

LÚCIA CAMPINA MARTINS

**O PAPEL DO FARMACÊUTICO EM PROGRAMAS DE
EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO PARA A SAÚDE NAS ESCOLAS**

Orientadora: Dr.^a Maria Manuela Teixeira

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

LÚCIA CAMPINA MARTINS

**O PAPEL DO FARMACÊUTICO EM PROGRAMAS DE
EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO PARA A SAÚDE NAS ESCOLAS**

Monografia apresentada com vista à
obtenção do grau de Mestre em Ciências
Farmacêuticas no curso de Mestrado
Integrado em Ciências Farmacêuticas
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias

Orientadora: Dr.^a Maria Manuela Teixeira

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

Agradecimentos

Apesar de uma tese ser um trabalho individual, não estaria concluída sem o apoio e a ajuda de várias pessoas e entidades. Assim sendo, gostava de deixar os meus agradecimentos a todos os que contribuíram para hoje estar aqui.

Gostaria de começar pelo excelente contributo da minha orientadora, Dr.^a Manuela Teixeira, sem o seu apoio e os seus conhecimentos e a sua preocupação a minha tarefa seria hercúlea. Ficarei eternamente agradecida pela sua dedicação para a obtenção do meu sucesso. Igualmente agradeço à Dr.^a Ligia Reis pela sua ajuda neste estudo.

Não me posso esquecer também do Professor Pedro Amores da Silva por ter estado sempre disponível para me ouvir, pela sua preocupação e por me ter orientado para que pelos meus próprios pés escolhesse o melhor caminho.

Ao agrupamento de escolas de São Gonçalo, destacando a Dr.^a Marina Freire e a Professora Paula Martins por me facilitarem todo o processo do estudo realizado na escola. À Luísa, não só pela ajuda na recta final de estudo, como por todo o seu apoio e preocupação ao longo dos 5 anos.

Ao Pedro Borrego pela orientação, disponibilidade e ajuda.

Às minhas colegas e acima de tudo amigas Raquel e Rita pela ajuda, amizade, disponibilidade, apoio e sinceridade. Por terem estado sempre presentes tanto nesta recta final como ao longo de todo o curso.

À Sara, que além de toda a amizade e apoio, foi uma fonte de informação, por estar sempre “em cima do acontecimento”.

Ao Pedro pela paciência nos momentos de angústia, de medo ou de dúvida. Todos os abraços e os "vai tudo correr bem", por festejar comigo nos sucessos e ter sempre um ombro nos insucessos. Por toda a estabilidade, e por todo o tempo que abdicou para que este trabalho fosse concluído com sucesso. A ti o meu muito obrigada por seres quem és!

Obrigada à minha prima Neuza pelo apoio moral e por ter estado sempre disponível para me ajudar mesmo de madrugada.

A todos os meus amigos, por me apoiarem, ajudarem e festejarem comigo os meus sucessos, destacando o David pela ajuda na recta final.

Por fim aos meus pais, deixo-os para o fim porque os últimos são sempre os primeiros. Um obrigada muito especial pois sem eles nada disto seria possível. Tenho que agradecer a sua fé no meu sucesso, a sua paciência e os seus sacrifícios, e que sacrifícios, que fizeram com prazer sem nunca me cobrar para que eu pudesse estar aqui hoje. Posso não dizer todos os dias mas nunca se esqueçam que vos serei eternamente grata por tudo!

Resumo

Num tempo em que a obesidade já é considerada uma epidemia, e que este é um problema que atinge cada vez mais crianças, é urgente agir.

Por isso a educação e promoção para a saúde surgem com o objectivo de estimular as crianças a adoptar estilos de vida saudáveis.

No entanto não se pode limitar a educação e promoção para a saúde apenas às crianças, mas estende-las às suas famílias e a toda a comunidade escolar.

Os estudos de avaliação custo-efectividade demonstram os custos das acções preventivas vão resultar em ganhos em saúde *a posteriori*.

O objectivo principal desta monografia é identificar qual o papel do farmacêutico e compreender até que ponto consegue, através da aplicação de programas de educação e promoção para saúde junto das escolas, actuar na prevenção da obesidade infantil, ao nível da alimentação e exercício físico.

Trata-se de um estudo observacional descritivo, no qual se realizaram inquéritos numa escola do ensino básico em Torres Vedras a 104 indivíduos dos quais apenas 80 se enquadravam nos critérios de inclusão pré-definidos: familiares, pessoal docente e não docente, de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos de idade.

No final do estudo pode-se confirmar a importância do farmacêutico no desenvolvimento de projectos no âmbito da educação e promoção para a saúde, junto das escolas, como uma medida de prevenção da obesidade e as suas comorbilidades.

Palavras-chave: promoção para saúde, educação para a saúde, papel do farmacêutico, obesidade infantil, alimentação saudável, exercício físico, crianças

Abstract

In an age when obesity is considered an epidemic, and since this is a growing problem among children, it is important to act urgently.

The objective of the health promotion and education is to motivate children into a healthy lifestyle.

However, we cannot stop the health promotion and education of only children, rather it must be extended to their families and school communities.

The evaluation studies on cost/effectiveness prove that the preventive actions have a very positive effect on health.

The main objective of this monography is to identify the roll of the pharmacist and understand how far he can, through health promotion and education programs at the schools, act on the prevention of children obesity by promoting healthy eating habits and physical exercise.

This is an observative/descriptive study consisting of a survey at a basic school in Torres Vedras on 104 people, 80 of which fulfilled the pre-defined inclusion criteria: family, teachers, auxiliary personnel, and children between 5 and 10 years of age.

At the end of the study we can confirm the importance of the pharmacist in the development of health promotion and education projects at schools for prevention of obesity and its comorbidities.

Key words:

Health promotion and education, role of the pharmacist, children obesity, healthy eating habits, physical exercise, and children's health.

Abreviaturas, siglas e símbolos

ANF – Associação Nacional de Farmácias
BAP – Balança Alimentar Portuguesa
DGE - Direção-Geral da Educação
EPS – Escolas Promotoras de Saúde
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOFT – *International Obesity Task Force*
Kcal – Quilocalorias
OF – Ordem dos Farmacêuticos
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCO – Plataforma Contra a Obesidade
REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde
SHE – *Schools for Health*
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO – *World Health Organization*

Índice

Introdução.....	10
Capítulo I – Revisão da Literatura.....	12
1.1. Promoção da Saúde.....	13
1.2. O papel do farmacêutico na Promoção da Saúde	15
1.3. Promoção da Saúde nas Escolas.....	18
1.4. Alimentação	19
1.5. Alimentação em Portugal, um estudo do INE	24
1.6. Obesidade.....	25
1.7. Obesidade Infantil	28
Capítulo II – Material e Métodos	30
2.1. Tipo de estudo	31
2.2. População e amostra	31
2.3. Instrumento da recolha de dados	31
2.4. Procedimento.....	31
2.5. Análise de dados	32
Capítulo III – Resultados.....	33
3.1. Caracterização das Crianças	34
3.2. Alimentação das Crianças	35
3.3. Exercício Físico	43
Discussão	46
Conclusão.....	49
Bibliografia.....	50
Apêndices.....	54
Apêndice I.....	I
Apêndice II.....	II
Apêndice III.....	III

Apêndice IV	IV
Apêndice V	V
Apêndice VI	X

Índice de Figuras

Figura 1 - Logótipo de PS criado na Carta de Ottawa (MonashHealth, s.d.)	14
Figura 2 – Projecto VALORMED (VALORMED, s.d.)	16
Figura 3 – O Clube da Sara no Museu da Farmácia ((ANF), O clube da Sara, 2013)	16
Figura 4 - Logótipo e mascote da Geração Saudável (Ideias, s.d.) ((OF), 2011).....	17
Figura 5 - Espaço da OF na Kidzania (Kidzania, s.d.).....	17
Figura 6- A Roda dos Alimentos (Gregório, Santos, Ferreira, & Graça, 2012)	22
Figura 7 - Roda dos Alimentos (à esquerda) e BAP em 2008 (à direita) (INE, 2010)	25
Figura 8 - Prevalência de Adultos Obesos no Mundo (IOTF, s.d.)	26
Figura 9 - Prevalência de Crianças Obesas no Mundo (IOTF, s.d.)	28

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição das crianças por género (n=80)	34
Gráfico 2 - Idade das crianças (n=80).....	34
Gráfico 3 – Distribuição das crianças por estado nutricional (n =80).	35
Gráfico 4 – Resultado da pergunta “Quantas refeições a criança faz por dia?” antes e depois da intervenção (n=80).....	36
Gráfico 5 - Resposta à pergunta "Normalmente a criança almoça onde?" antes e depois da intervenção (n=80).....	37
Gráfico 6 – Resposta à pergunta “Que tipo de gordura utiliza na confecção dos pratos que a criança come?” antes e depois da intervenção (n=80).	37
Gráfico 7 - Resposta à pergunta "Em média, quantas vezes por semana a criança come fritos (Rissóis, douradinhos, batatas...)?” antes e depois da intervenção (n=80).....	38
Gráfico 8 - Resposta à pergunta "A criança costuma comer legumes cozidos e/ou saladas a acompanhar as refeições?" antes da intervenção (n=80).....	38
Gráfico 9 - Resposta à pergunta "A criança costuma comer legumes cozidos e/ou saladas a acompanhar as refeições?" após da intervenção (n=80).....	38

Gráfico 10 - No seguimento da pergunta sobre o consumo de fruta, resposta à pergunta "Quantas peças por dia?" antes e após a intervenção (n=80).....	39
Gráfico 11 - Resposta à pergunta "Quantas vezes por semana a criança come sopa?" antes e após a intervenção (n=80)	40
Gráfico 12 – Resposta à pergunta “Com que frequência costuma comer fora de casa?” antes e após a intervenção (n=80).	41
Gráfico 13 – Resposta à pergunta “E quando come fora de casa onde costuma ir?” antes e depois da intervenção (n=80).....	41
Gráfico 16 - Resposta à pergunta "Às refeições, o que é a criança costuma beber?" antes e após a intervenção (n=80).	42
Gráfico 14 - Resultados à pergunta "A criança costuma comer doces todos os dias?" antes a intervenção (n=80).....	42
Gráfico 15 - Resultados à pergunta "A criança costuma comer doces todos os dias?" após da intervenção (n=80).....	42
Gráfico 17 - Resposta à pergunta "Quantos copos de leite por dia?" (n=80).....	43
Gráfico 18 - Resposta à pergunta "Para além da escola, pratica mais algum desporto ou actividade física programada (natação, ginástica, ballet, futebol, voleibol...)" (n=80).	44
Gráfico 19 - Resposta à pergunta "Quantas horas por semana?" (n=35).....	44

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Necessidades energéticas diárias em crianças dos 5 aos 11 anos (DGS, 2013)	21
Tabela 2 - Roda dos alimentos (Gregório, et al, 2012).....	23
Tabela 3 - Classificação segundo o IMC.....	35
Tabela 4 - Respostas relativamente ao grau de satisfação dos responsáveis pelas crianças antes e após a intervenção (n=80).....	43
Tabela 5 - Respostas às perguntas "Quanto tempo a criança passa, por dia, a ver televisão ou a jogar jogos interactivos (computador, playstation...), durante a semana e ao fim-de-semana?" antese depois da intervenção (n=80).	45

Introdução

Com este trabalho vou procurar demonstrar o papel e a respectiva utilidade do farmacêutico nos programas de promoção e educação para a saúde junto das escolas, com incidência na problemática da obesidade infantil.

Uma criança obesa, provavelmente será um adulto obeso, tendo uma maior predisposição para desenvolver doenças crónicas associadas com este problema. Torna-se assim imprescindível uma intervenção precoce ao nível da alimentação e exercício físico. (Borrego, et al, 2013)

A infância e a adolescência são períodos de extrema importância na educação alimentar, pois não só as necessidades nutricionais se encontram aumentadas, devido ao crescimento e desenvolvimento, como também compreendem uma fase da vida em que ocorre a consolidação dos seus hábitos tanto alimentares, como de saúde, de higiene, entre outros. (Pino, 2009)

Monitorizar o crescimento, educar sobre uma alimentação correcta e reforçar a alimentação com micronutrientes, garantir o consumo regular e variado dos alimentos, são métodos eficientes para assegurar uma alimentação equilibrada. Também a actividade física moderada não deve ser negligenciada. É fundamental esta promoção de estilos de vida saudáveis para reduzir o aparecimento de obesidade, diabetes mellitus e, mais tarde, doenças cardiovasculares. (WHO, 1999)

A intervenção deve ser feita por todos os responsáveis pela educação das crianças: os pais e restante família e pessoal docente e não docente. É no seio da família que as crianças satisfazem as suas necessidades básicas e aprendem a tornar-se autónomas nas suas escolhas. Contudo, nos dias que correm, as famílias têm vindo a sofrer várias transformações devido às crescentes tarefas a cumprir por parte dos pais, que cada vez mais, se afastam do seu papel de educadores. (Freitas, Albuquerque, & Rodrigues, 2012).

Por isso, a intervenção em meio escolar é crucial, sendo este, o espaço onde as crianças passam grande parte do seu dia, o que o torna o local ideal para implementar ou alterar de forma positiva os seus hábitos alimentares. (Capitão, et al, 2012)

Esse é o objecto da educação e a promoção para a saúde, que têm como objectivo influenciar as escolhas das crianças e dos jovens para que criem hábitos no seu quotidiano que os leve a ter um estilo de vida saudável.

Sendo o farmacêutico um profissional de saúde pode contribuir e colaborar em programas de educação e promoção para a saúde nas escolas. Fica por isso com a responsabilidade de capacitar as crianças a tomar decisões e muni-las das ferramentas necessárias para que assumam a responsabilidade pela sua saúde.

Para o sucesso da promoção de estilos de vida saudáveis, tanto no meio escolar como familiar, têm de que estar reunidas condições que ajudem à mudança, por isso, é necessário, o envolvimento de toda a comunidade educativa na selecção dos alimentos consoante as necessidades nutritivas de cada individuo. (Capitão, et al, 2012)

Capítulo I – Revisão da Literatura

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, a Saúde define-se como "*um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença e enfermidade*". Uma vez que, esta a define como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja um ideal e inatingível, este conceito foi bastante criticado.

Em 1986 foi reforçado na Carta de Ottawa¹ como "*um recurso para a vida quotidiana*". Hoje, e após várias alterações, a OMS passou a definir a saúde como: "*a medida em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo*". (Laverack & Labonté, 2008) (Reis, 2004)

1.1. Promoção da Saúde

A influência da saúde nas condições e qualidade de vida tem constituído uma preocupação para políticos e pensadores ao longo da história. Deste modo, a concepção do processo saúde-doença e dos seus determinantes, sugere a articulação de saberes populares e técnicos, tal como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados como resolução, despertando o conceito de Promoção da Saúde (PS). (Buss, 2000)

A OMS em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em Alma-Ata², no ano de 1978, na União Soviética:

"Concita à acção internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem económica internacional." (OMS, 1978)

O espírito de Alma-Ata foi levado adiante, e assim, na conferência primeira internacional de promoção da saúde realizou-se a Carta de Ottawa. Esta consistiu numa resposta à crescente expectativa de um novo movimento de saúde pública em todo o

¹ - A Carta de Ottawa é um documento que resulta da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá na cidade de Ottawa, a 21 de Novembro de 1986. (Portal de Saúde Pública, s.d.)

