas padres-hijos quienes recibieron la intervención por 14 semanas, la cual incluyó: 8 sesiones grupales de 90 minutos semanalmente, 2 sesiones telefónicas de 15 a 30 minutos semanalmente y

una sesión de grupo final de 90 minutos. Además, cada familia contaba con un libro de trabajo, un libro de recomendaciones y un folleto de juegos activos, para apoyar la información presentada en las sesiones, estas eran basadas en métodos de entrenamiento de habilidades activas bajo los principios de autorregulación. Programa que muestra la combinación de las estrategias mencionadas a lo largo de la revisión para el manejo de la obesidad infantil (37, 38).

Cabe resaltar que propuestas de programas basados en un abordaje integral, entendido por la combinación de diferentes estrategias (39), llevan consigo la utilización de modelos teóricos (6, 40) como la Teoría de Sistemas Familiares que postula un complejo marco teórico de relaciones recíprocas entre los miembros de la familia, según el cual cuando uno de los padres cambia sus comportamientos dietarios o de actividad física esto se verá reflejado en el comportamiento de sus hijos; permitiendo así a través de los programas proporcionar a los padres habilidades para generar cambios a largo plazo que incidan en los estilos de vida de sus hijos (41).

El Programa EPODE (*Juntos vamos a prevenir la obesidad infantil*), es una aproximación coordinada de construcción de capacidades a través de un proceso social en el cual los ambientes locales, las situaciones de la niñez y las normas familiares están involucradas para facilitar la adopción de estilos de vida saludables en los niños, que cuenta con 4 pilares dentro de su metodología: 1) Compromiso político, 2) Recursos para la implementación, 3) Servicios de Apoyo en la planeación, coordinación y comunicación para las comunidades y sus líderes y, 4) Evidencia para el autocontrol del programa; articulado por niveles tanto central, entiéndase las organizaciones políticas públicas y científicas, como local focalizado en cada comunidad (42). Este tipo de programas cuentan con el desarrollo de redes de trabajo, que analizan desde las necesidades de las comunidades,

formulación de objetivos de cambio, selección de estrategias y métodos prácticos, desarrollo del programa (43), adopción e implementación, hasta el empoderamiento y posicionamiento (44) frente al proceso de salud, transversalizado por los diferentes actores y estrategias (45, 46), que logran finalmente la disminución de la obesidad infantil asociado esto a una mejora en la calidad de vida de dicha población (47).

En relación con la costo-efectividad, se encontró un artículo que da cuenta de la evaluación del costo vs el efecto que se espera obtener con la implementación de programas; sin embargo, en este estudio se efectuó una proyección del manejo sanitario especializado, que requiere la población infantil con obesidad, cuando no es manejada de forma temprana y oportuna a través del análisis de datos epidemiológicos y un modelo económico estándar. El análisis se efectuó por medio del cálculo de la carga financiera proyectada como resultado de la oferta de los prestadores de servicios de prevención en todos los niveles de salud [sistema de salud de Suecia]. Este estudio concluyó que la atención pediátrica especializada oportuna puede reducir en un tercio (1/3) los costos derivados del manejo de la obesidad durante la adolescencia (48).

La última tendencia identificada es la relacionada con la evaluación de políticas públicas locales en prevención de la obesidad infantil; al respecto se identificaron dos estudios, uno que muestra la aproximación legislativa orientada a reducir la obesidad infantil a través de cambios en las políticas escolares, cuya implementación permitió identificar oportunidades de mejora en relación con la política de salud pública frente a los derechos de los sujetos, entre ellas: evaluar a la población a través del IMC, garantizar la participación de grupos de interés en el establecimiento de la base legal de las políticas públicas y establecer consensos sobre los enfoques para reducir la obesidad infantil (49).

El otro estudio propone un modelo para la evaluación de la política en prevención de la obesidad, este contempla tres aspectos fundamentales, a saber: voluntad política, el desarrollo de la política y las partes interesadas. Se aborda desde una visión sistémica por lo tanto vincula como elementos unas entradas, un conjunto de actividades, unas salidas y la generación de unos resultados. En las *entradas* se consideran datos epidemiológicos, actividades locales (colegios, mercado social efectuado alrededor del tema) y partes interesadas (Estado, organizaciones educativas, asociaciones de padres, docentes, estudiantes, entre otros) (50); en las *actividades* se incluyen las etapas del ciclo de la política (formulación, aprobación, ejecución y mantenimiento/ajustes); las *salidas* atienden al alcance, la adopción, la implementación y el mantenimiento; y los *resultados* se organizan temporalmente, es decir a corto y largo plazo, identificando cambios en el medio ambiente, en las normas sociales y en las conductas de salida de los sujetos (51).

DISCUSIÓN

La cifras reportadas a nivel mundial sobre la obesidad infantil son alarmantes, situación que ha llevado a establecer análisis desde sus factores causales donde se destacan los hábitos alimentarios, evidentes en ingestas hipercalóricas donde se privilegia el consumo de carbohidratos y grasas; y los bajos niveles de actividad física vistos desde el uso del televisor diariamente por períodos mayores a 2 horas, no realización de mínimo 60 minutos diarios de actividad física moderada, uso de medios masivos de transporte; todo en respuesta a las condiciones sociales, culturales y económicas actuales.

Esta problemática conllevó a establecer varias escalas o parámetros de clasificación de la obesidad infantil; sin embargo, generar comparaciones alrededor de este tema, ha sido difícil dadas las diferencias culturales, étnicas, entre otras, de la

población; además, porque muchas de las escalas han partido del análisis de una población específica (7). De estas escalas la IOTF es la menos arbitraria y más internacional ya que no toma datos de una sola población, como las tablas del CDC que están basadas en la población de Estados Unidos; sino que por el contrario, en su construcción se tuvo en cuenta una mezcla heterogénea de muestras de diferentes ciudades; permitiendo así una comparación directa de las tendencias de obesidad infantil mundial (9).

También se ha procurado por establecer diversas estrategias, programas o intervenciones para lograr mitigar este problema, cada una de ellas con aportes significativos en mayor o menor grado en cuanto a la reducción del peso corporal, la incorporación de estilos de vida saludables y una mejor calidad de vida. De lo reportado en los estudios analizados, es evidente que el trabajo debe ser interdisciplinario incluyendo los niños y sus familias, profesionales de la salud, la escuela y sus agentes, el ámbito político y económico de las ciudades o países, el sector productivo, el sector de las comunicaciones, las comunidades y sus líderes; resaltando que deben funcionar como una red, cada una con un rol específico y establecido desde sus capacidades y posibilidades, como también con objetivos claros y realizables que emanan de las necesidades sentidas e insatisfechas de ellos mismos. Sin embargo, aunque se reconoce el trabajo colaborativo no es claro aún los alcances y limitaciones de cada uno de los roles que pueden cumplir los diferentes actores, y más allá cómo establecer relaciones efectivas y lograr la suma de esfuerzos en el objetivo común que se persigue: disminuir la obesidad infantil. Situación que ha sido ratificada por algunos estudios (24-29) que mencionan que los programas dirigidos a la reducción de la obesidad infantil deben involucrar varias estrategias que intervengan en los diferentes actores relacionados con esto: niñas y niños, padres, profesores (24), agentes políticos (25, 26), entidades económicas (27) y redes comunitarias (28, 29).

Adicionalmente, es importante reconocer aquellas estrategias que permitan operacionalizar las recomendaciones globales establecidas para mantener un peso saludable en los niños y que además sean coherentes con la cultura y tradiciones aprendidas por las familias, sin querer decir que las personas no puedan asumir concepciones nuevas o diferentes acerca de lo que en realidad es estar saludable, desde sus intereses y necesidades, eso sí con un asesoramiento profesional, como se ratifica en dos de los estudios analizados (11, 35).

El otro foco de atención para el abordaje de la obesidad infantil es la intervención en la Escuela, debido a que los niños pasan una gran parte de su tiempo en sus ambientes escolares o en actividades derivadas del colegio; la *Educación* es, sin duda alguna, una estrategia clave en el manejo de la obesidad infantil. Es por ello que la OMS, acoge la expresión de Salud Escolar Comprensiva y la define como “un marco reconocido internacionalmente para apoyar la mejora de los resultados educativos en los estudiantes, mientras que se direcciona la salud en una vía planificada, integrada y holística”, esta expresión es abordada en países como Estados Unidos, Australia y en Europa, y se puede encontrar en otros países con términos similares como Salud Escolar Coordinada, Promoción de la Salud Escolar, como reportan Fung et al. (9).

Tras la revisión se detectó tan solo un artículo relacionado con la costo-efectividad de los programas de prevención de la obesidad en Suecia (48), lo que sugiere la necesidad de desarrollar estudios prospectivos de costo-beneficio y costo-efectividad de las acciones emprendidas en materia de promoción de la salud y prevención de la obesidad infantil. Además, este tipo de estudios aportan elementos indispensables en la toma de decisiones en política pública y en la organización misma de los servicios de salud.

Cabe anotar, que para el abordaje de la obesidad infantil es necesario generar directrices desde

la política pública, para poder incidir en la estructuración de programas que atiendan a las necesidades sentidas de las poblaciones y que incluyan indicadores de impacto, que den cuenta del costo-beneficio y de la costo-efectividad de las intervenciones planteadas. Aunque existen experiencias (49, 51) que permiten aproximarse a modelos de evaluación de las políticas públicas en la prevención de la obesidad, se requiere adaptar sus componentes a las necesidades de cada contexto.

CONCLUSIONES

Existen diferentes programas de promoción y prevención de la obesidad, los cuales han abordado estrategias que incluyen la práctica de la actividad física, orientaciones nutricionales, procesos educativos y abordajes integrales, a la vez estos han vinculado distintos actores, entre ellos, padres, docentes, organizaciones de salud, agentes políticos; sin embargo, aún no se ha logrado diseñar un programa generalizable puesto que guardan una estrecha relación con los patrones culturales de cada región. Por cuanto, se requiere el desarrollo de investigaciones que aporten en la construcción de programas de promoción y prevención que permitan la reducción de la obesidad en la población infantil. Para ello, es indispensable vincular tanto a profesionales especializados como a la comunidad, de forma activa, en la toma de decisiones para la formulación de estos programas en aras de lograr su empoderamiento.