² - A declaração de Alma-ata é um documento que resulta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual é expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. (OMS, 1978)

mundo, contudo, as questões centraram-se, essencialmente, nas necessidades dos países industrializados. (WHO, 2009)

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida;

A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.” (OMS, 1986)

Na conferência realizada em Ottawa, foi criado um logótipo para representar a PS, e ainda hoje a OMS o utiliza como símbolo.

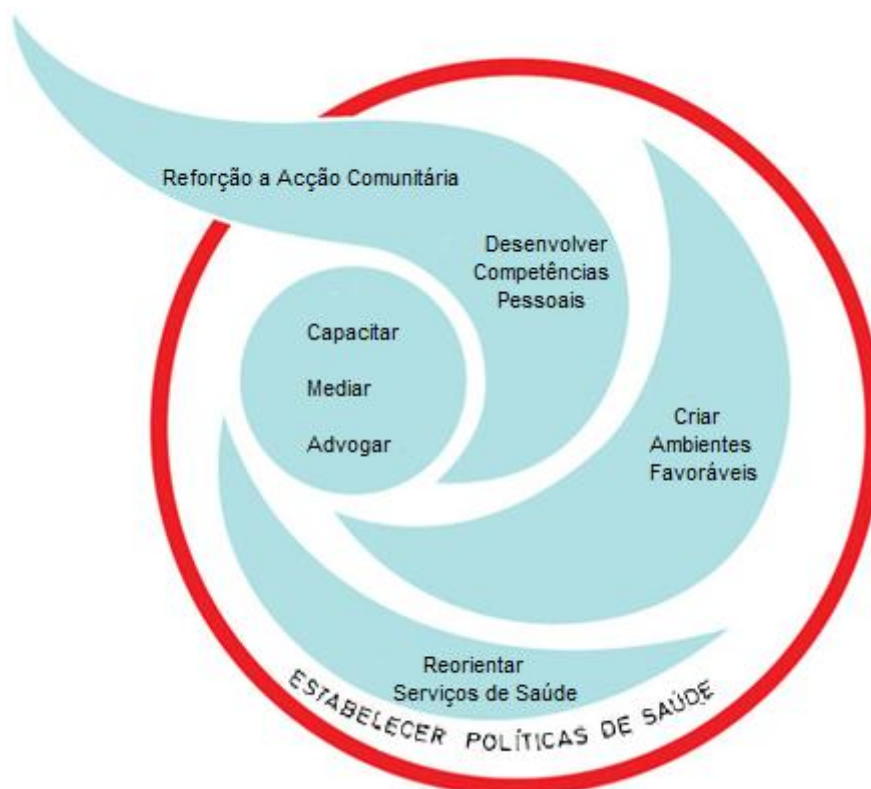


Figura 1 - Logótipo de Promoção da Saúde criado na Carta de Ottawa (MonashHealth, s.d.)

O logótipo apresenta um círculo com três asas, incorporando cinco áreas de acção fundamentais na PS (construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforçar a acção comunitária para a saúde, desenvolver competências

peçoais e serviços de saúde reorientar) e três básicas estratégias de promoção da saúde (capacitar, mediar e advogar).

Posteriormente, o conceito moderno de PS e a sua prática desenvolveu-se bastante, com a realização de importantes conferências internacionais: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), e Bangkok (2005). (WHO, 2009)

A última foi a 8ª Conferência Global de PS, que se realizou em Junho de 2013 em Helsínquia. Com uma rica herança de ideias, acções e evidências originalmente da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa. (WHO, 2013)

Em discussão desde a década de 80, estão as definições de educação para a saúde e PS. A educação para a saúde consiste em informar de modo a influenciar decisões futuras, enquanto que a PS também incorpora acções sociais e políticas complementares.

No campo da obesidade, a educação para a saúde pode incluir numa escola programas de conscientização ou exercício físico, já a promoção da saúde incorpora a legislação sobre publicidade de alimentos e restringe o acesso a alimentos menos saudáveis nas escolas. No entanto, e uma vez que, em certos países, como os Estados Unidos da América não há distinção entre os dois conceitos, considera-se que a PS engloba a educação da saúde como um dos seus papeis. (Laverack & Labonté, 2008)

“A educação para a saúde é um processo activo, que pretende criar na população, conhecimentos, habilidades e atitudes para saber prevenir e lidar com a doença, oferecendo-lhe a possibilidade de participar na tomada de decisões acerca da sua saúde. A educação para a saúde visa mudar os comportamentos individuais de risco e deste modo, melhorar a saúde das pessoas.” (OF, 2009)

1.2. O papel do farmacêutico na Promoção da Saúde

Com vista à alteração dos factores de risco os profissionais de saúde têm tido um papel fundamental na PS através de intervenções estratégicas de mudança. (DGS, 2006)

O farmacêutico é um profissional de saúde, que contribui para a defesa da saúde pública, e que entende que a PS passa pela educação, protecção e prevenção, intervindo na educação junto da população. O farmacêutico deve motivar o utente e conduzi-lo a tomar decisões que melhoraram o seu comportamento em questões relacionadas com a saúde, através de informação personalizada, recorrendo a material educativo, adequado às necessidades de cada doente. O farmacêutico, com os outros profissionais de saúde, deve participar em programas de PS centrados na diminuição de factores de risco, atraso da progressão da doença e evitar as suas consequências. (OF, 2009)

Nos últimos anos, estes profissionais de saúde, têm participado em vários programas de PS, já que nas farmácias, têm a vantagem de ter uma grande proximidade com os utentes e podem utilizar essa disponibilidade para a PS.

Em Outubro de 1993, a Associação Nacional de Farmácias (ANF) e as suas farmácias associadas desenvolveram o Programa de Troca de Seringas - “*Diz não a uma seringa em segunda mão*” com o intuito de auxiliar os utilizadores de drogas injectáveis a reduzir a transmissão de doenças infecto-contagiosas. (ANF, s.d.)

Quanto aos projectos de educação para a saúde ,o projecto VALORMED consiste na gestão de embalagens e medicamentos fora de uso, que apesar destes representarem apenas 0,5% dos Resíduos Sólidos Urbanos, a sua recolha justifica-se em termos de saúde pública e ambiental. No ano de 2010 foram recolhidas cerca de 838 toneladas destes resíduos. Este projecto depende da boa receptividade dos farmacêuticos comunitários que devem o promover junto dos seus utentes e da responsabilidade dos farmacêuticos hospitalares em recolher os resíduos e entregá-los à VALORMED. (VALORMED, s.d.)



Figura 2 – Projecto VALORMED (VALORMED, s.d.)

O Museu da Farmácia criou o “*Clube da Sara*” onde são realizados vários ateliers educativos, nos quais se encontram “*Férias de Verão no Museu da Farmácia*”, “*A Farmácia é tua amiga*”, “*Alimentação Saudável*”, “*Cozinha Divertida*” e a realização de festas de aniversário, com o intuito de aproximar as crianças dos farmacêuticos e de promover a saúde junto deles. (ANF, 2013)



Figura 3 – O Clube da Sara no Museu da Farmácia ((ANF), O clube da Sara, 2013)

O projecto Geração Saudável, promovido pela Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos, iniciado no mandato do Professor Doutor António Hipólito de Aguiar,

tem como objectivo a promoção e educação para a Saúde nas Escolas do 2º ciclo de ensino básico (crianças dos 10 aos 13 anos). É um projecto inovador e dinâmico, que tem como objectivo prevenir e sensibilizar, sobre os temas Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Alimentação, Obesidade e Diabetes. (OF, s.d.)



Figura 4 - Logótipo e mascote da Geração Saudável (Ideias, s.d.) ((OF), 2011)

Ainda para que as crianças conheçam melhor a profissão farmacêutica e as suas diversas áreas de actividade, a mesma equipa da Ordem dos Farmacêuticos (OF) abriu um espaço na *Kidzania* onde as crianças podem realizar preparações microscópicas, produzir um creme, realizar testes de diagnóstico e preparar um Kit socorros para o Hospital da Cidade. (Kidzania, s.d.)



Figura 5 - Espaço da OF na Kidzania (Kidzania, s.d.)

1.3. Promoção da Saúde nas Escolas

Num tempo em que a educação das crianças por parte da família se encontra cada vez mais descuidada e limitada, por falta de tempo por parte dos pais para intervir na educação dos seus filhos e com o crescente número de divórcios, a escola torna-se cada vez mais importante no processo educativo.

As escolas são um cenário importante no qual a saúde pode ser efectivada ou sustentada, pois nelas, são influenciadas as percepções, atitudes, acções e comportamentos não só dos alunos mas também dos professores, pais, profissionais de saúde e comunidades locais. (WHO, 1999)

“Uma escola promotora de saúde (EPS) é uma escola que implementa planos estruturados e sistematizados tendo em conta o bem-estar e a saúde, um desenvolvimento social para os alunos, pessoal docente e não docente” (DGS, 2009)

Em 1991, a OMS, o Conselho da Europa e a União Europeia criaram a "Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (REEPS). Este projecto, que deu origem à Rede das Escolas pela Saúde na Europa (*Schools for Health in Europe* - SHE), contribuiu para o desenvolvimento sustentado da PS nos estabelecimentos de ensino e já está presente em 43 países.

Os projectos baseiam-se em seis princípios chave: A equidade, a sustentabilidade, a inclusão, a competência para acção, o *empowerment*³ e a democracia. Para isso a SHE tem em linha de conta uma abordagem à saúde mais orientada para a acção, para isso, procura-se que a saúde seja uma matéria que faça parte do currículo escolar, que permita desenvolver políticas de saúde na escola, competências para a vida e fortalecer os laços com a família, a comunidade e os serviços de saúde. Para isso procura que haja uma maior participação dos pais, professores e alunos, na PS. As EPS devem, assim, apoiar a colaboração entre a escola e a comunidade, porque estes são agentes activos e fundamentais na formação do capital social e da capacidade para interpretar as matérias, neste caso a saúde, que se pretende transmitir. Também é necessário ter em conta a qualidade das escolas para exponenciar e maximizar o processo de ensino e aprendizagem, com o objectivo de melhorar os resultados escolares. Outro dos factores fulcrais é o conhecimento de investigações recentes que façam prova científica dos benefícios de uma determinada intervenção prática, em temas como a alimentação saudável, por parte das EPS (DGE, 2009)

³ - *Empowerment* consiste na delegação de poderes de decisão, autonomia e participação

A OMS, em *Health for all*, decidiu estabelecer metas de saúde para os próximos anos e vai, por isso, promover novas abordagens em ambiente escolar, para a PS e estilos de vida saudáveis das crianças. É previsto que em 2015, cerca de 50% das crianças que frequentem Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a escola, integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. (WHO, 1999))

Os programas de saúde escolar efectivos podem reduzir ou prevenir significativamente a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco. Os estudos de avaliação custo-efectividade demonstram que, por cada euro gasto em acções preventivas com PS, vão resultar num ganho de catorze euros posteriormente.

Para o sucesso de programas de PS nas escolas é imprescindível que sejam reforçadas ou que adquiridas novas competências, por parte dos profissionais de saúde e de educação, com vista à aquisição da capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis na escola. (DGS, 2006)

Comparado os programas que têm uma abordagem integrada, holística e estratégica e os que se baseiam apenas na transmissão de informação nas aulas, pode concluir-se que, os primeiros têm resultados mais positivos tanto a nível escolar como ao nível da saúde.

Um aspecto a considerar é o facto destes programas serem um processo de mudança, de desenvolvimento e evolução que decorre numa comunidade escolar, estas alterações não são possíveis a curto prazo, não são instantâneas, contudo podem-se fazer mudanças substanciais num prazo de 3 a 4 anos, desde que as estratégias e os seus objectivos sejam realistas.

Cada Escola Promotora de Saúde (EPS) deve redigir uma carta de EPS, na qual são escritos os princípios, metas e a celebração dos sucessos em PS, o que simboliza o compromisso da escola e incorpora os princípios de desenvolvimento local no âmbito das políticas da escola. (IUHPE, s.d.)

1.4. Alimentação

Durante milhões de anos a procura de alimentos ajudou a moldar o desenvolvimento humano, a organização da sociedade e a própria história. Apenas na segunda metade do século XVIII, é que os cientistas concluíam que a ingestão de certos alimentos, mais tarde chamado de nutrientes, influenciava as funções do corpo, protegia contra doenças, restaurava a saúde e determinava respostas às mudanças no meio ambiente. (Gibney, et al, 2009)

Ao longo dos tempos, o poder económico e o monopólio do comércio, passou de povos para povos, e nessas conquistas houve troca de conhecimentos, culturas e hábitos alimentares. Por exemplo, em 1492, Cristóvão Colombo na sua descoberta oficial da América trouxe para a Europa vários alimentos como o tomate, cacau, milho, batata, feijão, pimenta, entre outros. (Abreu, et al, 2001)

No contexto da globalização houve enormes alterações na alimentação, devido à influência da produção industrial, das técnicas de conservação e do desenvolvimento dos transportes e comércio. (Pimentel & Monteiro, 2012)

Sujeitos às transformações impostas pela globalização e urbanização, a qualidade dos alimentos foi alterada, assim a pós-modernização impôs novas formas de alimentação que alteraram o paladar e o aporte nutritivo. (Santos C. R., 2005)

Este desenvolvimento levou ao aprovisionamento de alimentos parcial ou completamente preparados, aumentou o número de locais e momentos para comer, e assim, ao invés de uma necessidade biológica, comer passou a ser um acto relativamente constante e sujeito aos ritmos das refeições. (Pimentel & Monteiro, 2012)

Hoje em dia, os alimentos são comprados quase prontos para o consumo, havendo, cada vez mais, uma procura de alimentos pré-preparados. A sociedade contemporânea impõe, cada vez mais a uma alimentação rápida e prática, levando ao desaparecimento de tradições e costumes. (Santos C. R., 2005)

Estes factos aliados à publicidade, que incentiva ao consumo de produtos nutricionalmente inadequados, têm levado a estados de sobrenutrição. (Pimentel & Monteiro, 2012)

Em Portugal a adesão à Comunidade Económica Europeia, em 1986, provocou enormes alterações nos hábitos alimentares, uma vez que, abriu as fronteiras a alimentos produzidos externamente o que conseqüentemente levou a um decréscimo no investimento nos setores produtivos da agricultura e pescas em território nacional. (Gregório, et al, 2012)

A nutrição humana descreve os processos pelos quais os organelos celulares, células, tecidos, órgãos, sistemas e o corpo como um todo obtêm e utilizam substâncias necessárias obtidas a partir de alimentos – os nutrientes - para manter integridade estrutural e funcional. (Gibney, et al, 2009)

Os nutrientes podem ser agrupados consoante as suas propriedades e características em: hidratos de carbono, lípidos, proteínas, fibras, vitaminas, sais minerais e água e desempenham três funções essenciais no organismo: energética, plástica e reguladora.

Os que conferem função energética são os hidratos de carbono e as proteínas, em que uma grama destes fornecem 4 calorias, e os lípidos que cada grama fornece 9 calorias. (Breda & Nunes, s.d.)

As necessidades energéticas num adulto variam entre as 1800 e as 2500 Kcal, dependendo do sexo e estilo de vida de cada um. (DGS, 2005) Já no caso das crianças, as necessidades energéticas são mais baixas como se pode confirmar na Tabela 1 (DGS, 2013)

Tabela 1 - Necessidades energéticas diárias para crianças dos 5 aos 11 anos (DGS, 2013)

Idades (anos)	Necessidades Energéticas (Kcal/dia)	
	Masculino	Feminino
5 - 6	1467	1330
6 - 7	1573	1428
7 - 8	1692	1554
8 - 9	1830	1698
9 - 10	1978	1854
10 - 11	2150	2006

Já os nutrientes com função plástica são as proteínas, que constituem todos os tecidos do organismo e que são responsáveis pela sua constituição e crescimento, e alguns minerais.

Por outro lado, os que detêm de uma função reguladora, são as vitaminas, os minerais e as fibras alimentares que são responsáveis por promoverem e facilitar quase todas as reacções bioquímicas.

Com as diferentes funções de cada nutriente, a principal forma de satisfazer as necessidades e evitar o consumo excessivo de certos nutrientes, é a variedade. (Breda & Nunes, s.d.) Com o intuito de esclarecer as quantidades necessárias de cada alimento foi criada, em 1977, a Roda dos Alimentos⁴ mas com os conhecimentos científicos a evoluírem e com as diversas alterações na situação alimentar portuguesa, foi sendo reestruturada, mas manteve a sua forma circular, por se assemelhar aos pratos vulgarmente utilizados e também por facilitar a sua divisão por grupos.

⁴ - A Roda dos Alimentos é uma representação gráfica que constitui um instrumento de educação alimentar, pois torna-se num meio de aprendizagem fácil e atraente. De forma circular, divide-se por segmentos de diferentes tamanhos, os grupos, onde se identificam facilmente a proporção dos alimentos a constar na alimentação diária. Cada grupo é constituído por alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, os quais, devem ser substituídos entre si, de forma a garantir uma alimentação variada.

“De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma Alimentação Saudável, isto é, uma alimentação:

- Completa: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- Equilibrada: comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;
- Variada: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.” (DGS, 2003)

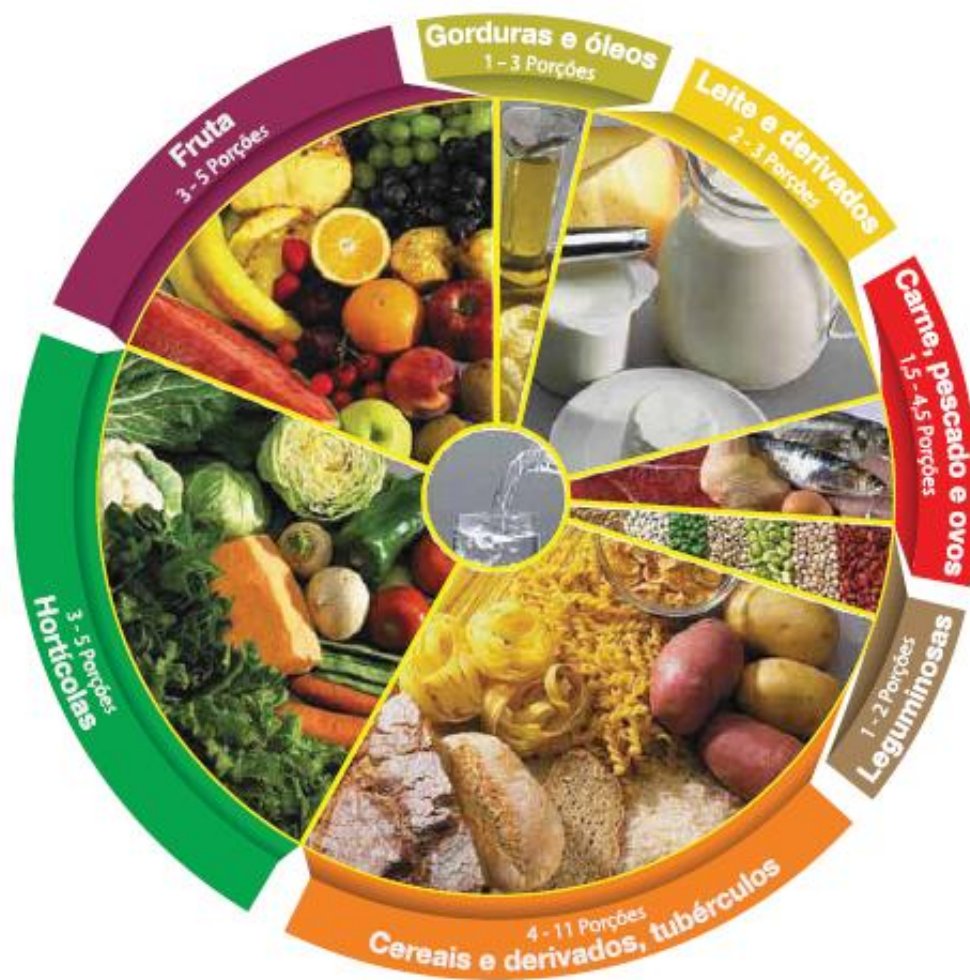


Figura 6- A Roda dos Alimentos (Gregório, Santos, Ferreira, & Graça, 2012)⁵

Os grupos presentes na nova roda dos alimentos, e as suas respectivas proporções nas quais devem ser consumidos, estão referenciados na seguinte tabela.

⁵ - As porções dependem das necessidades individuais de cada indivíduo, sendo influenciadas por factores como o sexo, a idade, estado fisiológico, actividade física, entre outros. Conferir porções no Apêndice I.

Tabela 2 - Roda dos alimentos: quantidades, composição e benefícios (Gregório, et al, 2012)

Proporções (%)	Grupo de Alimentos	Composição Nutricional
28	Cereais e derivados, tubérculos	Fibras, vitaminas (complexo B) e sais minerais (magnésio e Ferro) que fornecem energia
23	Hortícolas	Minerais, Antioxidantes, algumas vitaminas e fibra que são pobres e calorías e conferem elevada protecção do organismo
20	Fruta	
18	Lacticínios	Cálcio, proteínas de alto valor biológico ⁶ , fósforo e vitaminas do complexo B
5	Carne, pescado e ovos	Proteínas, minerais (ferro e zinco) e várias vitaminas (vitamina B12)
4	Leguminosas	Hidratos de carbono de absorção lenta, proteínas de origem vegetal, fibra, vitaminas (complexo B) e minerais (magnésio e ferro)
2	Gorduras e Óleos	Ácidos gordos essenciais que são veículos das vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K)

No centro da nova roda dos alimentos, encontra-se a água, que não contém um grupo próprio, uma vez que constitui praticamente todos os alimentos contidos nos outros grupos, e a quantidade diária recomendada varia entre 1,5 a 3 litros. (DGS, 2003)

A água é essencial no organismo, já que tem como função o transporte de nutrientes, a regulação de temperatura corporal e interfere no funcionamento dos órgãos, entre outros. (Gregório, et al, 2012)

Uma alimentação equilibrada e saudável não tem que ser monótona e restritiva, pois quanto mais variada for melhor, já que há um maior consumo de todos os nutrientes essenciais ao organismo ao longo do dia. A base para uma alimentação correcta deve ser constituída por alimentos com baixo teor em gordura e bastante ricos em sais minerais, vitaminas e fibras, como os produtos hortícolas, os frutos, as leguminosas e os cereais. Os alimentos menos saudáveis também podem integrar na alimentação desde que constituam a excepção e não a regra. (DGS, 2005)

Um dos maiores erros alimentares é o número de refeições diárias, sendo que estas devem ser distribuídas por 5 a 6 vezes ao longo do dia, com intervalos máximos de três horas e meia. Assim, consegue-se regular os mecanismos fisiológicos do controlo do apetite

⁶ - As proteínas de alto valor biológico são aquelas garantem a obtenção dos aminoácidos necessários à síntese proteica em qualidade e quantidade adequadas (Lopez, 2011)

e também proceder à correcta distribuição dos alimentos e calorias ao longo do dia, ao invés de concentrar em apenas duas refeições diárias. (Cordeiro, 2011)

Na primeira meia hora do dia deve-se tomar logo o pequeno-almoço, este deve ser completo e variado e deverá corresponder a cerca de 20% da energia do dia, contendo alimentos do grupo dos cereais e derivados, da fruta e dos lacticínios. Esta refeição é importante para todos, especialmente para as crianças, pois melhoram a concentração, a atenção e a memória o que lhes permite obter um maior sucesso escolar.

A meio da manhã e da tarde deve-se comer sempre. Há que ter em consideração que estas refeições geralmente são as que levam a maiores erros alimentares com *snacks* pré-preparados ricos em gorduras e açúcares e sem valor nutricional. A escolha deve recair por isso num iogurte, leite, fruta ou pão, este último, é uma excelente fonte de minerais, hidratos de carbono e fibras e deve ser de mistura ou centeio.

O almoço e o jantar, devem ser semelhantes, sendo que o jantar deve ser com proporções mais pequenas, e alternando entre a carne e o peixe. Estas refeições devem-se iniciar sempre com uma sopa rica em legumes, seguido de um prato de peixe ou carne sempre acompanhado por hortícolas e arroz, massa ou batatas e leguminosas. A sopa tem um elevado valor nutricional e um baixo valor calórico, rica em fibras e água para aumentar a saciedade e melhorar o trânsito intestinal, e leva a uma menor ingestão de alimentos do prato principal.

Se o tempo entre o jantar e a hora de dormir exceder as 3 horas deve comer uma pequena ceia composta por um iogurte ou peça de fruta. (DGS, 2005) (Gregório, et al, 2012)

Por fim, um passo muito importante para uma alimentação saudável, é a escolha dos alimentos ou produtos alimentares a adquirir, para isso é necessário saber ler o rótulo para avaliar a qualidade nutricional do alimento. Deve ter-se em especial atenção as listas de ingredientes que se encontram discriminadas por ordem decrescente da quantidade dessa substância presente no alimento e à informação nutricional, onde consta o valor energético e os nutrientes do alimento. (DGS & Defesa do Consumidor, s.d.)

1.5. Alimentação em Portugal, um estudo do INE

Entre 2003 e 2008, os desequilíbrios da dieta alimentar portuguesa acentuaram-se, verificando-se um aumento do consumo de gorduras saturadas e uma diminuição do consumo de produtos hortícolas, frutícolas e leguminosas.

“A Balança Alimentar Portuguesa, enquanto instrumento analítico de natureza estatística, permite retratar a evolução e o perfil do consumidor nacional em termos de produtos, nutrientes e calorias,

através da disponibilização de um quadro de informação com as disponibilidades alimentares e nutricionais do país.” (INE, 2010)

De acordo com os dados obtidos pela Balança Alimentar Portuguesa (BAP) o consumo de produtos alimentares e bebidas corresponde a 3883 kcal, em média, quando o valor médio recomendado para um adulto ronda as 2000 a 2500 kcal. Os maiores desvios são um aumento dos produtos do grupo “Carne, pescado e ovos” e uma diminuição no consumo no grupo dos frutos e leguminosas secas. Apenas os grupos “Cereais e tubérculos” e dos “Lacticínios” se assemelham ao recomendado.

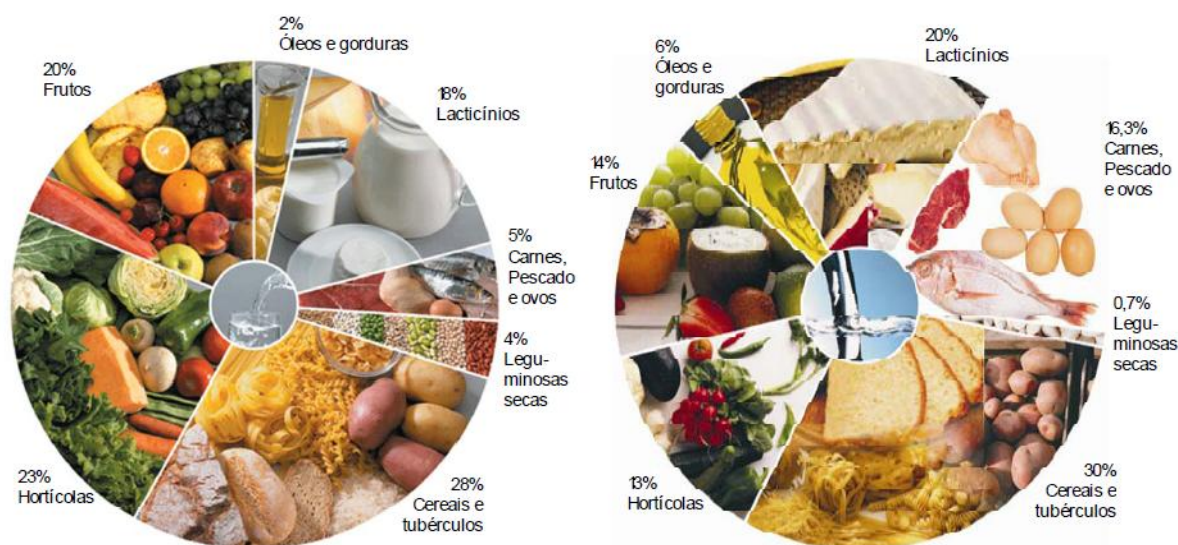


Figura 7 - Roda dos Alimentos (à esquerda) e BAP em 2008 (à direita) (INE, 2010)

Para contrariar esta distorção da roda dos alimentos, os portugueses deveriam aumentar em cerca de 5 vezes a quantidade consumida de leguminosas secas, 79% de hortícolas e 48% de frutos. Quanto aos grupos que estão a ser consumidos em excesso, a redução de carne, pescado e ovos deveria ser de 70%, e nas gorduras e óleo cerca de 67%. (INE, 2010)

1.6. Obesidade

Do latim *obesitas* (*âtis* - gordura excessiva), a obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma doença na qual existe uma acumulação excessiva de massa gorda, de tal forma que a saúde pode ser adversamente afectada”. Considerada, em 1997 pela OMS, a epidemia do século XXI, superando a desnutrição, subnutrição e ainda as

doenças infecciosas. A obesidade é neste momento o maior problema mundial de Saúde Pública, no que diz respeito às questões alimentares.