Adicionalmente, el manejo promocional o preventivo de la obesidad infantil no solo tiene responsabilidad educacional sino que además debe vincular el sector productivo, para crear ambientes de comida saludable, y a los entes gubernamentales para crear políticas locales y nacionales que tengan como fin último disminuir las inequidades sociales para favorecer hábitos de vida saludables; todo esto apoyado por los medios de comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerards SM, Dagnelie PC, Jansen MW, Van der Goot LO, De Vries NK, Sanders MR, et al. Lifestyle Triple P: a parenting intervention for childhood obesity. *BMC Public Health*. 2012; 12: 267-272.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Base de datos mundial en el índice de Masa Corporal. [acceso 11 de abril de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [acceso 11 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/index.html
4. Kreichauf S, Wildgruber A, Krombholz H, Gibson EL, Vögele C, Nixon CA, et al. Critical narrative review to identify educational strategies promoting physical activity in preschool. *Obesity Reviews*. 2012; 13: 96-105.
5. Woodman JL, Harden A, Thomas J, Brunton J, Kavanagh J, Stansfield C. Searching for systematic reviews of the effects of social and environmental interventions: a case study of children and obesity. *J Med Libr Assoc*. 2010; 98: 140-146.
6. De Bock F, Fischer JE, Hoffmann K, Renz-Polster H. A participatory parent-focused intervention promoting physical activity in preschools: design of a cluster-randomized trial. *BMC Public Health*. 2010; 49: 49-61.
7. Sisson SB, Church TS, Corby M, Tudor-Locke C, Smith SR, Bouchard C, et al. Profiles of Sedentary Behavior in Children and Adolescents: The U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2006. *Int J Pediatr Obes*. 2009; 4: 353-359.
8. Sekhobo JP, Edmunds LS, Reynolds DK, Dalenius K, Sharma A. Trends in prevalence of obesity and overweight among children enrolled in the New York State WIC Program, 2002-2007. *Public Health Reports*. 2010; 125: 218-224.
9. Fung C, Kuhle S, Lu C, Purcell M, Schwartz M, Storey K, et al. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012; 9: 1-9.
10. Wright ND, Groisman-Perelstein AE, Wylie-Rosett J, Vernon N, Diamantis PM, Isasi CR. A lifestyle assessment and intervention tool for pediatric weight management: the HABITS questionnaire. *J Hum Nutr Diet*. 2011; 24: 96-100.
11. Lindsay AC, Sussner KM, Greaney ML, Peterson KE. Latina Mother’s beliefs and practices related to weight status, feeding and the development of child overweight. *Public Health Nurs*. 2011; 28(2): 107-118.
12. Bürgi F, Meyer U, Niederer I, Ebenegger V, Marques-Vidal P, Granacher U, et al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010; 10: 733-740.
13. Lazzeri G, Pammolli A, Pilato V, Giacchi MV. Relationship between 879-yr-old school children BMI, parents’ BMI and educational level: a cross sectional survey. *Nutrition Journal*. 2011; 10: 76-83.
14. Goldfield GS, Harvey A, Grattan K, Adamo KB. Physical Activity Promotion in the Preschool Years: A Critical Period to Intervene. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9:1326-1342.
15. Anthamatten P, Brink L, Lampe S, Greenwood E, Kingston B, Nigg C. An assessment of schoolyard renovation strategies to encourage children’s physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011; 8: 27-35

16. Hobin EP, Leatherdale ST, Manske S, Dubin JA, Elliott S, Veugelers P. A multilevel examination of gender differences in the association between features of the school environment and physical activity among a sample of grades 9 to 12 students in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2012; 8:74-87.
17. Donnelly JE, Greene JL, Gibson CA, Smith BK, Washburn RA, Sullivan DK, et al. Physical Activity Across the Curriculum (PAAC): a randomized controlled trial to promote physical activity and diminish overweight and obesity in elementary school children. *Prev Med*. 2009; 49: 336-341.
18. Xu F, Ware RS, Tse LA, Wang Z, Hong X, Song A, et al. A school-based comprehensive lifestyle intervention among chinese kids against obesity (CLICK-Obesity): rationale, design and methodology of a randomized controlled trial in Nanjing city, China. *BMC Public Health*. 2012; 12: 316-323.
19. Gabriele JM, Stewart TM, Sample A, Davis AB, Allen R, Martin CK, et al. Development of an Internet-Based Obesity Prevention Program for Children. *J diabetes Sci Technol*. 2010; 4: 723-732.
20. Bravender T, Russell A, Chung R, Armstrong SC. A "novel" intervention: A pilot study of children's literature and healthy lifestyles. *Pediatrics*. 2010; 125: 513-517.
21. Ohri-Vachaspati P, Leviton L, Bors P, Brennan L, Brownson RC, Strunk S. Strategies Proposed by Healthy Kids, Healthy Communities Partnerships to Prevent Childhood Obesity. *Preventing Chronic Disease*. 2012; 9: 292-301.
22. McKee MD, Maher S, Deen D, Blank AE. Counseling to Prevent Obesity Among Preschool Children: Acceptability of a Pilot Urban Primary Care Intervention. *Annals of Family Medicine*. 2010; 8: 249-255.
23. Galen YK, Chock MD, Nicole A. A Report on the Development of the Hawai'i Pediatric Weight Management Toolkit. *Hawai'i Medical Journal*. 2011; 70: 49-51.
24. Rosário R, Oliveira B, Araújo A, Lopes O, Padrão P, Moreira A, et al. The Impact of an Intervention Taught by Trained Teachers on Childhood Overweight. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9: 1355-1367.
25. Silva-Sanigorski A, Elea D, Bell C, Kremer P, Carpenter L, Nichols M, et al. Obesity prevention in the family day care setting: impact of the Romp & Chomp intervention on opportunities for children's physical activity and healthy eating. *Child: Care, Health and Development*. 2011; 37: 385-393.
26. Nethe A, Dorgelo A, Kugelberg S, Van Assche J, Bujis G, Yngve A, et al. Existing policies, regulation, legislation and ongoing health promotion activities related to physical activity and nutrition in pre-primary education settings: an overview. *Obesity Reviews*. 2012; 13: 118-128.
27. Dreyhaupt J, Koch B, Wirt T, Schreiber A, Brandstetter S, Kesztyüs D, et al. Evaluation of a health promotion program in children: Study protocol and design of the cluster-randomized Baden-Württemberg primary school study [DRKS-ID: DRKS00000494]. *BMC Public Health*. 2012; 12: 157-168.
28. Honisett S, Woolcock S, Porter C, Hughes I. Developing an award program for children's settings to support healthy eating and physical activity and reduce the risk of overweight and obesity. *BMC Public Health*. 2009; 9: 345-355.
29. Salinas J, Vio del Rio F. Programas de salud y nutrición sin política de estado: El caso de la promoción de salud escolar en Chile. *Rev Chil Nutr*. 2011; 38: 100-116.
30. Olvera N, Bush JA, Sharma SV, Knox BB, Scherer RL, Butte NF. BOUNCE: a community-based mother-daughter healthy lifestyle intervention for low-income Latino families. *Obesity*. 2010; 18: 102-104.

31. Correa NP, Murray NG, Mei, CA, Baun WB, Gor BJ, Hare NB., et al. CAN DO Houston: A Community-Based Approach to Preventing Childhood Obesity. *Prev Chronic Dis.* 2010; 7: 1-8.
32. Veldhuis L, Struijk MK, Willemieke K, Oenema A, Renders CM, Bulk-Bunschoten A, et al. 'Be active, eat right', evaluation of an overweight prevention protocol among 5-year-old children: design of a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2009; 9: 177-185.
33. Shaman T, Morales C, Amaya C, Salazar A, Jiménez A, Méndez I. Effectiveness of a diet and physical activity promotion strategy on the prevention of obesity in Mexican school children. *BMC Public Health.* 2012; 12: 152-164.
34. Llargues E, Franco R, Recasens A, Nadal A, Vila M, Perez MJ, et al. Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: the AVall study. *J Epidemiol Community Health.* 2011; 65: 896-901.
35. Yam PS, Morrison R, Penpraze V, Westgarth C, Ward DS, Mutrie N, et al. Children, parents, and pets exercising together (CPET) randomised controlled trial: study rationale, design, and methods. *BMC Public Health.* 2012; 12: 208-217.
36. Skouteris H, McCabe M, Swinburn B, Hill B. Study protocol Healthy eating and obesity prevention for preschoolers: a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2010; 10: 220-228.
37. Slusser W, Staten K, Stephens K, Liu L, Yeh C, Armstrong S, et al. Payment for Obesity Services: Examples and Recommendations for Stage 3 Comprehensive Multidisciplinary Intervention Programs for Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2011; 0480H: S78-S85.
38. Rudolf MC, Hunt C, George J, Hajibagheri K, Blair M. HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents of babies and pre-school children to prevent childhood obesity. *Child: Care, Health and Development.* 2010; 36: 850-857.
39. Roth K, Mauer S, Obinger M, Ruf KC, Graf C, Kriemler S, et al. Prevention through Activity in Kindergarten Trial (PAKT): A cluster randomised controlled trial to assess the effects of an activity intervention in preschool children. *BMC Public Health.* 2010; 10: 410-419.
40. Hendriks AM, Gubbels JS, De Vries NK, Sediell JC, Kreners SP, Jansen MW. Interventions to Promote an Integrated Approach to Public Health Problems: An Application to Childhood Obesity. *J Environ Public Health.* 2012; 2012: 1-14.
41. Morgan PJ, Lubans DR, Plotnikoff RC, Callister R, Burrows T, Fletcher R, et al. The 'Healthy Dads, Healthy Kids' community effectiveness trial: study protocol of a community-based healthy lifestyle program for fathers and their children. *BMC Public Health.* 2011; 11: 876-889.
42. Borys JM, Le Bodo Y, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Ridchard D, et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obesity Reviews.* 2012; 13: 299-315.
43. Verbestel V, De Henaauw S, Maes L, Haerens L, Marild S, Eiben G, et al. Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2011; 8: 82-96.
44. Plotnikoff RC, Lightfoot P, Barret L, Spinola C, Predy G. A Framework for Addressing the Global Obesity Epidemic Locally: The Child Health Ecological Surveillance System (CHESS). *Prev Chronic Dis.* 2008; 5: 1-6.
45. Simmons A, Mavoia HM, Bell AC, De Courten M, Schaaf D, Schultz J, et al. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. *Health Promotion International.* 2009; 24: 311-324.

46. Cousins JM, Langer SM, Rhew LK, Ches MA, Thomas C. The Role of State Health Departments in Supporting Community-Based Obesity Prevention. *Prev Chronic Dis.* 2011; 8: A87-98.
47. Silva-Sanigorski A, Prosser L, Carpenter L, Honisett S, Gibbs L, Moodie M, et al. Study protocol Evaluation of the childhood obesity prevention program Kids – ‘Go for your life’. *BMC Public Health.* 2010; 10: 288-295.
48. Ekberg J, Angbratt M, Valter L, Nordvall M, Timpka T. History matters: childhood weight trajectories as a basis for planning community-based obesity prevention to adolescents. *Int J Obes (Lond).* 2012; 4: 524-528.
49. Phillips MM, Ryan K, Raczynski JM. Public policy versus individual rights in childhood obesity interventions: perspectives from the Arkansas experience with Act 1220 of 2003. *Prev Chronic Dis.* 2011; 5: A96-102.
50. Silva-Sanigorski A, Bolton K, Haby M, Kremer P, Gibbs L, Waters E, et al. Scaling up community-based obesity prevention in Australia: Background and evaluation design of the Health Promoting Communities: Being Active Eating Well initiative. *BMC Public Health.* 2010; 10: 65-71.
51. Leeman J, Sommers J, Jernigan J, Payne G, Thompson D, Heiser C, et al. An evaluation framework for obesity prevention policy interventions. *Prev Chronic Dis.* 2012; 9: E120-128.