Com dados de 2010, estima-se que, no mundo, cerca de um bilhão de adultos têm excesso de peso (IMC 25 a 29,5 Kg/m²) e 475 milhões são obesos. A previsão para o final da próxima década, é de que 50% da população mundial será afectada por esta epidemia. (IOTF, s.d.) (Borrego, et al, 2013)

Portugal acompanha a tendência mundial, no ano de 2006, 15,2% dos adultos eram obesos (15,9% mulheres e 14,4% homens). (DGS, 2013)

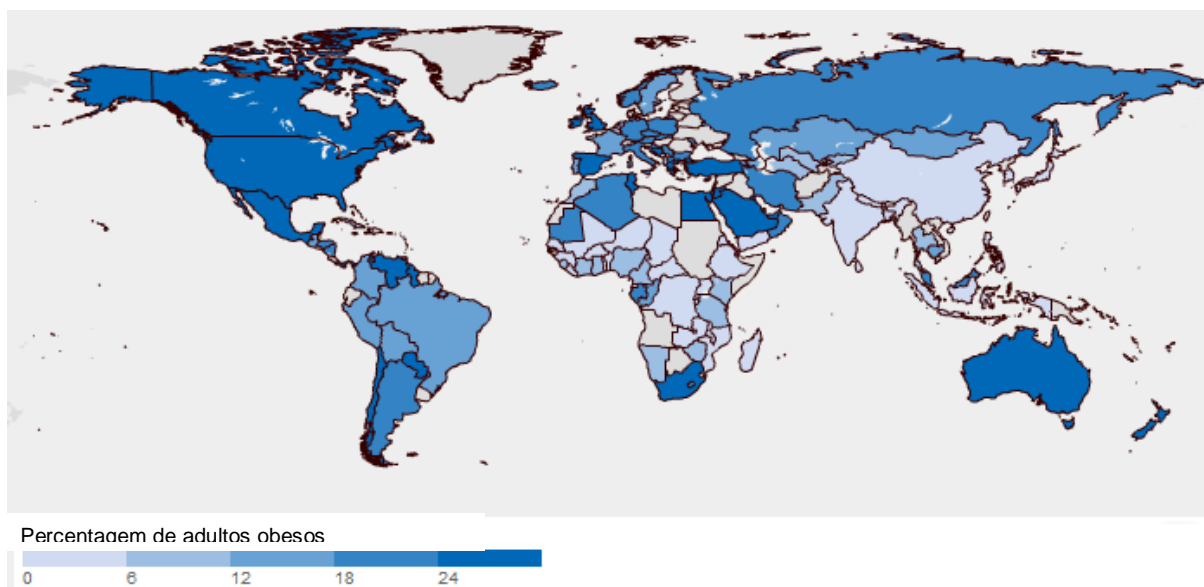


Figura 8 - Prevalência de Adultos Obesos no Mundo (IOTF, s.d.)

A obesidade é a forma mais comum de perturbação do balanço energético, e uma vez que existe uma forte relação entre obesidade e os riscos para a saúde, esta é considerada uma doença. (Gibney, et al, 2009)

Esta doença não faz distinção e atinge ambos os sexos e todas as faixas etárias, apesar da frequência nas crianças estar a aumentar. (Abêbora, Espanca, & Franco, 2012)

A obesidade caracteriza-se por uma acumulação excessiva de gordura, ou tecido adiposo, no corpo. Assim, a obesidade é uma doença de balanço energético positivo, que surge como resultado da desregulação do sistema de equilíbrio de energia, ou seja, uma falha dos sistemas de regulação entre os ganhos e os gastos energéticos. (Gibney, et al, 2009)

Até há alguns anos pensava-se que a etiologia da obesidade correspondia a uma ingestão de calorias superior às gastas. Hoje em dia considera-se que os factores genéticos, ambientais e psicológicos também têm um papel relevante. Os factores genéticos são evidentes na obesidade mórbida e nas variações dentro dos mesmos grupos étnicos. Os

factores ambientais são mais difíceis de definir, mas a evidência aponta para mudanças nos estilo de vida, como a redução do exercício físico, aumento das quantidades ingeridas, entre outras, os factores psicológicos estão relacionados com a compulsão alimentar. Ainda existem outras situações, como a gravidez, síndrome de Cushing, trauma, uso de tranquilizantes e esteróides que levam ao aumento no peso. (Pender & Pories, 2005)

A obesidade pode trazer inúmeras complicações na saúde, tais como: problemas respiratórios, ortopédicos, tanto nos ossos como nas articulações, dermatológicos, cardiovasculares, alterações no crescimento, dificuldades em fazer qualquer tipo de actividade física, por ter dificuldade em respirar e se sentir cansado, provocar uma puberdade precoce nas raparigas e atraso no salto pubertário nos rapazes, perturbações psicológicas (alterações do sono, desânimo, depressão, baixa auto-estima, discriminação social, consumo de drogas de abuso e alterações que levam a doenças do comportamento alimentar, como a bulimia e a anorexia) e ainda levar ao aparecimento de várias doenças como a *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e colesterol elevado. (Borrego, et al, 2013)

A prevenção é menos dispendiosa e mais eficaz do que o tratamento da obesidade depois de instalada. (Abêbora, Espanca, & Franco, 2012)

Uma vez que a obesidade é reversível são necessárias medidas de PS a incidir em estilos de vida saudáveis. (Frota, 2007)

A avaliação nutricional tem por objectivo apreciar o crescimento corporal nas diferentes idades, não englobando apenas os parâmetro antropométricos, mas também a medição da massa gorda e proteica. Esta avaliação permite diagnosticar a má nutrição (por excesso, defeito ou de uma carência específica), identificar crianças em risco nutricional e controlar a resposta à intervenção nutricional. Esta avaliação segue as seguinte etapas: anamnese, avaliação clínica, avaliação antropométrica e avaliação da composição corporal. (Palminha & Carrilho, 2003)

Segundo a OMS e a IOTF⁷, o Índice de Massa Corporal (IMC), é uma medida aceitável para medir a gordura corporal. Para os adultos, obtém-se este calculo dividindo o peso do corpo (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros). O cálculo do IMC é fácil de realizar e é de baixo custo, e apresenta uma forte correlação entre a gordura corporal e os riscos de saúde. Tem algumas limitações, porque é uma medida indirecta do tecido adiposo e não distingue massa muscular e da adiposa. No caso das crianças, a OMS estipulou os valores de IMC e as suas respectivas categorias em gráficos, tendo em conta a idade e o género, como se pode observar nos Apêndice III e Apêndice IV. (Ahmad, Ahmad, & Ahmad, 2010)

⁷ - *International Obesity Task Force*

O perímetro abdominal é uma avaliação indirecta da gordura visceral e é também um importante parâmetro para avaliar a obesidade. Inicialmente, marca-se o ponto médio entre a décima costela, a última fixa, e o bordo superior da crista ilíaca, e mede-se com uma fita métrica. (Borrego, et al, 2013)

1.7. Obesidade Infantil

Nos últimos anos na Europa tem-se verificado um aumento acentuado da obesidade infantil. Os especialistas da IOTF na elaboração do relatório anual para a OMS estimam que, na Europa, uma em cada cinco crianças tem excesso de peso. (IOTF, 2005))

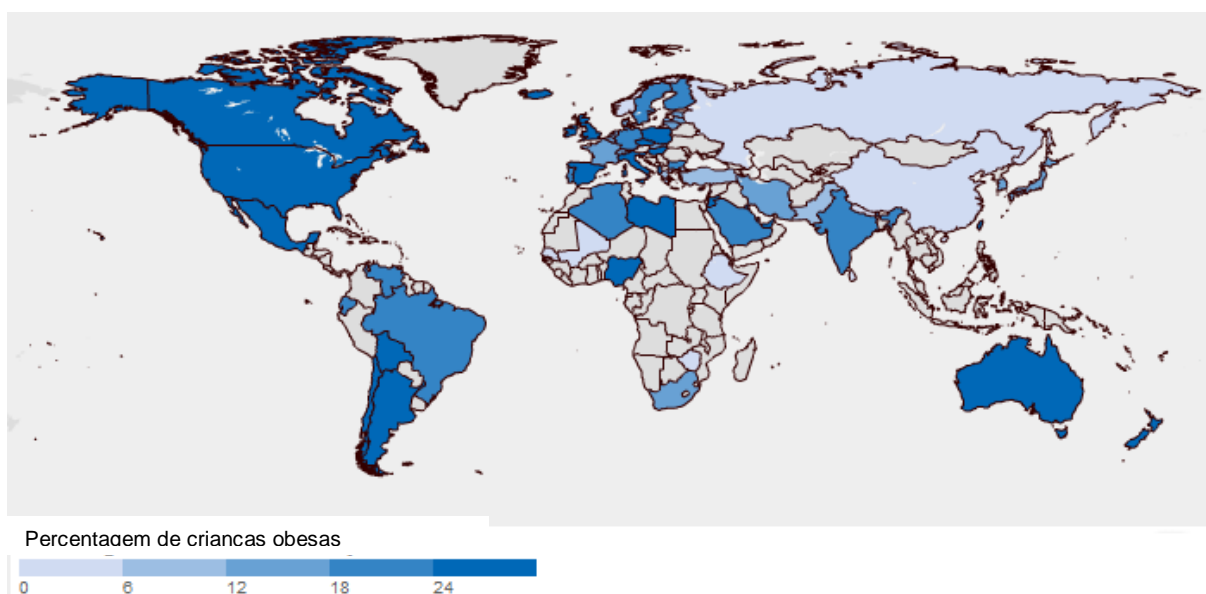


Figura 9 - Prevalência de Crianças Obesas no Mundo (IOTF, s.d.)

De acordo com um estudo de Cristina Padez, em 2004, com crianças com idades compreendidas entre 7 a 9 anos, a Itália é o país com maior prevalência de obesidade infantil, cerca de 36%, seguida de Portugal onde cerca de 32% das crianças têm excesso de peso, e destas 11% são considerados obesos. Valores semelhantes têm os outros países mediterrânicos, a Grécia (31%) e Espanha (30%). (Padez, 2004)

Um padrão que se pode observar no mapa da distribuição da obesidade é que nos países desenvolvidos há maior prevalência de obesos nos grupos sócio-económicos mais desfavorecidos, enquanto que nos países em desenvolvimento acontece precisamente o contrário.

A obesidade infantil tem um impacto negativo ao longo de toda a vida do “doente”, como levar a uma baixa autoestima. De acordo com o estudo realizado por J. Martins Palminha e Eugénia Carrilho, em 2003, ao comparar crianças de peso normal com crianças obesas, e concluíram que 19% de crianças obesas se sentiam tristes (8% nas de peso normal), 48% sentiam-se entediados (42% nas de peso normal), e 21% sentiam-se nervosas (12% nas de peso normal). A baixa autoestima provocada pelo excesso de peso, pode ser um catalizador para agravar a compulsão alimentar. (Palminha & Carrilho, 2003)

Capítulo II – Material e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Com o objectivo de identificar as vantagens da intervenção do farmacêutico nas escolas na obesidade infantil, nomeadamente nas temáticas alimentação e exercício físico, realizaram-se dois questionários, um antes e outro após uma intervenção escrita. Uma vez que o questionário também incluía crianças bastante novas, nomeadamente as que frequentem o primeiro ano de escolaridade, que não sabem ler, foi através dos indivíduos responsáveis por estas que se procedeu ao estudo (ver questionários e intervenção nos Apêndice V e Apêndice VI). O estudo assenta num estudo observacional descritivo.

2.2. População e amostra

O estudo foi realizado numa Escola do Ensino Básico em Torres Vedras, em que para a constituição da amostra foram seleccionados indivíduos sem distinção do sexo nem idade. A técnica de amostragem utilizada foi uma amostra não probabilística de conveniência. O critério de inclusão foi ser familiar, pessoal docente e não docente de uma criança com idade compreendida entre os 5 e os 10 anos que estivesse a seu cargo.

2.3. Instrumento da recolha de dados

Os dados foram recolhidos através da elaboração de um questionário elaborado de acordo com os objectivos do estudo e aplicado na escola. O questionário continha uma folha de rosto na qual foram indicados os objectivos do estudo, seguido de uma breve recolha dos dados da criança (data de nascimento, sexo, peso e altura), catorze questões referentes a hábitos alimentares e três questões sobre a prática de actividade física.

2.4. Procedimento

Inicialmente, entregou-se na escola um questionário para avaliar o grau de conhecimento dos responsáveis pelas crianças relativamente às temáticas alimentação saudável e a prática de exercício físico (ver Apêndice V). Após a recolha dos dados do primeiro questionário procedeu-se à intervenção farmacêutica consistiu na entrega de folhetos informativos com uma breve explicação da roda dos alimentos, dicas sobre a forma de como fazer uma alimentação saudável, quais os alimentos que devem estar presentes

em cada uma das refeições e, ainda, sobre a prática de exercício físico (ver Apêndice VI). Este folheto informativo foi entregue em mão pelo farmacêutico às professoras de cada turma, para que entregassem aos pais das crianças nas reuniões de pais. Finalmente distribuiu-se um segundo questionário, igual ao primeiro, para avaliar o impacto da intervenção farmacêutica.

2.5. Análise de dados

Os resultados obtidos foram analisados recorrendo a uma análise descritiva simples, através do Microsoft Office Excel 2007.

Capítulo III – Resultados

O presente estudo foi realizado em 104 indivíduos, dos quais 80 se enquadravam no critérios de inclusão pré-definidos, ou seja, eram um familiar, pessoal docente ou não docente de uma criança com idade compreendida entre os 5 e os 10 anos.

3.1. Caracterização das Crianças

Com o objectivo de se efectuar uma breve caracterização das crianças, apresenta-se dados recolhidos sobre as crianças.

A distribuição das crianças por género, apresenta uma maior incidência no sexo feminino com 42 (52,5%) casos, perante 38 (47,5%) do sexo masculino (Gráfico 1).

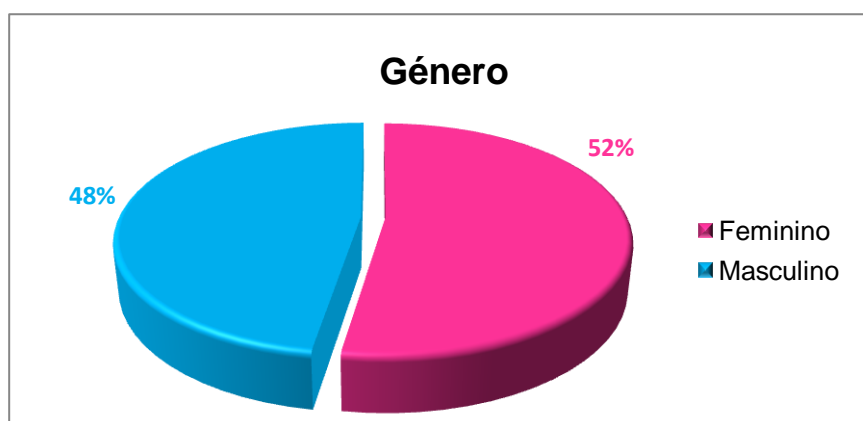


Gráfico 1 - Distribuição das crianças por género (n=80)

Todas as crianças, sobre as quais este inquérito foi realizado, têm idades compreendidas entre 5 e 10 anos de idade, sendo que 2 das crianças têm 5 anos (2,5%), 22 têm 6 anos (27,5%), 17 têm 8 anos (26,25%), 18 têm 9 anos (22,5%) e nenhuma ainda atingiu os 10 anos. (Gráfico 2). Assim, a média das idades é 7 anos.

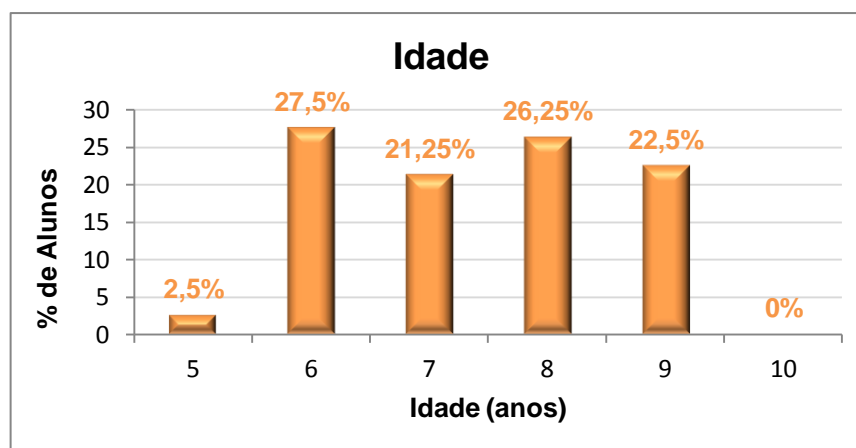


Gráfico 2 - Idade das crianças (n=80).

O IMC das crianças foi calculado com base na informação facultada pelos pais ou responsáveis e através da aplicação dos gráficos da OMS indicados para as crianças entre os 5 e os 19 anos (ver Apêndice III e Apêndice IV). De seguida o IMC de cada criança foi classificado com os valores apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Classificação segundo o IMC

IMC	Classificação
<13 a 14	Magro
15 a 16	Normal
17 a 18	Excesso de peso
>19	Obeso

Assim, das 80 crianças inseridas no estudo, 9 (11,3%) encontram-se num estado nutricional de magreza, 35 (43,8%) num estado normal, e 36 (45%) com um peso acima do normal, sendo que, 21 (26,3%) apresentam excesso de peso e 15 (18,8%) são obesos (Gráfico 3).

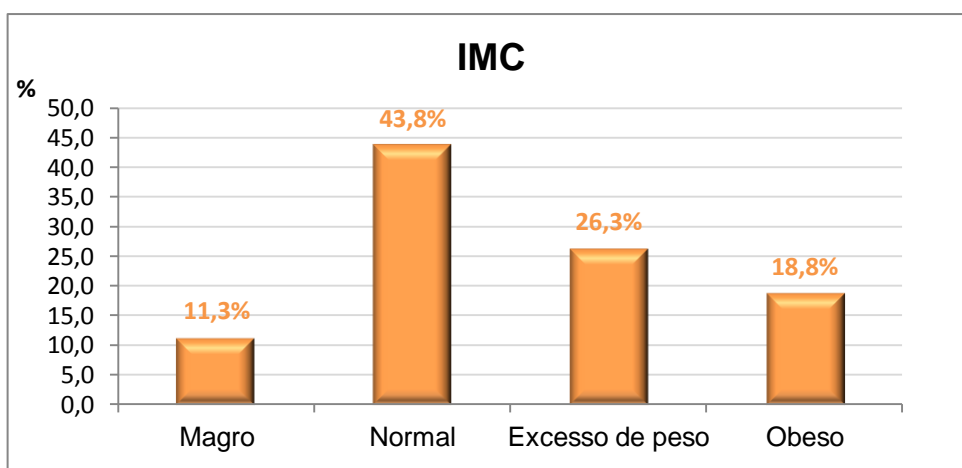


Gráfico 3 – Distribuição das crianças por estado nutricional (n =80).

3.2. Alimentação das Crianças

Relativamente ao número de refeições diárias das crianças os respondentes revelam que, 1 (1,3%) apenas faz duas refeições, 2 (2,5%) fazem três refeições, 8 (10%) quatro refeições, 51 (63,8%) fazem cinco refeições, 18 (22,5%) fazem seis refeições e nenhuma das crianças faz sete refeições. Após a intervenção verificou-se um aumento do número de refeições feitas pelas crianças, sendo que nenhuma faz agora menos de quatro refeições,

7(8,8%) fazem quatro refeições, 55 (68,8%) fazem cinco refeições e 18 (22,5%) fazem seis refeições e nenhuma das crianças faz sete refeições (Gráfico 4).

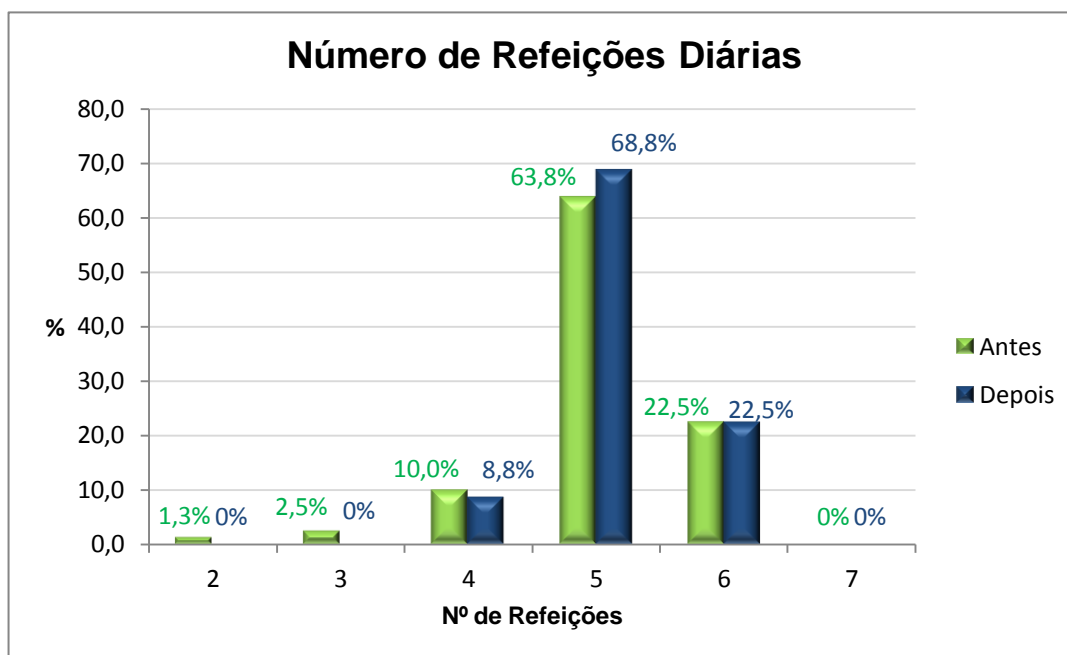


Gráfico 4 – Resultado da pergunta “Quantas refeições a criança faz por dia?” antes e depois da intervenção (n=80)

Os pais das 80 crianças quando inquiridos acerca do pequeno-almoço dos seus filhos, referem que 78 (97,5%) das crianças o tomam diariamente ao invés de 2 (2,5%), que não o fazem justificando-se pela falta de apetite por parte da criança. Todas as crianças que tomam o pequeno-almoço, fazem-no em casa, à excepção de duas que o fazem num café. Já após a intervenção todas as crianças (100%) passaram a alegadamente tomar o pequeno-almoço.

Em relação ao almoço das crianças, apenas 2 (2,5%) almoçam no ATL, 3 (3,75%) almoçam em casa, 72 (90%) na escola e 3 (3,75%) almoçam tanto na Escola como em Casa (Gráfico 5). Todas as crianças que almoçam na escola, comem na cantina, nenhum traz refeições de casa (Gráfico 5). Nenhuma das crianças mudou o local onde almoça, sendo que estes resultados foram observados nos dois momentos do estudo.

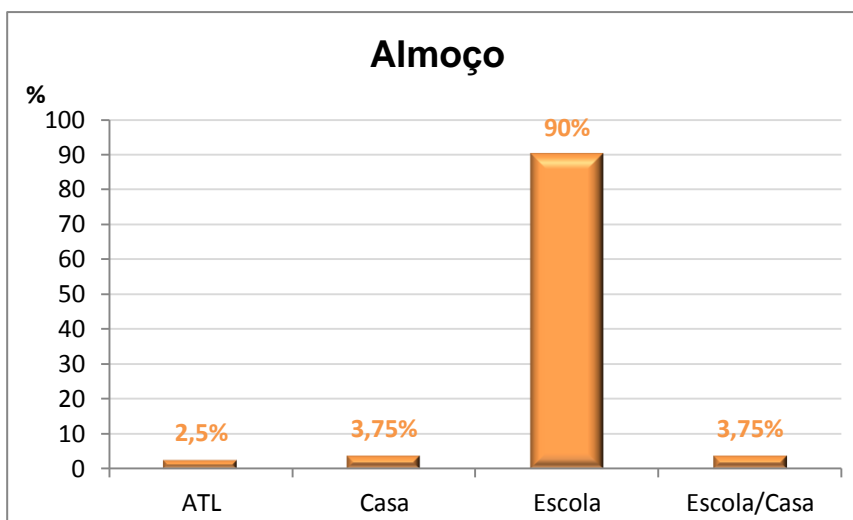


Gráfico 5 - Resposta à pergunta "Normalmente a criança almoça onde?" antes e depois da intervenção (n=80).

Dos 80 indivíduos que responderam aos inquéritos, 61 (76,25%) utilizavam azeite, 13 (16,25%) margarina e apenas 6 (7,5%) utilizavam óleo como gordura na confecção dos alimentos preparados em casa para as refeições das crianças. Após a intervenção 69 (86,25%) utilizam azeite, 8 (10%) utiliza margarina e 3 (3,75%) utilizam óleo (Gráfico 6).

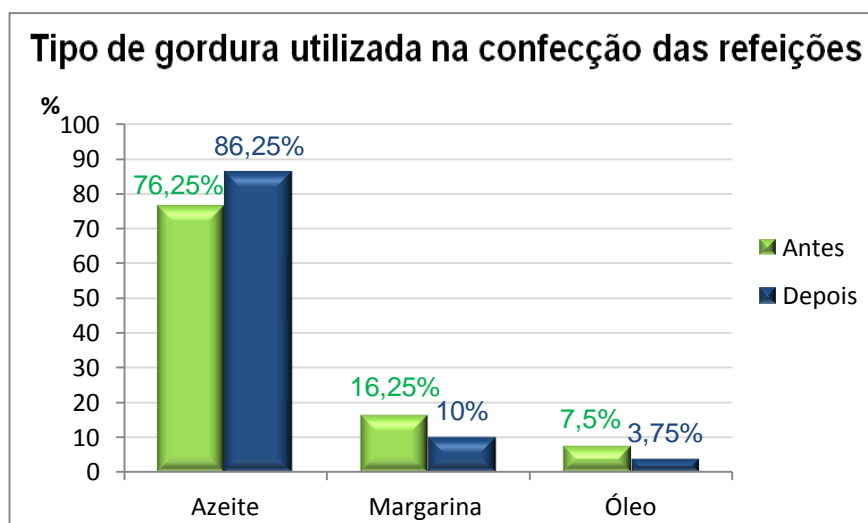


Gráfico 6 – Resposta à pergunta “Que tipo de gordura utiliza na confecção dos pratos que a criança come?” antes e depois da intervenção (n=80).

Quando questionados relativamente ao número de vezes que a criança come fritos (Rissóis, douradinhos, batatas fritas, etc.) por semana, 14 (17,5%) respondeu que nenhuma, 60 (75%) come uma ou duas vezes por semana e 6 (7,5%) come três a quatro vezes e nenhum dos inquiridos respondeu que consome cinco, seis ou mais vezes fritos por

semana. Após a intervenção, houve um aumento do número de crianças para 22 (27,5%) que não têm o hábito comer fritos. Quanto aos que comem, 53 (66,25%) passaram a fazer de uma a duas vezes por semana, 5 (6,25%) comem três a quatro vezes e, novamente nenhuma come cinco a seis vezes por semana. (Gráfico 7).

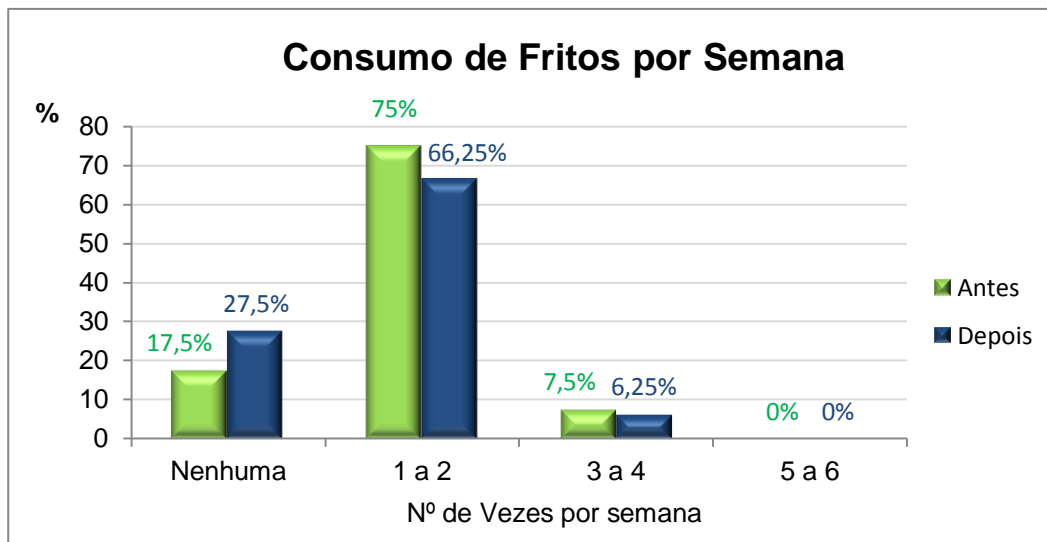


Gráfico 7 - Resposta à pergunta "Em média, quantas vezes por semana a criança come fritos (Rissóis, douradinhos, batatas...)" antes e depois da intervenção (n=80).