Pediatric Obesity in Primary Practice: A Review of the Literature

Jessica Durbin, Mitzi Baguioro, and Donita Jones

Childhood obesity in the United States has more than tripled in the last four decades. Statistics show that 1 in 5 school-aged children (ages 6 to 19) are obese (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017). The CDC uses the body mass index (BMI) at greater than or equal to the 95th percentile for children and teens of the same age and sex to define obesity. Research shows that a high BMI in children can be an indicator of high body fat (CDC, 2017). Obesity-related diseases, such as type II diabetes, kidney disease, and hypertension, which are common problems in adults, are now pediatric concerns as well (Fung, 2016). The economic impact on healthcare costs of childhood obesity-related illnesses is estimated at \$14 billion per year (National League of Cities [NLC], 2017). Medical expenses from complications and co-morbidities of obesity are foreseen to rise steeply because obese children today might plausibly become obese adults. The obesity epidemic is climbing not only in the United States, but also in other countries (World Health Organization [WHO], 2017). Primary care providers (PCPs) knowledgeable of evidence-based management approaches to prevent obesity can empower parents and caregivers to enhance the physio-

Childhood obesity is an epidemic, resulting in physiological and psychological infirmities. Primary care providers (PCPs) can engage in preventing obesity by instilling positive healthy behaviors early in children's lives. Providing support and evidence-based interventions can enable children to avoid co-morbidities of obesity, such as diabetes, cardiovascular disease, and depression. Relevant literature was retrieved from The Cochrane Library, CINAHL, PubMed, Medline, Sport Discus, and Health Source Nursing Academic Edition from January 2012 through February 2017 by using key words "child obesity," "physical activity," "diet," and "body mass index." Four studies are reviewed: 1) a randomized control trial on the effects of a 10-week FATmax exercise training of obese 8- to 10-year-old boys, 2) a cross-sectional study on the correlation of physical activities and sedentary behavior to body mass index (BMI) and obesity rates among 6,539 children 9 to 11 years of age, 3) a randomized study on the effects of a walking program on the BMI of children ages 6 to 11 years, and 4) a systematic review on the efficacy of school-based dietary behavior and physical activity in children and adolescents ages 6 to 18 years. Outcomes from all four studies revealed a reduction in obesity when adequate physical activity and balanced meals were incorporated during childhood. Integrating evidence-based findings into practice can foster health and wellness of children, and reduce unnecessary healthcare costs attributed to obesity.

logical and psychological health of children at a young age, thereby positively affecting their lives as adults. This can correct healthcare disparities, avoid a lifelong state of sickness, and contain healthcare costs.

Clinical Significance

Childhood obesity is a serious global dilemma that continues to shape children's health, body image, and self-esteem (Foster, Farragher, Parker, & Sosa, 2015). The WHO (2017) asserts if there are no trends to prevent childhood obesity, the number of obese infants and young children will increase to 70 million by 2025 worldwide. In the United States alone, 13 million children suffer from health and emotional effects of obesity in their everyday life (American Heart Association [AHA], 2017). Between the years 2011-2014, obesity rates in children ages 6 to 11 years significantly increased from 7% to 15.3%, and children ages 12 to 19 escalated from 5% to 15% (Fung, 2016).

In the 1972 Bogalusa Heart Study, childhood obesity is tracked into adulthood, predicting increased mortality as the long-term effect of childhood obesity. This further contributes to adults becoming obese and paves the path to serious chronic conditions, such as diabetes, metabolic syndrome, cardiovascular disease, and several types of cancers (Fung, 2016). Children who are obese are not only impacted physically, but also psychologically; they are more subject to bullying and teasing by other children as compared to children of a normal weight. Obese children are more susceptible to social isolation, depression, and lower self-esteem (CDC, 2017).

Purpose

Health consequences of obesity are too important to ignore. The purpose of this literature review is to provide PCPs, such as advanced practice nurses (APNs), with evidence-based findings to incorporate into their clinical practice. A major goal of advanced practice nursing in primary care is the preven-

Jessica L Durbin, DNP-FNP, BC, is an Assistant Professor, Department of Advanced Practice Nursing School of Nursing, College of Health and Human Services, Indiana State University, Terre Haute, IN.

Mitzi Baguioro, MSN, FNP, is affiliated with Indiana State University, Terre Haute, IN; and is a Family Nurse Practitioner, Eastvale, CA.

Donita Jones, MSN, FNP, is affiliated with Indiana State University, Terre Haute, IN; and is a Family Nurse Practitioner, Orange Park, FL.

tion of disease and its complications to maintain health and wellness from birth to old age. Identifying and implementing the most effective obesity prevention actions as early as possible in the child's life can decrease the chance of chronic diseases and mortality.

Search Criteria and Results

A systematic full-text search was conducted using the key words "child obesity," "physical activity," "nutrition," and "body mass index" for dates beginning January 2012 through February 2017 from the Cochrane Library, CINAHL, PubMed, Medline, Sport Discus, and Health Source Nursing/Academic Edition electronic databases available at the Indiana State University library.

The search from the Cochrane Library yielded five results published from March 2013 through November 2016; CINAHL yielded 23 results published January 2013 through November 2016; PubMed yielded 14 results published from 2013 through 2015; Sport Discus yielded 47 results from January 2013 through February 2017; and Health Source Nursing Academic yielded eight results published from 2013 through 2016. These articles presented various obesity interventions, such as diet selection, physical activities, exercise training, parenting style, behavioral modification, physical education, and school curriculum changes. Study settings were home-based, community-based, school-based, and inpatient settings. Methods included randomized control trials, cross-sectional studies, quasi-experimental, and mixed-design factorial ANOVAs.

Relevant articles were selected based on dates of publication; interventions used in the research, particularly on physical activities; exercise; nutrition; and outcome measures specifically on changes in the BMI, the most common method to measure obesity and weight status in children and adolescents. Articles considered were cross-sectional studies, systemic reviews, and randomized control trials conducted for 6 months to up to 3 years. Studies that used other outcome measures, such as obesity rates, cholesterol levels, fat mass index, waist circumference, and self-determination level, as well as school performance level, were not selected.

Evidence-Based Findings

Four studies are presented here (see Table 1). A randomized control trial was conducted in China to determine effects of a 10-week FATmax exercise training of obese 8- to 10-year-old boys (Tan, Wang, & Cao, 2016). A total of 26 obese and 26 lean boys were classified randomly into two intervention groups and two control groups. Intervention groups participated in 10 weeks, 5 days per week of supervised FATmax training. The control groups were asked to continue their regular physical activity during the trial. FATmax training consisted of a 10-minute warm-up period followed by a 40-minute physical activity, such as playing ball, walking, jogging, and running, then a 10-minute cool-down period of muscle stretches and walking slowly; no diet changes were initiated for any participants. The study revealed that FATmax training decreased body mass (-1.0 kg, $p < 0.05$) and BMI (-1.2 kg/m², $p < 0.01$) of the trained obese boys. Findings suggested that FATmax exercise training intensity is an effective treatment for childhood obesity, and that overweight or obese boys exercise training should be initiated to treat and counteract the condition rather than restricting energy intake. The exception is children who are morbidly obese because growing children require sufficient nutrients to thrive. Tan and colleagues (2016) postulated that negative energy balance generated from physical activeness is crucial to reduce obesity.

Katzmarzyk and colleagues (2015) conducted a systemic review called "The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment (ISCOLE)" in 12 countries, including Australia, Brazil, Canada, Finland, China, Colombia, India, Portugal, Kenya, South Africa, United Kingdom, and the United States. The study determined the correlation of vigorous and moderate-to-vigorous physical activities, and sedentary behaviors on BMI and obesity rates among 6,539 participating children from 9 to 11 years of age. Vigorous physical activities (VPA), moderate-to-vigorous physical activities (MVPA), and sedentary behavior of participants were monitored 24 hours per day for 7 days by having children wear an accelerometer around their waists 24 hours per day except in water activities. An accelerometer is a device that monitors time and assesses the

intensity of a movement or physical activity and sedentary activity (Keadle, Shiroma, Freedson, & Lee, 2014). This trial ran from September 2011 through December 2013. BMI and BMI z-scores were determined by using age- and sex-specific reference data from the WHO. The 3-year study displayed a significant decrease in trends of BMI and obesity rates in boys and girls who engaged in MVPA for 45 to 71 minutes per day and VPA for 13 to 23 minutes per day. Girls with lower MVPA had average BMI z-scores of 0.1, while those with higher MVPA had lower BMI z-scores of 0.09. Boys with lower MVPA had BMI z-scores of 1.2, and those with higher MVPA had lower BMI z-scores of 0.3. Results showed that engaging in at least 55 minutes per day of MVPA lowers obesity (Katzmarzyk et al., 2015).

Zuraikat and Dugan (2015) conducted a randomized study that examined a walking program among school-aged children 6 to 11 years old (kindergarten through 4th grade) using current BMI. The study included 5,158 students from three different schools in a rural area of western Pennsylvania. The aim was to determine how predominant the classification of being overweight or obese was among school-age children, and then to evaluate an intervention. Students were directed to walk around the perimeter of the playground area during recess with a target goal of 5 to 10 miles over the course of the semester. BMI was measured pre- and post-walking intervention program. Results showed a decrease in students' BMI. The percentage of BMI in the three schools was as follows: IN school #1, students' BMI decreased by 7%, while in school #2, BMI decreased by 1%. For school #3, BMI increased by 3.4%. Overall, results show a decrease in BMI of at least 1.5% by increasing physical activity (Zuraikat & Dugan, 2015). This study offered no explanation as to why BMI increased in school #3, other than that since participation was voluntary and not tracked officially, students in school #3 did not participate as fully or self-report as much as students in schools #1 and #2 (Zuraikat & Dugan, 2015).