Relativamente ao consumo de Hortícolas, em saladas ou legumes cozidos, como acompanhamento da refeição principal, antes da intervenção 70 (87,5%) respondeu que os consome, enquanto que, 10 (12,5%) não consome (Gráfico 8). Após a intervenção 73 (91,25%) passou a consumi-los e 7 (8,75%) continuou sem o fazer. (Gráfico 9).

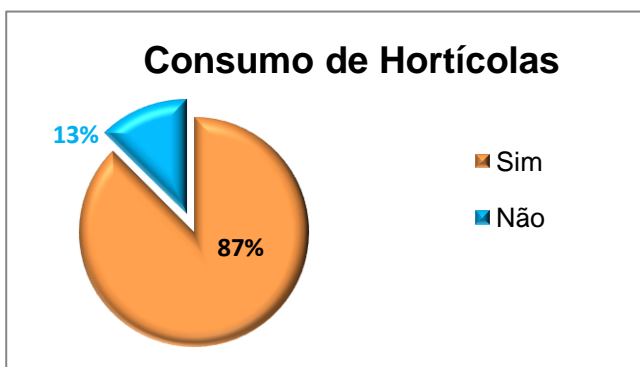


Gráfico 8 - Resposta à pergunta "A criança costuma comer legumes cozidos e/ou saladas a acompanhar as refeições?" **antes** da intervenção (n=80).

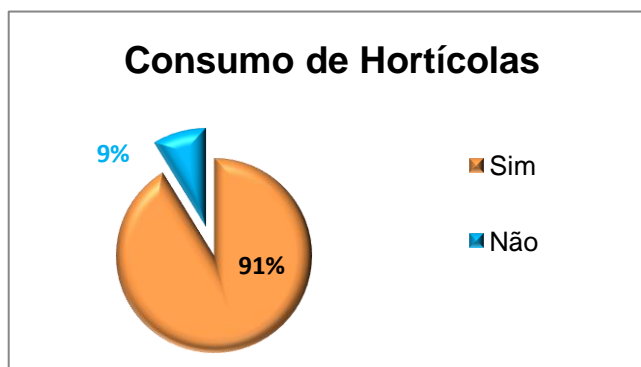


Gráfico 9 - Resposta à pergunta "A criança costuma comer legumes cozidos e/ou saladas a acompanhar as refeições?" **depois** da intervenção (n=80).

Quanto ao consumo de fruta, 78 (97,5%) , maioria dos inquiridos responderam que as crianças comem fruta, face a 2 (2,5%) que não comem (Gráfico 10). Das 78 crianças que comem fruta, 13 (16,7%) comem uma peça, 46 (59%) comem duas, 18 (23,1%) comem três e 1 (1,3%) das crianças come mais de cinco peças de fruta. Após a intervenção, todas as crianças passaram a consumir fruta (100%), e destas, 11 (13,8%) comem uma, 40 (50%) comem duas, 19(23,8%) comem três peças, 2(2,5%) comem quatro, 5 (6,3%) comem cinco e 3(3,8%) comem mais de cinco peças de fruta diariamente (Gráfico 10).

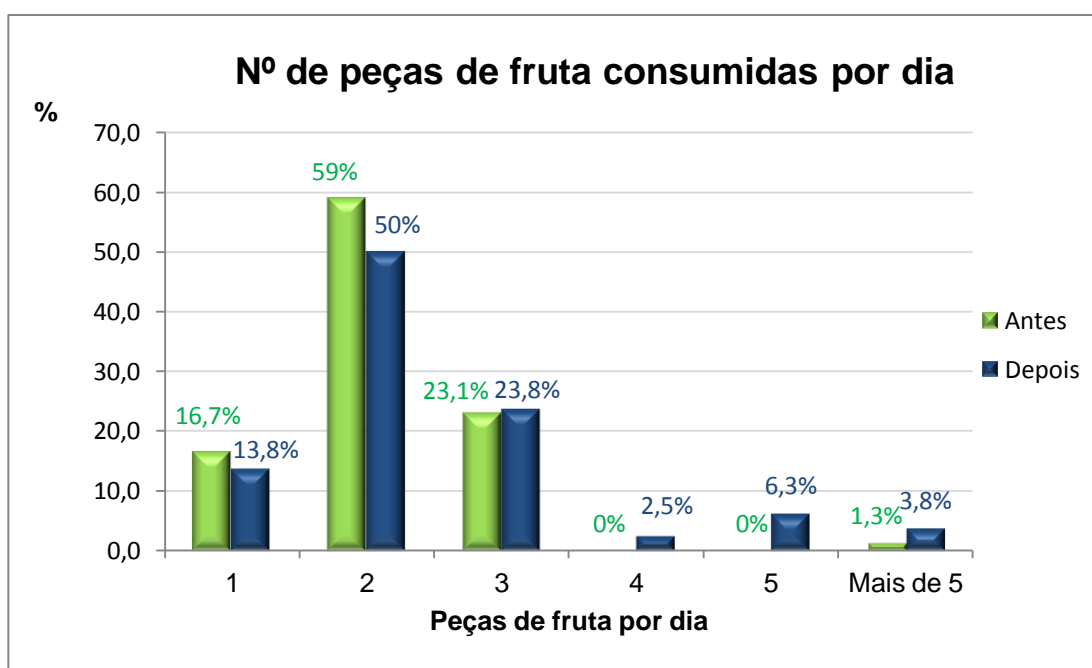


Gráfico 10 - No seguimento da pergunta sobre o consumo de fruta, resposta à pergunta "Quantas peças por dia?" antes e após a intervenção (n=80).

Antes da intervenção e no que respeita ao consumo de sopa por semana, todas as crianças já comiam sopa, sendo que 5 (6,25%) comem uma a duas vezes, 7 (8,75%) comem três a quatro vezes, 37 (46,25%) comem cinco a seis vezes, 17 (21,25%) e 14 (17,5%) das crianças come sopa mais de sete vezes por semana. Após a intervenção verificou-se que 4 (5%) comem sopa uma a duas vezes por semana, 6 (7,5%) comem de três a quatro vezes, 30 (37,5%) comem cinco a seis vezes, 14 (17,5%) comem cerca de seis a sete vezes e 26 (32,5%) comem sopa semanalmente mais de sete vezes (Gráfico 11).

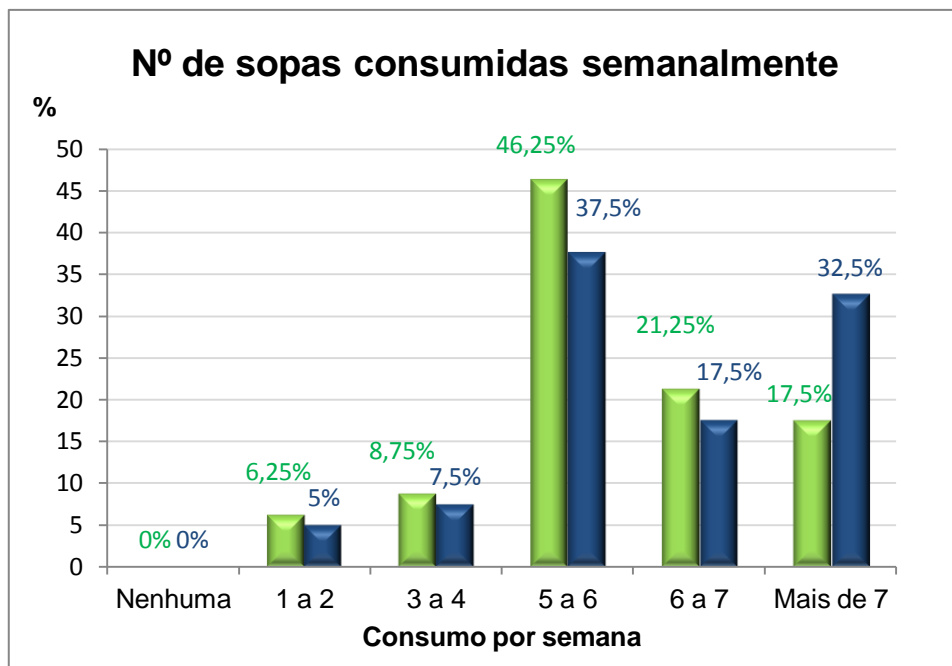


Gráfico 11 - Resposta à pergunta "Quantas vezes por semana a criança come sopa?" antes e após a intervenção (n=80)

Quanto à frequência com que as crianças comem fora das suas casas, à excepção dos almoços na escola, antes da intervenção obteve-se os seguintes resultados: 29 (36,25%) vão menos de uma vez por semana, 39 (48,75%) vão de uma vez por semana a uma vez por mês, 9 (11,25%) vão uma vez por semana e, por último, 3 (3,75%) vão mais de uma vez por semana (Gráfico 12).

Quando questionados relativamente ao local onde costumam ir, os respondentes referem: 29 (36,25%) vai a casa de outros familiares ou de amigos, 12 (15%) vai a restaurantes tradicionais, 36 (45%) vai a restaurantes *Fast-food* (como por exemplo o *McDonalds*, *PizzaHut*, etc.), 2 (2,5%) vai a outros locais, e 1 (1,25%) dos inquiridos respondeu que a criança vai a todos os anteriores (Gráfico 13). Após a intervenção 35 (43,75%) vão menos de uma vez por semana, 35 (43,75%) vão de uma vez por semana a uma vez por mês, 8 (10%) vão uma vez por semana e, por último, 2 (2,5%) vão mais de uma vez por semana (Gráfico 12). Relativamente aos locais onde costumam ir, 34 (42,5%) vai a casa de familiares ou de amigos, 19 (23,75%) vai a restaurantes tradicionais, 24 (30%) vai a restaurantes *Fast-food*, 2 (2,5%) vão a outros locais, e apenas 1 (1,25%) respondeu que vai a todos os anteriores (Gráfico 13).

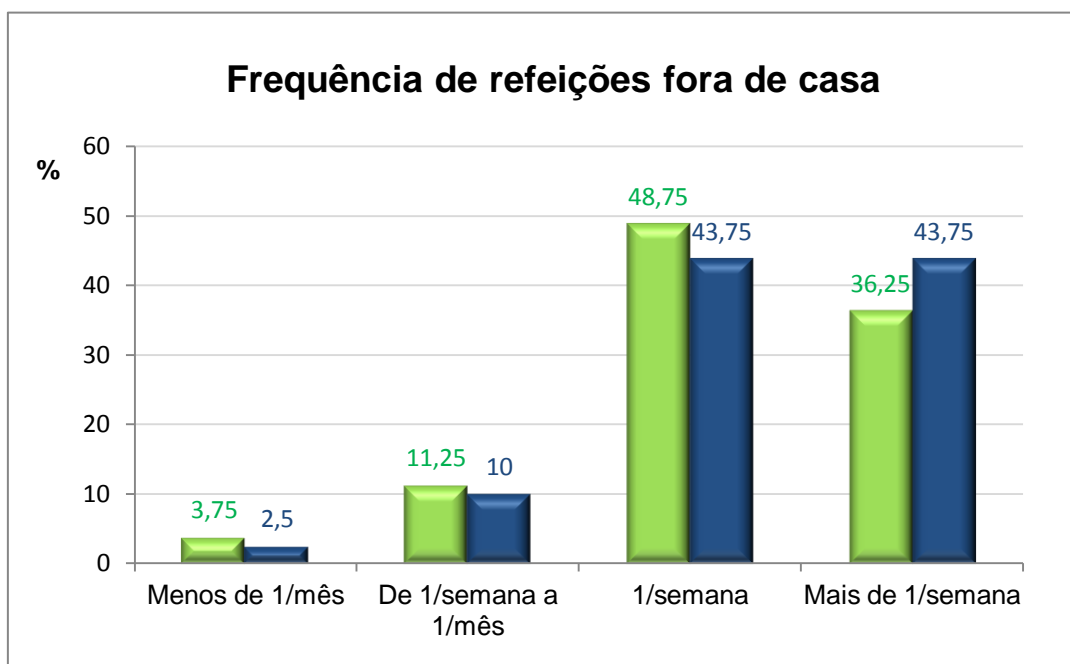


Gráfico 12 – Resposta à pergunta “Com que frequência costuma comer fora de casa?” antes e após a intervenção (n=80).

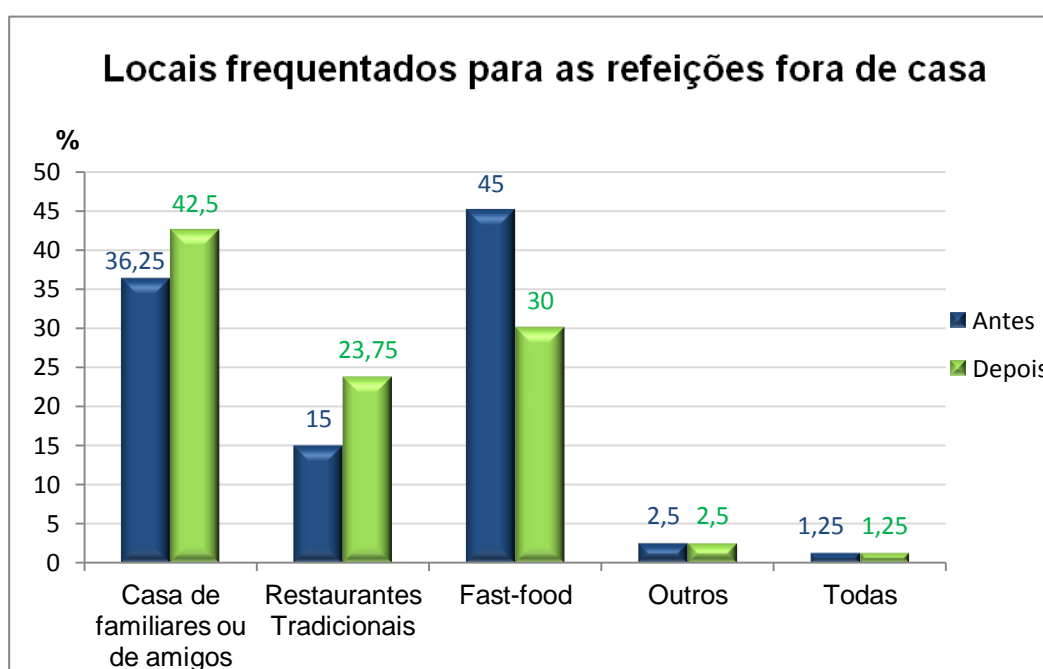


Gráfico 13 – Resposta à pergunta “E quando come fora de casa onde costuma ir?” antes e depois da intervenção (n=80).

Sobre o consumo de doces, 21 (26,25%) responderam que as crianças costumam consumir doces diariamente e 59 (73,75%) não o costumam fazer (Gráfico 14). Estes resultados, após a intervenção, passaram a apenas 16 (20%) com resposta positiva, e 64 (80%) com resposta negativa (Gráfico 15).