Verstraeten and colleagues (2012) conducted a systematic review on the efficacy of school programs involving both nutrition changes and physical activity for obesity prevention in children and adolescents from ages 6 to 18 years. This was accomplished by reducing daily intake of sweetened carbonated drinks, fast food, fried

Table 1.
Literature Summary Table

Source	Sample/Study Description	Purpose	Results
Tan, Wang, & Cao (2016)	A randomized control interventional study of a 10-week FATmax exercise training (10-minute warm-up, 40-minute physical activities, 10-minute cool down) of 46 boys, 8 to 10 years old. Twenty-six obese and 26 lean boys were randomly segregated into the intervention and control groups. Intervention groups participated in a 10-week, 5 days/week supervised FATmax training. Control groups were asked to continue their regular physical activity habit during the trial; no diet control for all subjects. Anthropometric measurements were measured before and after intervention.	To determine results of 10 weeks of exercise FATmax training on BMI, composition, cardiovascular fitness, and functional capacity.	Body mass decreased (-1.0 kg, $p < 0.05$). BMI decreased (-1.2 kg/m ² , $p < 0.01$) of the trained obese boys. Study proved that FATmax training is effective to treat childhood obesity.
Katzmarzyk et al. (2015)	A cross-sectional and multinational study that measured the intensity of physical activities of 6,539 children 9 to 11 years old in 12 countries as either MVPA or VPA, and sedentary activities by wearing an accelerometer around the waist 24 hours/day for 7 days, and after effects to the BMI and obesity rates.	To determine the correlation of VPA and MVPA, to sedentary behavior on BMI and obesity rate among children.	Significant decrease in trend for BMI z-scores while increasing MVPA and VPA ($p < 0.001$), but the trend across sedentary behavior was not significant.
Zuraikat & Dugan (2015)	A randomized study of 5,158 students from three different schools in Pennsylvania to evaluate the effect of nutrition changes and physical activities on the BMI of school-aged children. Students were asked to walk around the playground during recess with a goal of walking 5 to 10 miles each semester. BMI was measured pre- and post-walking intervention program.	To prove how a walking intervention is beneficial in decreasing the BMI of school-aged children.	School 1: BMI decreased by 7%; School 2: BMI decreased by 1%; School 3: BMI increased by 3.4%. Results show a decrease of 1.5% proved physical activity helps improve children's BMI.
Verstraeten et al. (2012)	Performed systematic reviews from peer-reviewed controlled studies from Cochrane Library, MEDLINE, WEB of Science, Center of Reviews, Dissemination databases, and EMBASE on nutrition and physical activity measures.	To review evidence on how effective school based interventions (diet and physical activity) can reduce obesity in children and adolescents ages 6-18 years old.	7,218 references, 22 studies were used. School-based nutrition changes and physical activities successfully decreased BMI. Result size ranged from -0.48 to 1.61. Effect size ranged from -0.70 to 0.0. The authors noted that despite the small effect size, the public health effect at a large population level can be substantial if implemented in large groups of children and when sustained over long periods of time, which would negate the small effect size.

Notes: BMI = body mass index, VPA = vigorous physical activities, MVPA = moderate-to-vigorous physical activities.

foods, soda beverages, and snacks high in fat, sugar, and salt, coupled with adding physical exercises of 50 to 315 minutes per week integrated in the physical education program. After gathering all data and synthesizing 7,218 references, 22 studies were used. These data revealed interventions conveyed a favorable effect on food, physical, and activity modifications (effect size ranged from -0.48 to 1.61), attested by a decrease in BMI (effect size ranged from -0.70 to 0.0) (Verstraeten et al., 2012).

Limitations

A limitation of the four studies is the use of BMI to measure obesity. BMI measures excess body weight indirectly but does not measure excess body fat; however, it has been used to approximately judge body fatness. The relationship of BMI and body fat can be influenced by age, sex, ethnicity, muscle mass, fat, or fat-free mass. BMI does not provide any indication of the distribution of fat among individuals because it cannot distinguish between excess fat, muscle, or bone mass. BMI does not reflect these changes and influences that can affect accuracy of measurement.

Implications and Recommendations In Clinical Practice

Correcting childhood obesity at a very early stage in the child's life promotes positive health behaviors in the child by instilling healthy lifestyle choices that will improve overall health and prevent health complications in adolescent and adult years. Prevention must start at conception because maternal weight gain influences neonatal weight gain (Fung, 2016). Adverse effects of obesity on children's health trickles to adulthood, with diseases such as coronary heart disease, cardiovascular disease, diabetes, hypertension, inflammation, cancer, and depression. There is a need to place emphasis on the role of PCPs in clinical practice to abate this disease.

One implication of this synthesized literature review from existing studies in clinical practice is the screening and diagnosing of obesity and other comorbid conditions by clinicians. PCPs must incorporate in their practice a routine child obesity screening for each child regardless of weight status on an annual basis. This routine

Adverse effects of obesity on children's health trickles to adulthood, with diseases such as coronary heart disease, cardiovascular disease, diabetes, hypertension, inflammation, cancer, and depression.

should occur during a well-child visit and as needed for management according to the pediatric obesity algorithm developed by the Obesity Medicine Association (OMA) (2017). The annual obesity screening should include calculating BMI and documenting on all children ages 2 to 18 years using the CDC's growth chart and the BMI percentile scale to measure body fat based on the child's age and sex (CDC, 2017), as well as checking the child's blood pressure starting at age 3 years, and checking non-fasting non-high density lipoprotein (HDL) cholesterol or a fasting lipid profile universally at ages 9 to 11 years. At other ages, a fasting lipid profile should be done if indicated by family history and or risk factors. Clinicians should conduct a focused review of systems and physical examination assessing for obesity and related comorbid conditions by obtaining laboratory evaluations depending on age, BMI, physical, and historical findings. Fasting lipid panels should be obtained for children ages 2 to 18 years in the 85th to 94th percentile. Fasting glucose, fasting lipid panels, and liver enzyme levels should be obtained for children ages 2 to 18 years in the 95th or greater percentiles. The annual obesity screening should include assessment of diet, physical activity and sedentary behaviors of the child, siblings, parents, and other caregivers at home (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015).

PCPs can conduct motivational interviewing techniques with the child, parents, and caregivers. This technique is useful in identifying barriers the child and the parent or caregiver might have against healthy food choices and increasing physical activity such as time and financial constraints, fear of injury, marital constraints, safety, and or other medical conditions. Motivational interviewing and providing praises to positive efforts made by the child and family can be used for clinicians for encouraging child and family behavior change.

The algorithm of preventing and

even managing pediatric obesity focuses on the primary intervention of educating and encouraging children and families to achieve a healthy weight through a balance of intake, physical activity, rest, sleep, and sedentary time appropriate to child's age, and weight percentile (OMA, 2017).

Nutritional and physical activity recommendations for toddlers with obesity ages 2 to 4 years in any weight percentile includes avoiding sugar-sweetened beverages, such as fruit juices, while encouraging free play for as many hours as possible to reduce sedentary activity. Toddlers 2 to 4 years of age with BMI less than 85th to 95th percentile should eat 1 to 1.5 cups of fruits/vegetables per day, and have less than 2 hours of screen time per day (watching TV, working on the computer, playing video games or with cell-phone). Those with BMI from the 95th and greater than the 120th percentile are encouraged to limit carbohydrate intake while increasing a low glycemic index diet (foods that prevent increase of blood glucose such as whole wheat, oats, bran, sweet potatoes, most fruits, carrots and other non-starchy vegetables), and 1 hour or less of screen time per day. Recommendations for all children ages 5 years through adolescence regardless of weight percentile includes avoiding sugar-sweetened beverages and engaging in 60 minutes of age-appropriate MVPAs. Those with BMI less than the 85th to 95th percentile should eat 1.5 to 2 cups of fruits and 3+ cups vegetables per day, and limit screen time to 1 to 2 hours per day. Those with BMI on the 95th percentile and beyond should restrict carbohydrate intake while increasing low glycemic index diet, and limit screen time to less than 1 hour per day (OMA, 2017). Physical activities can include catching, throwing, running, walking, dancing, swimming, bicycling, and playing sports (American Academy of Pediatrics [AAP], 2016; CDC, 2017).

Another recommendation is family education. Educating not only the child but also the parents, guardians, and primary caregivers is one of the

most effective measures to ensure adherence and successful long-lasting results when aimed at the family rather than individuals' attitudes and habits. Obesity prevention messages should be targeted to parents and caregivers of the child because good dietary and exercise habits begin at home (Babey, 2015). Parents and primary caregivers have lasting influences on choices, health, and otherwise, that children make. Counseling and teaching children and families to limit consumption of sugar-sweetened beverages, eating a diet with the recommended quantities of fruits and vegetables, eating breakfast daily, and having meals together as much as possible should be provided to children. The importance of avoiding fast food, adjusting portion sizes appropriately for age, avoiding television for children under the age of 2 years, participating in family meal planning and preparation, food shopping, and engaging in family recreation that involve all members should be reiterated because these are all essential in fighting obesity. Parents and caregivers should be invited and encouraged to set good examples for their children by making healthful choices and by being good role models to pave a path of wellness for their children.

Conclusion

Primary providers are paramount in helping to foster these positive changes in patients and families. Lifestyle modification of families through healthy diet and physical activities can impact children's weight and well-being. MVPAs and regular exercise of at least 1 hour per day, as well as well-balanced nutrition consisting of lowered amount of sugar, fat, and sweetened beverages, helped reduce BMI, thus curtailing incidence of obesity among children and adolescents.

The use of BMI solely to measure obesity has clinical limitations. Further research using both body fat percentage and BMI measurements through advanced technology (e.g., bioelectrical impedance and densitometry dual energy X-ray absorptiometry) have more direct measurement on body fat and muscles. Therefore, such methods are far more precise for clinical monitoring of obesity and weight status objectively to aide in research programs and guide creating policies (Rao, Kropac, Do,

Roberts, & Jayaraman, 2016) to promote healthy weight in children.

Using findings in this literature review and working with children to instill healthy habits recommended within can lead to lifelong changes in the health and wellbeing of children of today and adults of tomorrow. ■■■

References

- American Academy of Pediatrics (AAP). (2017). *AAP updates recommendations on obesity prevention: It's never too early to begin living a healthy lifestyle*. Retrieved from <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/AAP-Updates-Recommendations-on-Obesity-Prevention-It's-Never-Too-Early-to-Begin-Living-a-Healthy-Lifestyle.aspx>
- American Heart Association. (AHA). (2017). *Understanding the American obesity epidemic*. Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/WeightManagement/Obesity/Understanding-the-American-Obesity-Epidemic_UCM_461650_Article.jsp#.WKcWNWczWdI
- Babey, S. (2015, August 18). UCLA study finds more Californians are obese, diabetic. *Sacramento Bee*. Retrieved from <http://www.sacbee.com/news/state/california/article31483379.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Childhood obesity facts*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm>
- Foster, B.A., Farragher, J., Parker, P., & Sosa, E.T. (2015). Treatment interventions for early childhood obesity: A systematic review. *Academic Pediatrics, 15*(4), 353-361. doi:10.1016/j.acap.2015.04.037
- Fung, J. (2016). *The obesity code: Unlocking the secrets of weight loss*. British Columbia, Canada: Greystone Books, Ltd.
- Katzmarzyk, P.T., Barreira, T.V., Broyles, S.T., Champagne, C.M., Chaput, J., Fogelholm, M., ... Church, T.S. (2015). Physical activity, sedentary time, and obesity in an international sample of children. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 47*(10), 2062-2069. doi:10.1249/MSS.0000000000000649
- Keadle, K.S., Shiroma, E.J., Freedson, P.S., & Lee, I. (2014). Impact of accelerometer data processing decisions on the sample size, wear time and physical activity level of a large cohort study. *BMC Public Health, 12*(10). Retrieved from <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1210>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Maintaining a healthy weight and preventing excess weight gain among adults and children*. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/summaries/maintaining-a-healthy-weight-and-preventing-excess-weight-gain-among-adults-and-children/>
- National League of Cities. (2017). *Economic cost of obesity*. Retrieved from <http://www.healthycommunitieshealthyfuture.org/learn-the-facts/economic-costs-of-obesity>
- Obesity Medicine Association (OMA). (2017). *Pediatric Obesity Algorithm®: A clinical tool for treating childhood obesity*. Retrieved from <https://obesitymedicine.org/childhood-obesity>
- Rao, D.P., Kropac, E., Do, M.T., Roberts, K.C., & Jayaraman, G.C. (2016). Childhood overweight and obesity trends in Canada. *Maladies Chroniques et Blessures au Canada, 36*(9), 194-198.
- Tan, S., Wang, J., & Cao, L. (2016). Exercise training at the intensity of maximal fat oxidation in obese boys. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism, 41*, 49-54. doi:10.1139/apnm-2015-0174
- Verstraeten, R., Roberfroid, D., Lachat, C., Leroy, J.L., Holdsworth, M., Maes, L., & Kolsteren, P.W. (2012). Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition, 96*(2), 415-438.
- World Health Organization. (WHO). (2017). *Obesity*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Zuraikat, N., & Dugan, C. (2015). Overweight and obesity among children: An evaluation of a walking program. *Hospital Topics, 93*(2), 36-43.

ANEXO IV- Ficha de Avaliação do conhecimento das crianças

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO

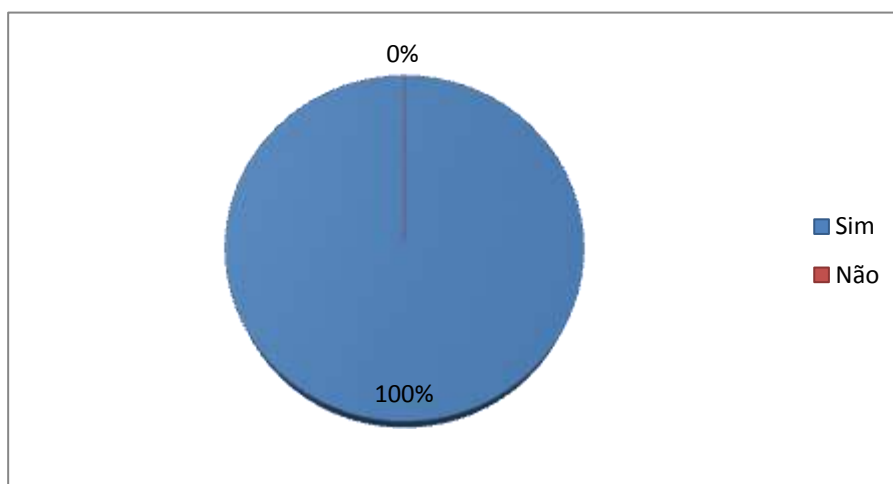
Nome: _____ Ano escolar: _____

Assinala com um círculo a que está correta.

1. É importante realizar atividade física?

Sim - 15 alunos

Não - 0 alunos

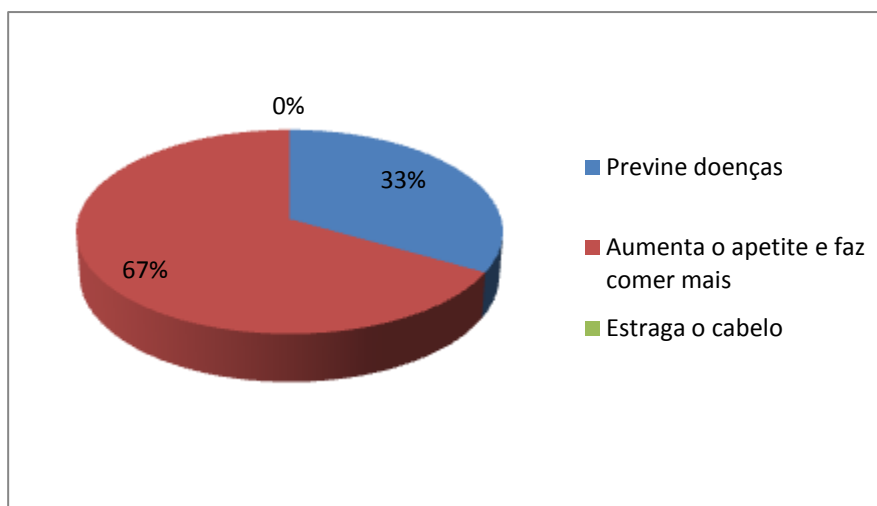


2. Fazer exercício físico?

Previne doenças - 5 alunos

Aumenta o apetite e faz comer mais - 10 alunos

Estraga o cabelo - 0 alunos

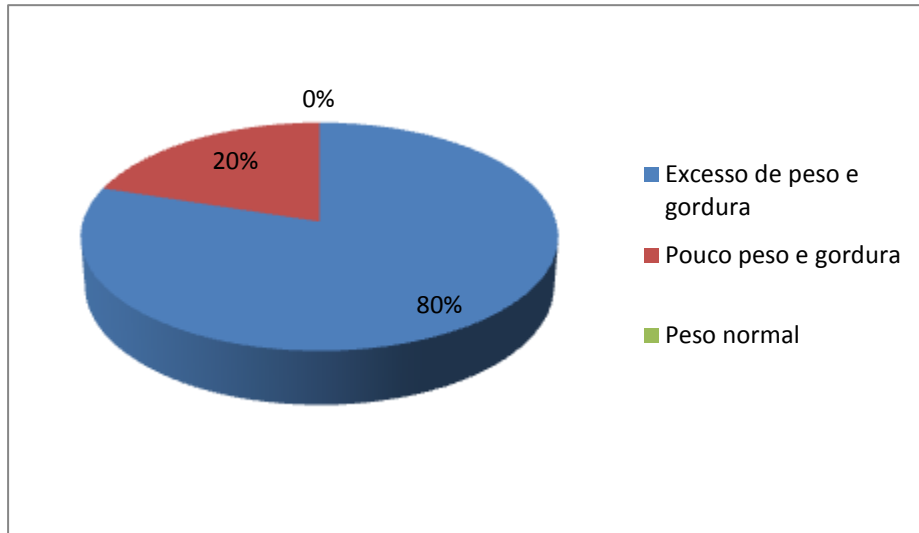


3. A obesidade é...

Excesso de peso e gordura □ - 12 alunos

Pouco peso e gordura □ - 3 alunos

Peso normal □ - 0 alunos

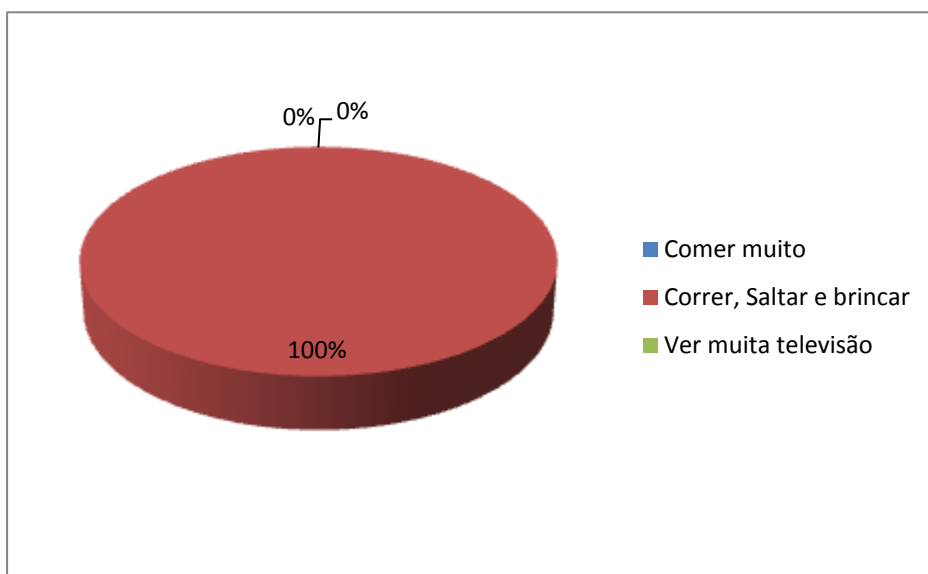


4. Para não engordar é importante...

Comer muito □ - 0 alunos

Correr, saltar, brincar □ - 15 alunos

Ver muita televisão □ - 0 alunos

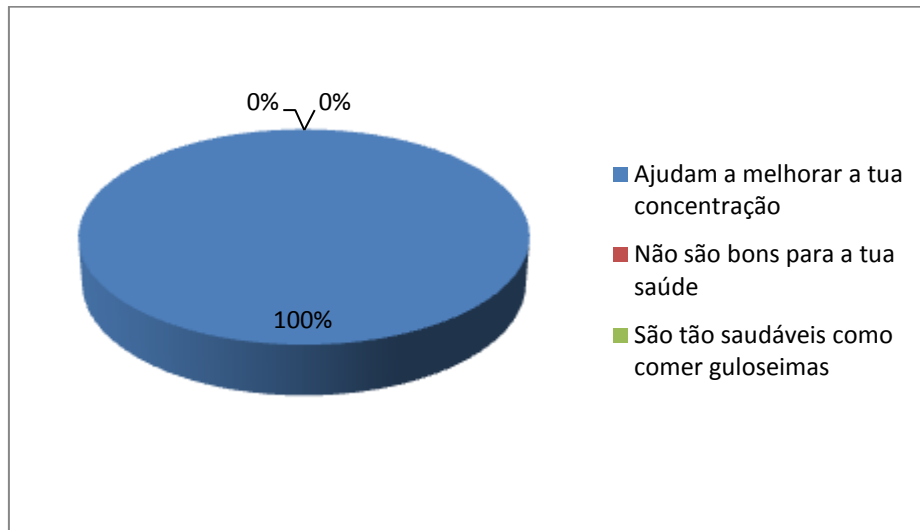


5. Os jogos em que te mexes muito:

Ajudam a melhorar a tua concentração □- 15 alunos

Não são bons para a tua saúde □- 0 alunos

São tão saudáveis como comer guloseimas □- 0 alunos

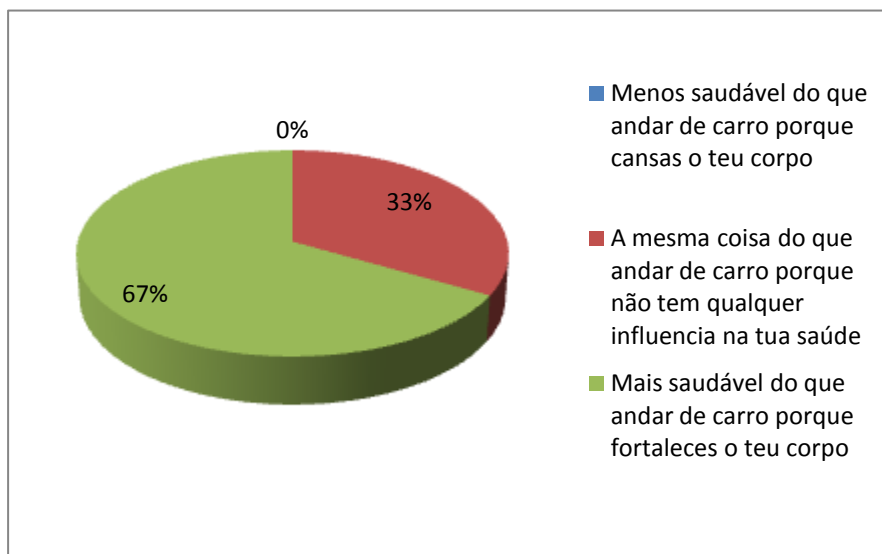


6. Caminhar é..

Menos saudável do que andar de carro porque cansas o teu corpo □- 0 alunos

A mesma coisa do que andar de carro porque não tem qualquer influência na tua saúde □- 5 alunos