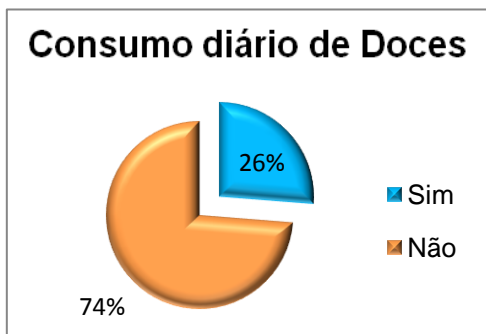


Gráfico 14 - Resultados à pergunta "A criança costuma comer doces todos os dias?" **antes** da intervenção (n=80).

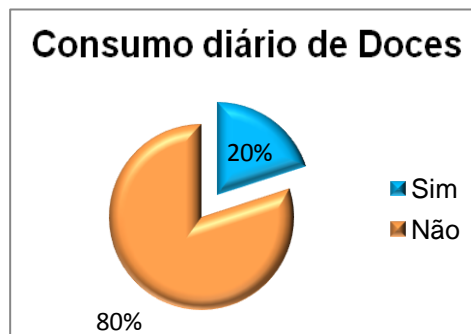


Gráfico 15 - Resultados à pergunta "A criança costuma comer doces todos os dias?" **após** a intervenção (n=80).

Antes da intervenção, relativamente às bebidas consumidas pelas crianças, durante as refeições, 9 (11,25%) bebiam sumos de fruta natural, 61 (76,25%) bebiam água e 10 (12,5%) bebiam refrigerantes (Gráfico 18). Depois 15 (22,5%) bebem sumos de fruta, 61 (76,25%) bebem água e apenas quatro (5%) bebem refrigerantes (Gráfico 16).

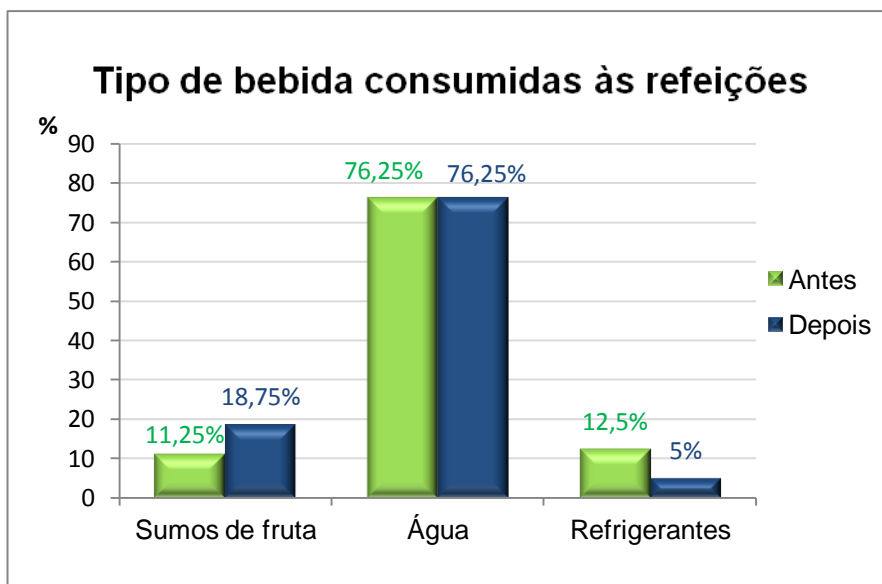


Gráfico 16 - Resposta à pergunta "Às refeições, o que é a criança costuma beber?" antes e após a intervenção (n=80).

Todos os inquiridos (100%) responderam que as crianças costumam beber leite, e relativamente às quantidades diárias, antes da intervenção 20 (25%) responderam que bebiam apenas um copo de leite, 41 (51,25%) bebia dois copos, 14 (17,5%) três copos e 5 (6,15%) mais de três copos de leite por dia (Gráfico 19). Já após a intervenção 19 (23,75%) passaram a beber um copo de leite, 35 (43,75%) dois copos, 15 (18,75%) três copos e 11 (13,75%) bebem mais de três copos de leite por dia (Gráfico 17).

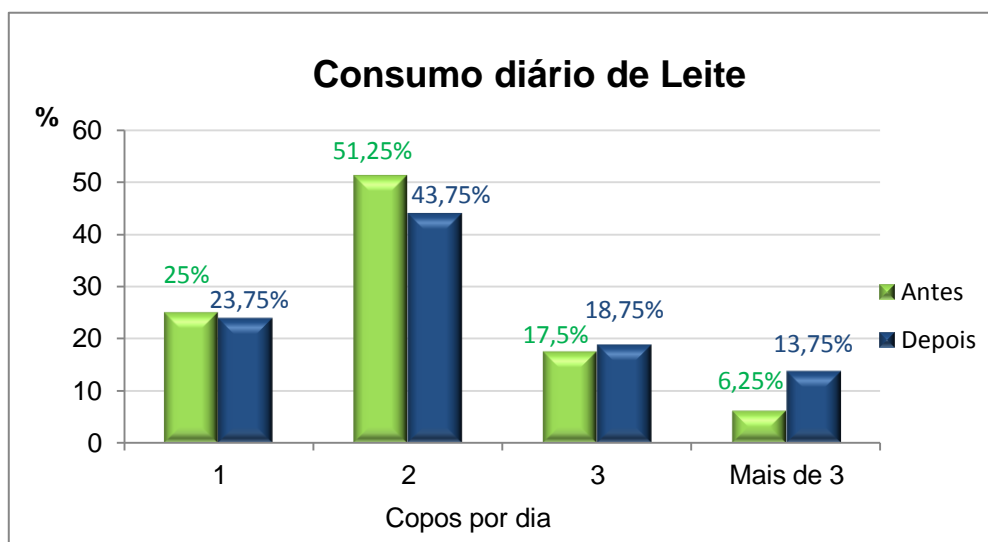


Gráfico 17 - Resposta à pergunta "Quantos copos de leite por dia?" (n=80)

Com o intuito de avaliar a satisfação dos responsáveis pelas crianças relativamente à nutrição escolar, estes foram questionados relativamente à alimentação em geral, aos almoços fornecidos pela escola, aos lanches, ao número de refeições disponibilizadas pela escola e ao apoio nutricional dados às crianças. Os resultados obtidos antes e depois da intervenção apresentam-se na Tabela 4. A maioria parece estar satisfeito, uma vez nos dois momentos do questionário, esta foi a classificação que obteve um maior número de respostas. Para além disso, como se pode verificar, houve uma diminuição do número de respostas "Pouco Satisfeito" e um aumento do número de respostas "Muito Satisfeito".

Tabela 4 - Respostas relativamente ao grau de satisfação dos responsáveis pelas crianças antes e após a intervenção (n=80).

n = 80	Pouco Satisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito		Sem Resposta	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Alimentação	9	7	59	59	8	11	4	3
Almoços	5	5	62	61	8	11	5	3
Lanches	9	8	34	42	16	16	21	14
Nº de Refeições	2	2	50	53	13	15	15	10
Apoio Nutricional	16	12	37	48	7	10	20	10

3.3. Exercício Físico

Dos 80 inquiridos, 77 (96,25%) afirmam que as crianças pelas quais são responsáveis praticam a disciplina de educação física, enquanto que apenas 3 (2,75%) não

frequentam essas aulas (Gráfico 20). As crianças, com esta disciplina apenas praticam duas horas, por semana, de exercício físico.

Com o intuito de saber se as crianças fazem mais algum desporto para além do feito nas aulas de educação física, os participantes foram questionados sobre a prática de actividades físicas extra-curriculares. Os resultados foram 35 (43,75%) respostas afirmativas e 45 (56,25%) respostas negativas (Gráfico 18). Dos 35 indivíduos que responderam que as crianças praticam mais desporto, 12 (34,3%) praticam mais uma hora de desporto por semana, 13 (37,1%) duas horas, 8 (22,8%) três horas, nenhum pratica mais quatro horas e, por fim, 2 (5,7%) pratica mais cinco horas de exercício físico semanalmente (Gráfico 19). Tal como na questão anterior, obtiveram-se os mesmos resultados em ambos os momentos de estudo.



Gráfico 18 - Resposta à pergunta "Para além da escola, pratica mais algum desporto ou actividade física programada (natação, ginástica, ballet, futebol, voleibol...)" (n=80).

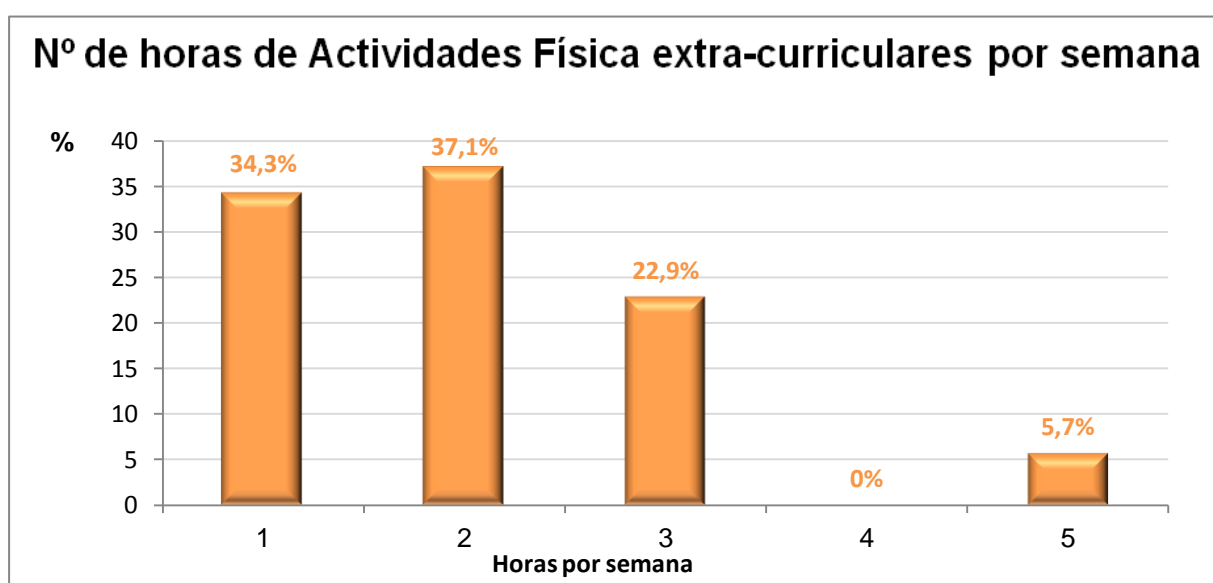


Gráfico 19 - Resposta à pergunta "Quantas horas por semana?" (n=35)

Para avaliar o sedentarismo, também se questionou o tempo que as crianças despendem por dia, a ver televisão ou a jogar consola/computador. Os resultados obtidos antes da intervenção encontram-se apresentados na Tabela 5. Verificou-se uma melhoria nos resultados obtidos, uma vez que, tanto durante a semana como ao fim-de-semana, notou-se uma diminuição no número de horas que cada criança passa ao computador ou a jogar consola, o que parece indicar uma diminuição do estilo de vida sedentário destas crianças.

Tabela 5 - Respostas às perguntas "Quanto tempo a criança passa, por dia, a ver televisão ou a jogar jogos interactivos (computador, playstation...), durante a semana e ao fim-de-semana?" antes e depois da intervenção (n=80).

n = 80 Intervenção	Durante a semana		Ao fim-de-semana	
	Antes	Depois	Antes	Depois
Menos de 30 min.	24	31	4	12
Entre 30 min. a 1 hora	42	40	10	15
Entre 1 h a 2 h	11	8	37	29
Mais de 2 h	3	1	29	24

Discussão

Na realização deste estudo foi necessário avaliar o conhecimento dos responsáveis por crianças do primeiro ciclo de escolaridade no que diz respeito à obesidade infantil. Posteriormente forneceu-se um folheto informativo a estes com o objectivo de provocar alterações positivas nos hábitos das crianças ao nível da alimentação e exercício físico. Optou-se por realizar este estudo com adultos, uma vez que a população que se pretendia estudar, incluía crianças de cinco e seis anos, e tinha como limitação a compreensão do inquérito, tal como o seu respectivo preenchimento.

Com os estudos realizados e tendo em conta o IMC das crianças, foi possível verificar, que das crianças incluídas no estudo, 45% apresentava um peso acima do normal, sendo que cerca de 26% tem excesso de peso e 18,8% são obesos. Este resultados confirmam a tendência verificada por Padez (2004), que segundo esta, cerca de 32% das crianças portuguesas com idades compreendidas entre 7 a 9 anos têm excesso de peso, e destas 11% são considerados obesos.

Ao obter os resultados anteriormente descritos e apesar das limitações do estudo, conseguiu-se avaliar que o farmacêutico pode ter uma influência positiva na promoção e educação para a saúde, visto que, se verificou uma melhoria dos hábitos relatados pelos pais e cuidadores das crianças depois da intervenção, nomeadamente no aumento do número de refeições diárias, (8,8%) passou a fazer pelo menos quatro refeições diárias, e na maioria dos casos (90%) passaram a fazer cinco a seis. Com aumento do número de refeições diárias estas crianças contornaram, aquilo que segundo Cordeiro (2011), é um dos maiores erros alimentares e passaram a distribuir as refeições diárias, em vez de concentrarem o consumo de calorias em apenas duas.

Relativamente ao pequeno-almoço todas passaram a tomar esta refeição que é considerada a mais importante do dia, uma vez que, repõe energia após um longo período de jejum e aumenta a concentração e atenção nas aulas.

Quanto ao tipo de gorduras, usadas na confecção das refeições verifica-se que após a intervenção farmacêutica há uma diminuição do uso de margarina e óleo na confecção dos alimentos, verificando-se, por oposição, um aumento no consumo de azeite (de 76,25% para 86,25%). Também no consumo de alimentos fritos por semana, também houve uma melhoria, pois o número de crianças que refere não comer fritos aumentou cerca de 10%. Estes resultados aproximam-se do que a roda dos alimentos indica, pois o consumo de gorduras não deve exceder 2% da alimentação diária, quantidade esta, que corresponde à

gordura utilizada na confecção da sopa e no tempero das saladas, assim toda a gordura consumida nos fritos será em excesso.

O consumo de hortícolas e de frutas evoluiu para um maior consumo, pois todos passaram a consumir pelo menos uma peça de fruta por dia, e os que já consumiam fruta passaram a comer mais peças de fruta diariamente, aproximando-se cada vez mais das cinco recomendadas por DGS (2003).

Antes da intervenção, grande parte (46,25%) das crianças apenas comia entre cinco a seis vezes sopa por semana, o que pode sugerir que a maioria das crianças apenas comia sopa na escola, uma vez que por semana cinco almoços são tomados na escola e que as ementas contêm sopa. Apesar de se notar um aumento no consumo desta, ainda existe um grande número de crianças que não come sopa a todas as refeições, visto que apenas 32,5% das crianças come mais de sete vezes por semana, o que corresponde a pelo menos um prato de sopa por dia.