Mais saudável do que andar de carro porque fortaleces o teu corpo □- 10 alunos



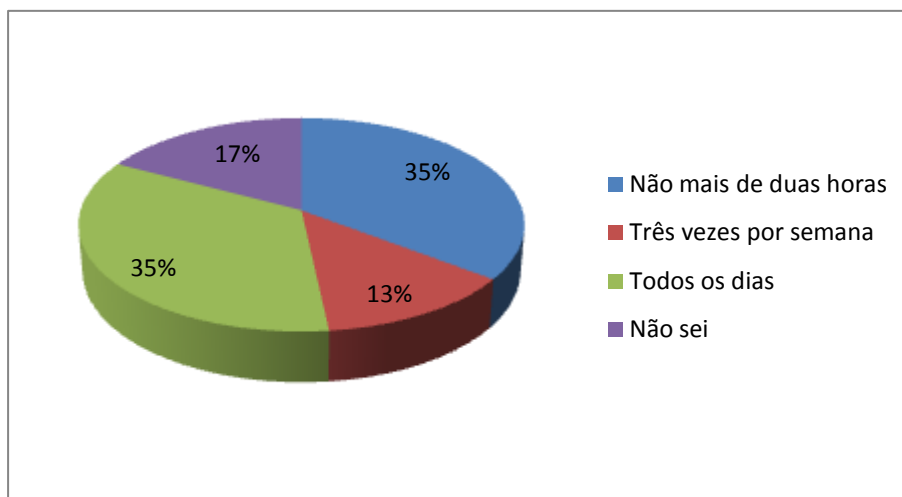
7. No topo da pirâmide da atividade física situa-se atividades que devem ser realizadas:

Não mais de duas horas por dia □ – 0 alunos

Três vezes por semana □ – 3 alunos

Todos os dias □ – 8 alunos

Não sei □ - 4 alunos



ANEXO V- *Powerpoint* da sessão sobre a Importância da Atividade Física

ATIVIDADE FÍSICA



Logo: Centro de Saúde Porto de São

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA



Se não gastarmos as calorias que ingerimos em excesso elas vão transformar-se em gordura, podendo contribuir para o aumento de peso. Portanto, uma das formas mais eficazes e saudáveis de prevenir ou de diminuir o excesso de peso é praticar atividade física regularmente.



Benefícios da Atividade Física



Ajuda no Crescimento e Desenvolvimento	Melhora a Postura e Equilíbrio
Fortalece os Ossos, Músculos e Articulações	Previne doenças como a Obesidade
Reduz o Sedentarismo	Aumenta a capacidade de aprendizagem

Falta de exercício físico é chamado **sedentarismo**




ANEXO VI- Planos Operacionais das Sessões

PLANO DE SESSÃO “A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA”

TEMA: Importância da prática de Atividade Física

FORMADORA: Márcia Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão

LOCAL: Escola Básica de Foros do Arrão **DATA:** 02/05/2019 **DURAÇÃO:** 45 minutos

OBJETIVOS OPERACIONAIS: Pretende-se que no final da sessão, as crianças sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da atividade física;
- Identificar os benefícios da atividade física;
- Definir o conceito de Sedentarismo;
- Identificar problemas de saúde sedentária;
- Definir o conceito de Obesidade infantil;
- Explicitar atividades físicas não sedentárias;
- Caracterizar a pirâmide da atividade física.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	MATERIAIS E MÉTODOS	RECURSOS HUMANOS E TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Formador • Tema • Objetivos da apresentação • Conteúdos a apresentar 	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show 	<ul style="list-style-type: none"> • Formador e Participantes; • Computador portátil;
Desenvolvimento	25'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benefícios da Atividade Física 2. Sedentarismo 3. Problemas de Saúde Sedentária 4. Obesidade Infantil 5. Exemplo de Atividade Física 6. Pirâmide da Atividade Física 	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show • Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Videoprojector; • Cartolina • Cartões com desenhos de atividade físicas não sedentárias
Conclusões	15'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da Sessão • Distribuição do Folheto • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão: Desenhar na cartolina a pirâmide da atividade física e identificar dois benefícios da atividade física <p>Encerramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Data show • Expositivo 	
AVALIAÇÃO				
<ul style="list-style-type: none"> • Participação dos formandos; • Ficha de Avaliação da Sessão 				

PLANO DE SESSÃO DA CORRIDA DOS SACOS E BALÕES LOUCOS

TEMA: Importância da prática de Atividade Física

FORMADORA: Márcia Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão

LOCAL: Escola Básica de Foros do Arrão **DATA:** 14/05/2019 **DURAÇÃO:** 60 minutos

OBJETIVO OPERACIONAL: Pretende-se que no final da sessão, as crianças sejam capazes de:

- Reconhecer que através de jogos simples e divertidos é também uma forma de se manterem ativos.

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	MÉTODOS	RECURSOS HUMANOS E TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Formador • Objetivos da Atividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Formador e Participantes; • Sacos; • Cartões com letras; • Balões.
Desenvolvimento	45'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os alunos são divididos em duas equipas sendo que cada equipa tem que percorrer dentro do saco até a um ponto de referência, aí tiram uma letra e têm que dizer atividades físicas não sedentárias; 2. Com o som de várias músicas as crianças têm de se mexer e não deixar cair o balão no chão, se cair têm que saltar 5 vezes tocando com as mãos no chão para impulsionar o corpo. 3. Realização da Sopa de letras onde têm que identificar 6 atividades não sedentárias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmico • Participativo 	
Conclusões	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da Atividade • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão: Número de crianças que respondem 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo 	

		<p>corretamente no jogo de corrida dos Sacos e identificar pelo menos 4 atividades não sedentárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encerramento 		
AVALIAÇÃO				
<ul style="list-style-type: none"> • Participação dos formandos; • Número de crianças que responderam corretamente no jogo da corrida dos sacos • Sopa de Letras 				

PLANO DE SESSÃO DA AULA DE GINÁSTICA

TEMA: Importância da prática de Atividade Física

FORMADORES: Márcia Rodrigues com a parceria do Professor de Educação Física

DESTINATÁRIOS: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arão

LOCAL: Escola Básica de Foros do Arrão **DATA:** 21/05/2019 **DURAÇÃO:** 60 minutos

OBJETIVOS OPERACIONAIS: Pretende-se que no final da sessão, as crianças sejam capazes de:

- Enumerar exercícios que se pode realizar no dia-a dia para se manterem ativos e saudáveis;
- Compreender a possibilidade de associar a prática de atividade física à descontração e diversão.

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	MÉTODOS	RECURSOS HUMANOS E TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação:<ul style="list-style-type: none">• Formadores• Objetivos da Atividade	<ul style="list-style-type: none">• Explicativo	<ul style="list-style-type: none">• Formador e Participantes;• Bolas• Arcos• Lenço• Pines
Desenvolvimento	45'	<ol style="list-style-type: none">1. Exercícios de aquecimento2. Exercícios em grupo (jogo da galinha e da raposa, jogos de passes de bola, jogo da malha, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Dinâmico• Participativa	
Conclusões	10'	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da Atividade• Esclarecimento de dúvidas• Avaliação da sessão: duas perguntas: enumerar dois tipos de exercícios que se pode realizar no dia-a-dia e se foi útil a sessão.• Encerramento	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo	
AVALIAÇÃO				
<ul style="list-style-type: none">• Participação dos formandos;• Ficha de Avaliação da Sessão				

PLANO DE SESSÃO DO JOGO DO MONOPÓLI

TEMA: Importância da prática de Atividade Física

FORMADORA: Márcia Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão

LOCAL: Escola Básica de Foros do Arrão **DATA:** 24/05/2019 **DURAÇÃO:** 60 minutos

OBJETIVOS OPERACIONAIS: Pretende-se que no final da sessão, as crianças sejam capazes de ter conhecimentos acerca:

- Dos benefícios da atividade física;
- Sedentarismo
- Problemas de saúde sedentária
- Obesidade infantil

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	MATERIAIS E MÉTODOS	RECURSOS HUMANOS E TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação:<ul style="list-style-type: none">• Formadores• Objetivos da Atividade	<ul style="list-style-type: none">• Explicativo	<ul style="list-style-type: none">• Formador e participantes;• Tapete do jogo;
Desenvolvimento	45'	<ol style="list-style-type: none">1. As crianças são divididas em duas equipas;2. Para avançar nas casas do jogo os jogadores tem de lançar o dado e avançar o número de casas que saem no lançamento;3. Algumas casas têm símbolos especiais que terão de se respeitar;4. A primeira equipa a chegar à casa final ganha o jogo.	<ul style="list-style-type: none">• Dinâmico• Participativo	<ul style="list-style-type: none">• Dado;• Roleta;• Cartões com perguntas.
Conclusões	10'	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da Atividade• Esclarecimento de dúvidas• Avaliação da sessão: Avaliar os conhecimentos das crianças acerca do que se abordou na primeira sessão sobre Atividade física• Encerramento	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo	
AVALIAÇÃO				
<ul style="list-style-type: none">• Participação dos formandos;• Ficha de Avaliação da Sessão				

PLANO DE SESSÃO DA CAMINHADA PELOS FOROS DO ARRÃO

TEMA: Importância da prática de Atividade Física

FORMADORES: Márcia Rodrigues com a parceria da enfermeira da UCC da Ponte de Sôr

DESTINATÁRIOS: Crianças do 1º ciclo da Escola Básica de Foros do Arrão e seus encarregados de educação

LOCAL: Escola Básica de Foros do Arrão **DATA:** 31/05/2019 **DURAÇÃO:** 60 minutos

OBJETIVOS OPERACIONAIS: Pretende-se que no final da sessão, as crianças e seus encarregados de educação sejam capazes de:

- Identificar os benefícios de uma vida mais ativa;
- Reconhecer que podem fazer atividades em família de modo a que o corpo se mexa e ter uma vida mais saudável, não sendo sedentários.

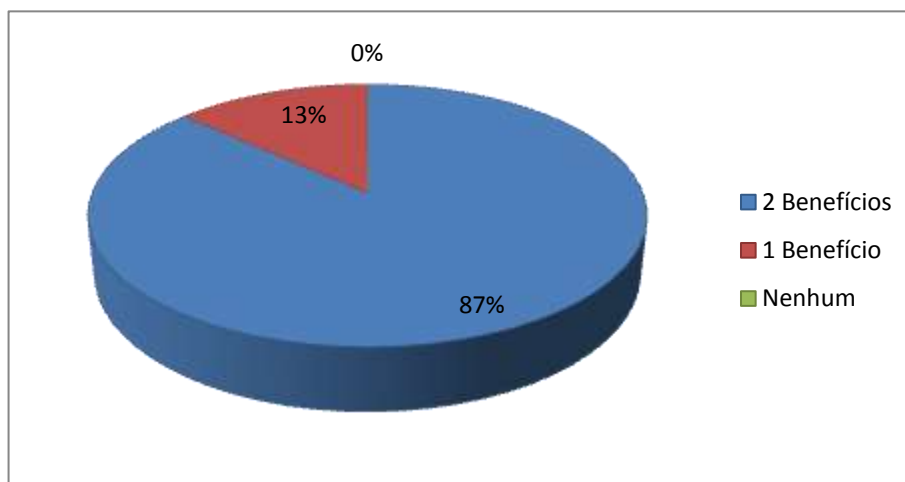
ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	MATERIAIS E MÉTODOS	RECURSOS HUMANOS E TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação:<ul style="list-style-type: none">• Formadores• Objetivos da Atividade	<ul style="list-style-type: none">• Explicativo	<ul style="list-style-type: none">• Formadores e participantes;• Roupa confortável;
Desenvolvimento	45'	<ol style="list-style-type: none">1. Caminhar pelos Foros do Arrão	<ul style="list-style-type: none">• Dinâmico• Participativo	<ul style="list-style-type: none">• Calçado adequado;• Água.
Conclusões	10'	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da Atividade• Esclarecimento de dúvidas• Avaliação da sessão: Ficha de avaliação da atividade com perguntas se achou útil e identificar pelo menos 3 benefícios que estas atividades trazem para a saúde de ambos• Encerramento	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo	
AVALIAÇÃO				
<ul style="list-style-type: none">• Participação dos formandos;• Ficha de Avaliação da Sessão				

ANEXO VII- Avaliação da sessão da Importância da Atividade Física

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE – IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA

Nome: _____ Ano escolar: _____

1. Identificar dois Benefícios da Atividade Física



2. Como avalia a sessão, sobre Atividade Física?

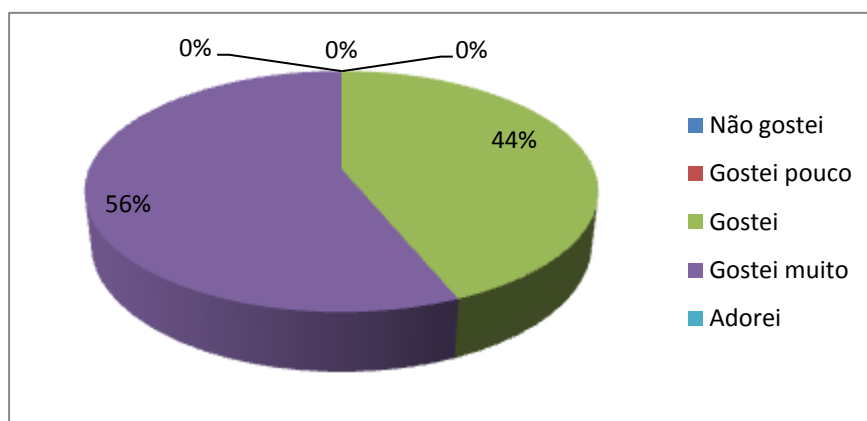
Não gostei □ - 0 alunos

Gostei pouco □ - 0 alunos

Gostei □ - 7 alunos

Gostei muito □ - 8 alunos

Adorei □ - 0 alunos



3. Consideras útil a sessão para seres mais saudável?

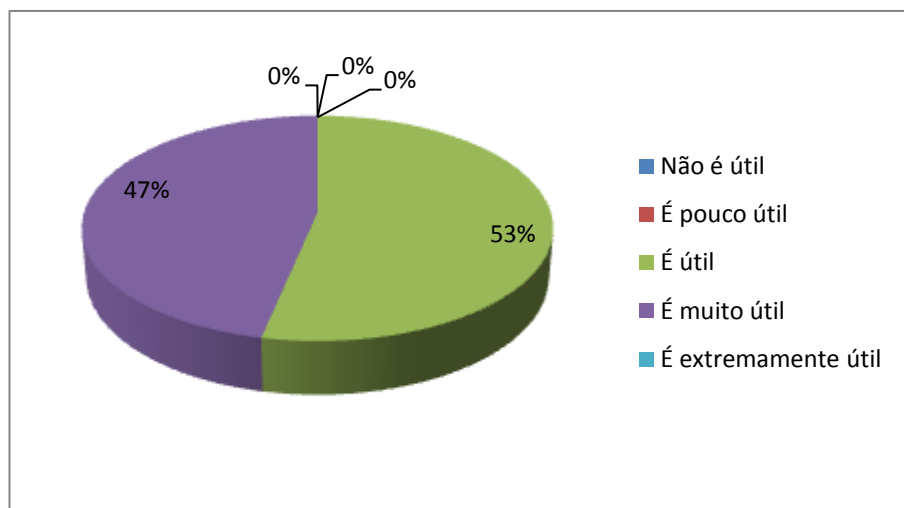
Não é útil □ – 0 alunos

É pouco útil □- 0 alunos

É útil □ - 8 alunos

É muito útil □- 7 alunos

É extremamente útil □ - 0 alunos



ANEXO VIII- Folheto e Cartaz

- Se não gastarmos as **calorias** que ingerimos em excesso elas irão transformar-se em gordura, podendo contribuir para o **aumento de peso**.



- Portanto, uma das formas mais eficazes e saudáveis de prevenir ou de diminuir o excesso de peso é **praticar atividade física regularmente**.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

- Estimula o Crescimento e Desenvolvimento;
- Melhora a Postura e Equilíbrio
- Fortalece os Ossos, Músculos e Articulações;
- Previne doenças como a Obesidade;
- Reduz o Sedentarismo;
- Aumenta a capacidade de aprendizagem.



A não esquecer...

Para além de uma **Alimentação Saudável** também é importante a prática de **Atividade Física**

Não importa como mas faça com que os seus filhos se MEXAM!!!

Realizado pelas alunas de Mestrado em Enfermagem Comunitária:
Catarina Rodrigues e Márcia Rodrigues



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA



CENTRO DE SAÚDE
PONTE DE SÔR

Quantas refeições devemos fazer por dia?

- Por dia devemos fazer **6 refeições**;
- O dia deve **começar com o pequeno-almoço** (o pequeno-almoço deve ser realizado na primeira meia hora do dia);
- Esta refeição deve ser realizada em família e preferencialmente em casa, pois proporciona mais um momento de convívio familiar;
- O pequeno-almoço deve ser **completo, variado e equilibrado**;
- Não devemos estar sem comer mais de 3 horas;
- Comer pelo menos **3 peças de fruta por dia**;
- Iniciar sempre o almoço e o jantar com um **prato de sopa de legumes e/ou hortaliças**;



A Roda dos Alimentos é composta por **7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária**:

- Cereais e derivados, tubérculos - 28%
- Hortícolas - 23%
- Fruta - 20%
- Lactínios - 18%
- Carnes, pescado e ovos - 5%
- Leguminosas - 4%
- Gorduras e óleos - 2%

ÁGUA

- A água está também representada na Roda dos Alimentos;
- A sua localização no centro da roda simboliza a sua presença na composição de todos os alimentos e ainda a sua extrema importância para a saúde e para o bom funcionamento do nosso organismo. De fato a água é imprescindível à vida;
- Ao longo do dia privilegie a água como a bebida de eleição;
- A ingestão da água deve ser regular ao longo do dia, em pequenas quantidades de cada vez e frequentemente;
- Deve-se beber 1,5 a 2L de água por dia.

Beber água é essencial à vida

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Ajuda
no Crescimento
e Desenvolvimento

Melhora
a Postura
e Equilíbrio

Reduz
o Sedentarismo

Fortalece os Ossos,
Músculos
e Articulações

Previne doenças
como a Obesidade

Aumenta
a capacidade
de aprendizagem

Se não gastarmos as **calorias** que ingerimos em excesso elas irão transformar-se em gordura, podendo contribuir para o **aumento de peso**.

Portanto, uma das formas mais eficazes e saudáveis de prevenir ou de diminuir o excesso de peso é **praticar atividade física regularmente**.



**Não importa como
Mexe-te!!**

ANEXO IX- Avaliação da sessão da Corrida dos Sacos e Balões Loucos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DA CORRIDA DOS SACOS E BALÕES LOUCOS

Nome: _____ Ano escolar: _____

SOPA DE LETRAS

Procura na sopa de letras 6 atividades físicas não sedentárias:



1. Como avalias os jogos?

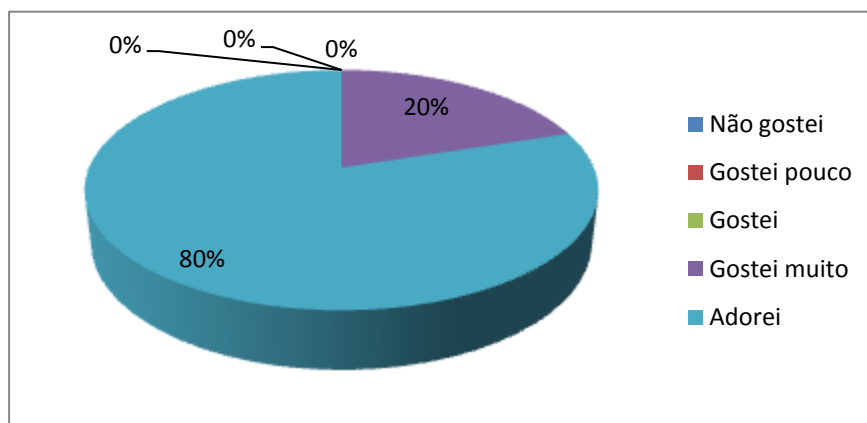
Não gostei □ - 0 alunos

Gostei pouco □ - 0 alunos

Gostei □ - 0 alunos

Gostei muito □ - 3 alunos

Adorei □ - 12 alunos



2. Consideras útil a sessão para seres mais saudável?

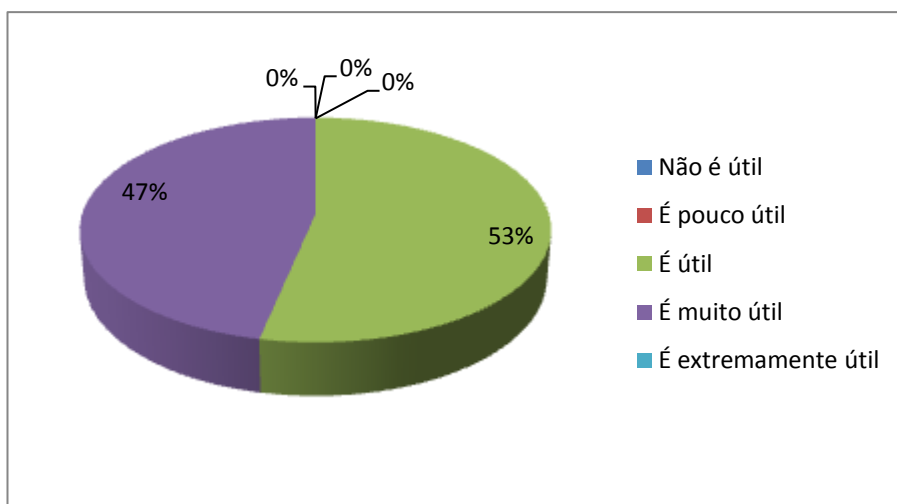
Não é útil □ - 0 alunos

É pouco útil □ - 0 alunos

É útil □ - 8 alunos

É muito útil □ - 7 alunos

É extremamente útil □ - 0 alunos

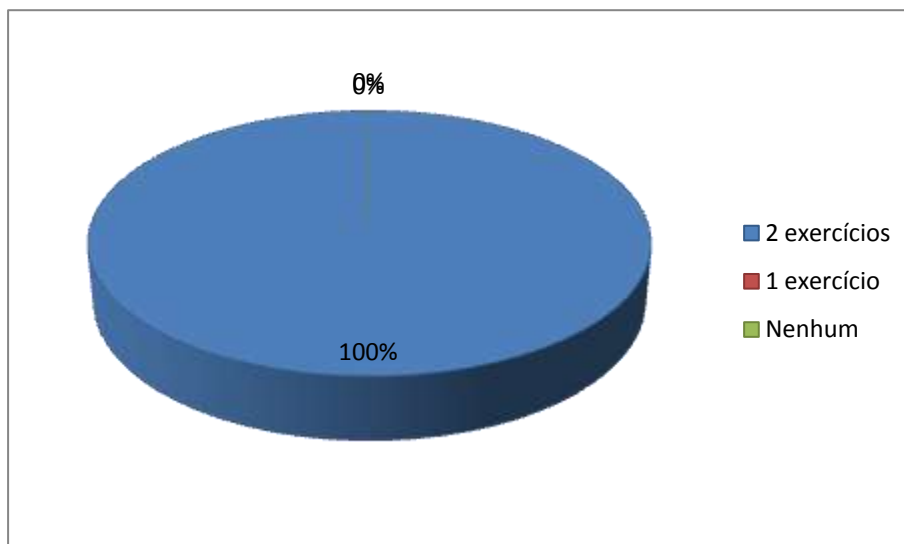


ANEXO X- Avaliação da sessão Aula de Ginástica

AVALIAÇÃO DA SESSÃO AULA DE GINÁSTICA

Nome: _____ Ano escolar: _____

1. Enumerar dois tipos de atividades que se pode realizar no dia-a-dia.



2. Consideras útil a sessão para seres mais saudável?

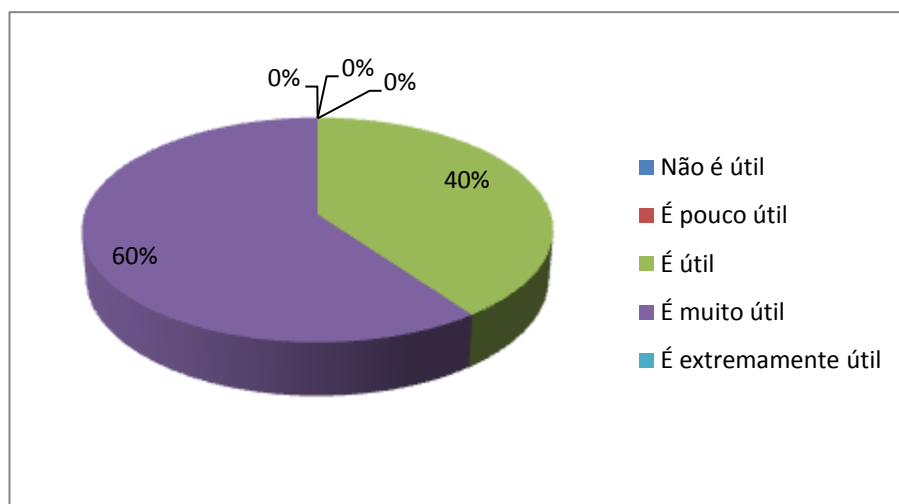
Não é útil - 0 alunos

É pouco útil - 0 alunos

É útil - 6 alunos

É muito útil - 9 alunos

É extremamente útil - 0 alunos



ANEXO XI- Avaliação da sessão do Jogo do Monopóli

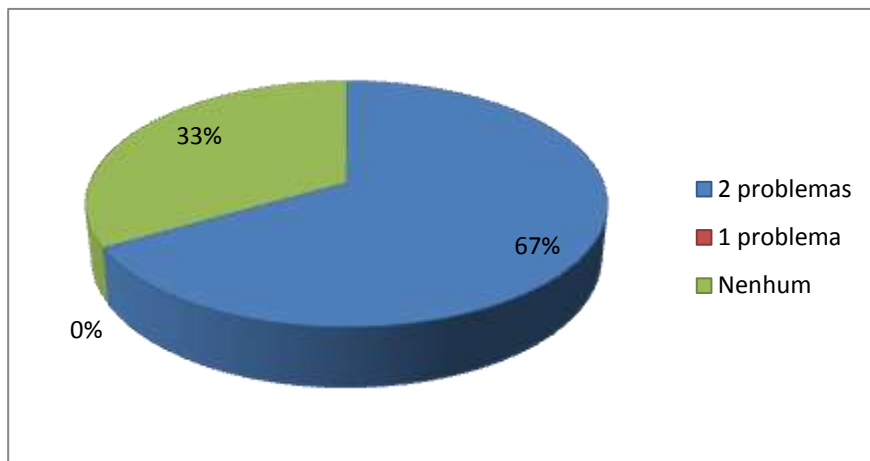
AVALIAÇÃO DA SESSÃO DO JOGO DO MONÓPOLI

Nome: _____ Ano escolar: _____

Assinala com uma bola a que está correta na seguinte pergunta:

1. O que é o Sedentarismo:
 - a) Ter muita sede - 2 alunos (13%)
 - b) Passa o ano a acampar - 3 alunos (20%)
 - c) Não pratica atividade física suficiente- 10 alunos (67%)

2. Identifica dois problemas que advém do sedentarismo.



3. Como avalias a sessão, sobre Atividade Física?

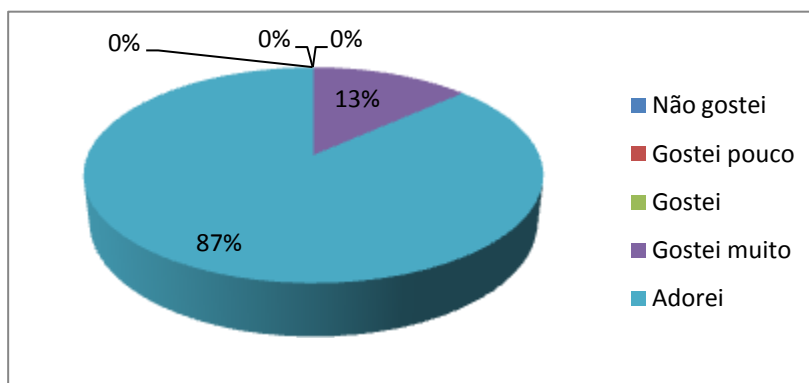
Não gostei - 0 alunos

Gostei pouco - 0 alunos

Gostei - 0 alunos

Gostei muito - 2 alunos

Adorei - 13 alunos



ANEXO XII- Convite para participar na Caminhada

Caminhada Saudável

**Venha comemorar o dia da
criança participando com o
seu filho numa caminhada.**

Dia: 31 de Maio de 2019

Hora: 14h30

Local: Escola Básica de Foros do Arrão

Pela sua saúde e do seu filho Mexam-se!



CONVITE

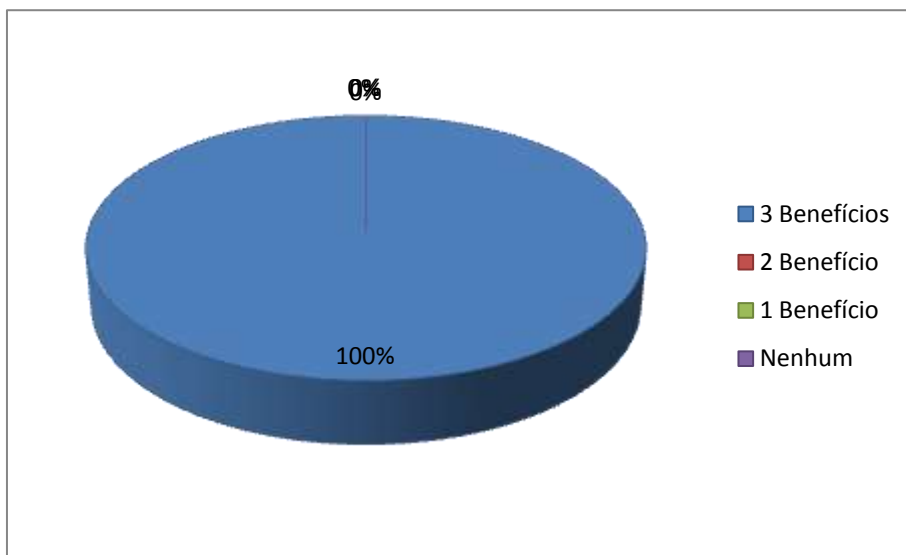


ANEXO XIII- Avaliação da sessão da Caminhada pelos Foros do Arrão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DA CAMINHADA PELOS FOROS DO ARRÃO

Nome do Encarregado de Educação: _____

1. Identificar pelo menos três benefícios que estas atividades trazem para a sua saúde e do seu filho.



2. Como avalia a atividade?

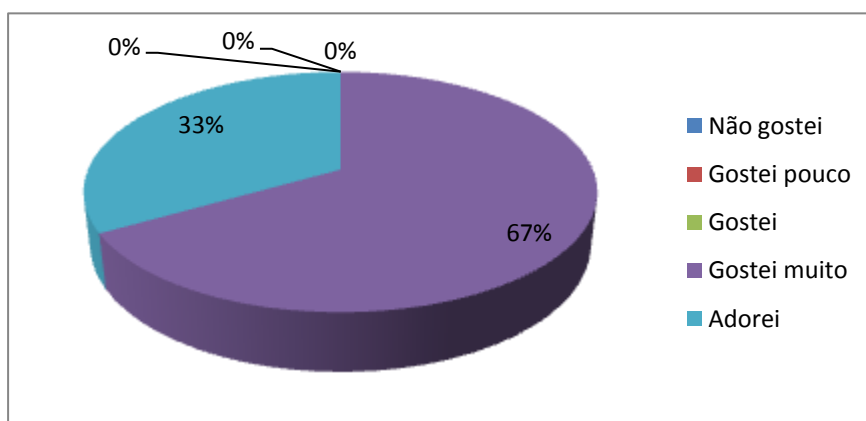
Não gostei - 0 encarregados de educação

Gostei pouco - 0 encarregados de educação

Gostei - 0 encarregados de educação

Gostei muito - 2 encarregados de educação

Adorei - 1 encarregados de educação



3. Considera útil a atividade para ser mais saudável?

Não é útil □ – 0 encarregados de educação

É pouco útil □- 0 encarregados de educação

É útil □ - 0 encarregados de educação

É muito útil □- 2 encarregados de educação

É extremamente útil □ - 1 encarregados de educação