Também se verificou um aumento do consumo de refeições em casa após a intervenção farmacêutica já que se observou uma diminuição na frequência de ida a restaurantes de *fast-food* (de 45% para 30%), o que é bastante positivo, mas ainda não o suficiente. Segundo Chopra *et al* (2002) as refeições confeccionadas em restaurantes contêm, em média, entre 1000 e 2000 kcal, quantidade energética essa que corresponde à quantidade diária total que um adulto deve consumir. Estes autores defendem também que a forma de fazer refeições mais saudáveis é em casa e a partir de alimentos básicos, sem recorrer à utilização de alimentos pré-confeccionados.

Em relação ao consumo de doces, houve uma redução de cerca de 6% após a intervenção farmacêutica.

No que diz respeito às bebidas consumidas durante as refeições, não se verificou nenhum aumento no consumo de água, contudo e muito positivamente, alguns dos que bebiam refrigerantes passaram a beber sumos de fruta natural, aumento este que está na ordem dos 7%, o que diminui assim o consumo de grandes quantidades de açúcar que seriam ingeridos nesses momentos.

Quanto ao consumo de leite, verificou-se que todas as crianças tinham por hábito beber leite diariamente, não havendo assim um aumento no número de indivíduos, mas sim, um aumento na quantidade de copos consumidos. Resultados estes que se aproximam cada vez mais das 2 a 3 chávenas de leite, recomendadas pela roda dos alimentos em DGS (2003).

Sobre a satisfação dos responsáveis pelas crianças em relação à alimentação, almoços, lanches, número de refeições e ao apoio nutricional prestado pela escola, observou-se que no geral a maioria se encontra satisfeito com estes serviços, sendo que os

lanches foram os que apresentaram um maior número de respostas “Muito Satisfeito” e o apoio nutricional foi o que obteve um maior número de respostas “Pouco Satisfeito”. Após a intervenção todos os resultados melhoraram, mas a tendência para as categorias dos lanches e do apoio nutricional mantém-se.

Relativamente ao desporto, em ambos os momentos do inquérito não se observaram alterações, como era expectável, assim 96,25% respondeu que praticam duas horas de desporto na escola, e 43,75% das crianças praticam mais desporto para além do praticado nas aulas.

Já quanto ao tempo em que as crianças despendem a ver televisão, a jogar computador, entre outros, este é superior nos fins-de-semana quando comparado com durante a semana. Durante a semana a maior parte das crianças (cerca de 52%) apenas o faz entre 30 minutos a uma hora, já ao fim de semana (cerca de 46%) faz entre uma a duas horas. A tendência manteve-se após a intervenção farmacêutica, mas observa-se toda uma diminuição de tempo gasto com estas actividades, resultados estes que são bastante positivos uma vez que com estes hábitos há uma diminuição na prática de um estilos de vida sedentário por parte das crianças.

O estudo realizado apresentou algumas limitações importantes quanto ao período de tempo no qual foi realizado, amostra e ao seu método. Este decorreu num curto espaço de tempo e apenas com uma pequena intervenção escrita, assim julga-se que se houvesse um maior número de intervenções, e estas com um maior impacto mesmo junto da população-alvo, poder-se-ia obter resultados cada vez mais positivos. A amostra também pode ser uma limitação devido ao seu tamanho e pelo facto do estudo ser apenas realizado numa escola e numa única localidade. A forma como o IMC foi determinado, porque este foi facultado pelos responsáveis pelas crianças, não havendo garantias de que todos mediram e pesaram as crianças da mesma forma. Nota-se que apesar das limitações foi possível concluir que a intervenção do farmacêutico não só aumenta o acesso à informação como também consegue inculcar estilos de vida mais saudáveis nas crianças e também nas pessoas que as rodeiam.

Conclusão

Este estudo assumiu como principal objectivo identificar em que medida o farmacêutico consegue alterar comportamentos, através de programas de educação e promoção da saúde junto das escolas, ao nível da alimentação e exercício físico.

No global, os resultados obtidos após a intervenção farmacêutica revelam que os comportamentos alimentares se alteraram indicando uma menor distorção da roda dos alimentos tal como é descrita no estudo realizado pelo INE (2010) sobre a BAP, pois houve um aumento do consumo de hortícolas e de fruta e uma redução no consumo de gorduras.

Estes resultados demonstram que as intervenções mesmo que informativas podem alterar os hábitos das crianças tendo em vista a adaptação de estilos de vida mais saudáveis.

Os farmacêuticos são profissionais de fácil acesso para a população, principalmente ao nível das farmácias comunitárias, devendo por isso agir como promotores da saúde com vista à adopção de comportamentos e estilos de vida cada vez mais saudáveis. Este trabalho realizado pelos farmacêuticos, para além de realizado no espaço da farmácia, também deve ser realizado fora da farmácia em articulação com as outras estruturas da comunidade, especialmente nas escolas.

E por isso torna-se cada vez mais claro que é necessário que todos se consciencializem que a promoção de estilos de vida saudáveis junto das crianças é cada vez mais importante, porque é na infância que se sedimentam os hábitos que os irão acompanhar ao longo da sua vida, e o farmacêutico pode desempenhar um papel fundamental na educação e promoção de estilos de vida mais saudáveis.

Em relação à obesidade devem continuar a ser tomadas medidas preventivas, uma vez que esta é menos dispendiosa e mais eficaz que o próprio tratamento. Assim os programas de educação e promoção para a saúde tomam uma extrema importância nesta temática, incidindo sobre uma alimentação saudável e sobre um estilo de vida menos sedentário.

Torna-se por isso necessário que sejam implementados, cada vez mais, programas de promoção da saúde realizados por farmacêuticos, não só nas escolas mas também na população em geral, relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança.

Bibliografia

- ANF. (2013). O Clube da Sara. Consultado a 27 de Setembro de 2013 em http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=87&Itemid=96
- (ANF). (s.d.). Programa de Troca de Seringas nas Farmácias. Consultado a 13 de Julho de 2013 em http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile185.pdf
- (DGE). (2009). Resolução de Vilnius: melhores escolas, escolas mais saudáveis.
- (IUHPE). (s.d.). *Construído Escolas Promotoras de Saúde: Directrizes para promover a saúde em meio escolar*. França.
- Ordem dos Farmacêuticos (OF). (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária*. (3ª ed.). Lisboa
- Ordem dos Farmacêuticos (OF). (2011). GS. Consultado a 27 de Setembro de 2013 em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/images/image5185.gif
- Ordem dos Farmacêuticos (OF). (s.d.). Geração Saudável. Consultado a 27 de Setembro de 2013 em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile466.pdf
- Abêbora, A., Espanca, R., & Franco, V. (2012). *Obesidade e Imagem Corporal: Avaliação materna em crianças de nível pré-escolar*. Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e Perspetivas. Escola Superior de Saúde. Viseu. pp. 133-145.
- Abreu, E. S., Viana, I. C., Moreno, R. B., & Torres, E. A. (2001). *Alimentação Mundial - Uma Reflexão sobre a História*. Saúde e Sociedade, 2, pp. 3-14.
- Ahmad, Q., Ahmad, C. B., & Ahmad, S. M. (2010). *Childhood Obesity*. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, pp. 19-25.
- Breda, J., & Nunes, E. (s.d.). *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. DGS.
- Borrego, P., Santos, P., Marques, A., Lopes, A. & Santos, A. (2013). *Diabetes e Obesidade Infantil – Guia de apoio a professores e formadores*; OF: Geração Saudável .
- Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Colectiva, pp. 163-177.
- Capitão, S., Vaz, M. G., Camelo, S., Pereira, F., & Vidal, V. (2012). *Projecto "Educalimentar" do município de Mirandela*. Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e Perspectivas. Escola Superior de Saúde. Viseu.
- Chopra, M; Galbraith, S. & Darnton-Hill, I. (2002) *A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition*. Bulletin of the World Health Organization, 80 (12)

- Cordeiro, T. (2011). *Alimentação Adequada: Faça mais pela sua Saúde!* Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Direcção Geral de Saúde (DGS). (2003). *A Nova Roda dos Alimentos*. Consultado a 17 de Agosto de 2013, de <http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAA>
- Direcção Geral de Saúde (DGS). (2005). *Princípios para uma alimentação saudável*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde (DGS). Consultado a 7 de Junho de 2006 de Saúde Escolar - Programa Nacional de Saúde Escolar. Despacho n.º 12.045/2006 "D.R. II Série".
- Direcção Geral de Saúde (DGS). (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Versão Resumo.
- Direcção Geral de Saúde (DGS). Plataforma Contra a Obesidade. Consultado a 22 de Junho de 2006 de <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=491&menuid=183&exmenuid=0>
- Direcção Geral do Consumidor. (s.d.). *Como ler um rótulo*. Consultado a 20 de Junho de 2013 em http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/foodlabelling/publications/leaflet_PT2_12112007_web.pdf
- Freitas, A., Albuquerque, C., & Rodrigues, V. (2012). *Os Jogos Electrónicos no quotidiano infantil*. Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e Perspetivas. Escola Superior de Saúde. Viseu.
- Frota, A. C. (Janeiro de 2007). *Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida*. Consultado a 13 de Julho de 2013 de DGS: <http://www.dgs.pt/?cr=10959>
- Gibney, M., Lanham-New, S. A., Cassidy, A., & Vorster, H. H. (2009). *Introduction to Human Nutrition*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Gregório, M. J., Santos, M. C., Ferreira, S., & Graça, P. (2012). *Alimentação Inteligente - Coma melhor, poupe mais* de Direcção Geral de Saúde.
- Ideias, C. d. (s.d.). Consultado a 27 de Setembro de 2013, de http://www.companhiadeideias.com/ficheiros/evento_Geracao%20Saudavel.jpg
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). *Dieta portuguesa afasta-se das boas práticas nutricionais*. Consultado a 19 de Setembro de 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=83386467&DESTAQUESmodo=2
- International Obesity Task Force (IOTF). (2005). *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health: EU Briefing Paper*. Consultado a 20 de Setembro de 2013 em http://www.iaso.org/site_media/uploads/March_2005_IOTF_Briefing_paper_Obesity_in_Europe_3.uploaded.pdf

- International Obesity Task Force (IOTF)*. (s.d.). Obtido em 20 de Setembro de 2013, de <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
- Kidzania. (s.d.). *Kidzania*. Consultado a 27 de Setembro de 2013 em http://www.kidzania.pt/estabelecimentos_item.aspx?param=6xaQnimFh6ShIR4NKdOwDLXITbEvr/5llqgjx3vXTzaYTR53L2XoNYnF7JIUb0ELImMBpocrOxKAHO9129/bOTG1w0WnOxuJo3n2gCh7whyMCQb27mcL4T1HARAKXY7++ZJw/wy/Wxrut+IWC9VHcChXpc7KNz0S7WoBpauH7D8E=
- Laverack, G., & Labonté, R. (2008). *Health Promotion in Action From Local to Global Empowerment*. London: PALGRAVE MACMILLAN.
- Lopez, F. A. (2011). *O Papel das Proteínas no Desenvolvimento Infantil*. Ed. U. N. Care, Ed. Ades Atualiza.
- MonashHealth. (s.d.). *What is health Promotion?*. Consultado a 23 de Setembro de 2013 em http://www.monashhealth.org/page/About_Us/Health_promotion/What_is_Health_Promotion/
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1978). Declaração de Alma-Ata. URSS.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1986). Carta de Ottawa. Génèbra.
- Padez, C. (2004). *Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002* [Resumo]. *American Journal of Human Biology*. Consultado a 20 de Setembro de 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495229>
- Palminha, J. M., & Carrilho, E. M. (2003). *Orientação Diagnóstica em Pediatria* (Vol. 1). Lisboa: Lidel.
- Pender, J., & Pories, w. (2005). *Epidemiology of Obesity in the United States*. em D. Johnson, *Gastroenterology Clinics of North America*. pp. 1-7.
- Pimentel, H., & Monteiro, C. (Maio de 2012). *Padrões Alimentares e Desportivos: A influência na autoimagem e na percepção da saúde*. Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e Prespetivas. Escola Superior de Saúde. Viseu. pp. 147-156.
- Pino, D. L. (2009). *Adaptação e Validação de um Questionário de Frequência Alimentar para Crianças de 6 a 10 anos*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Reis, R. S. (Jan-Dez de 2004). *A Influência dos Determinantes Sociais na Saúde da Crianças*. *Libertas online*, pp. 17-42.
- Santos, C. R. (2005). *A Alimentação e o seu lugar na História: Os tempos da memória gustativa*. *História: Questões & Debates*, 42, pp. 11-31.
- Seeley, R., & Stephens, T. (2007). *Anatomia e Fisiologia*. McGraw-Hill.

VALORMED. (s.d.). *Valormed*. Consultado a 14 de Julho de 2013 em http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=84

World Health Organization (WHO). (1999). *HEALTH 21: The health for all policy framework for the WHO European Region*. Obtido de World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO). (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*.

World Health Organization (WHO). (2013). The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Consultado a 23 de Setembro de 2013 em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html

Apêndices

Apêndice I

O que é uma Porção?

O que é uma porção?	Por dia?	Crianças de 1 a 3 anos	Homens Ativos e Rapazes Adolescentes
Cereais e derivados, tubérculos 1 pão (50g) 1 fatia de broa (70g) 1 e ½ batata – tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas tipo Maria/Água e Sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (110g)	4 a 11	4	11
Hortícolas 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	3 a 5	3	5
Fruta 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	3 a 5	3	5
Laticínios 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e ½ iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) ¼ de queijo fresco – tamanho médio (50g) ½ requeijão – tamanho médio (100g)	2 a 3	2	3
Carne, pescado e ovos Carne/pescado crus (30g) Carne/pescado cozinhados (25g) 1 ovo – tamanho médio (55g)	1,5 a 4,5	1,5	4,5
Leguminosas 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ervilhas e favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas/frescas cozinhadas (80g)	1 a 2	1	2
Gorduras e óleos 1 colher de sopa de azeite/óleo (10g) 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina(15g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml)	1 a 3	1	3

DESTAQUE

O número de porções diário recomendado pela Roda dos Alimentos* depende das necessidades energéticas individuais. (*) A nova Roda dos Alimentos foi produzida pela Direção-Geral do Consumidor, ex-Instituto do Consumidor/FCNAUP.

As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens ativos e rapazes adolescentes pelos limites superiores. A restante população deve ter como referência os valores intermédios.

Apêndice II



Um dia alimentar equilibrado e económico....

....Quando as opções na despensa são:
Leite, Pão, Fruta, Hortícolas, Ovos e Feijão

Cereais, derivados e tubérculos - 10

Hortícolas - 4

Fruta - 3

Laticínios - 3

Carne, Pescado e Ovos - 2

Leguminosas - 1

Gorduras e Óleos - 2

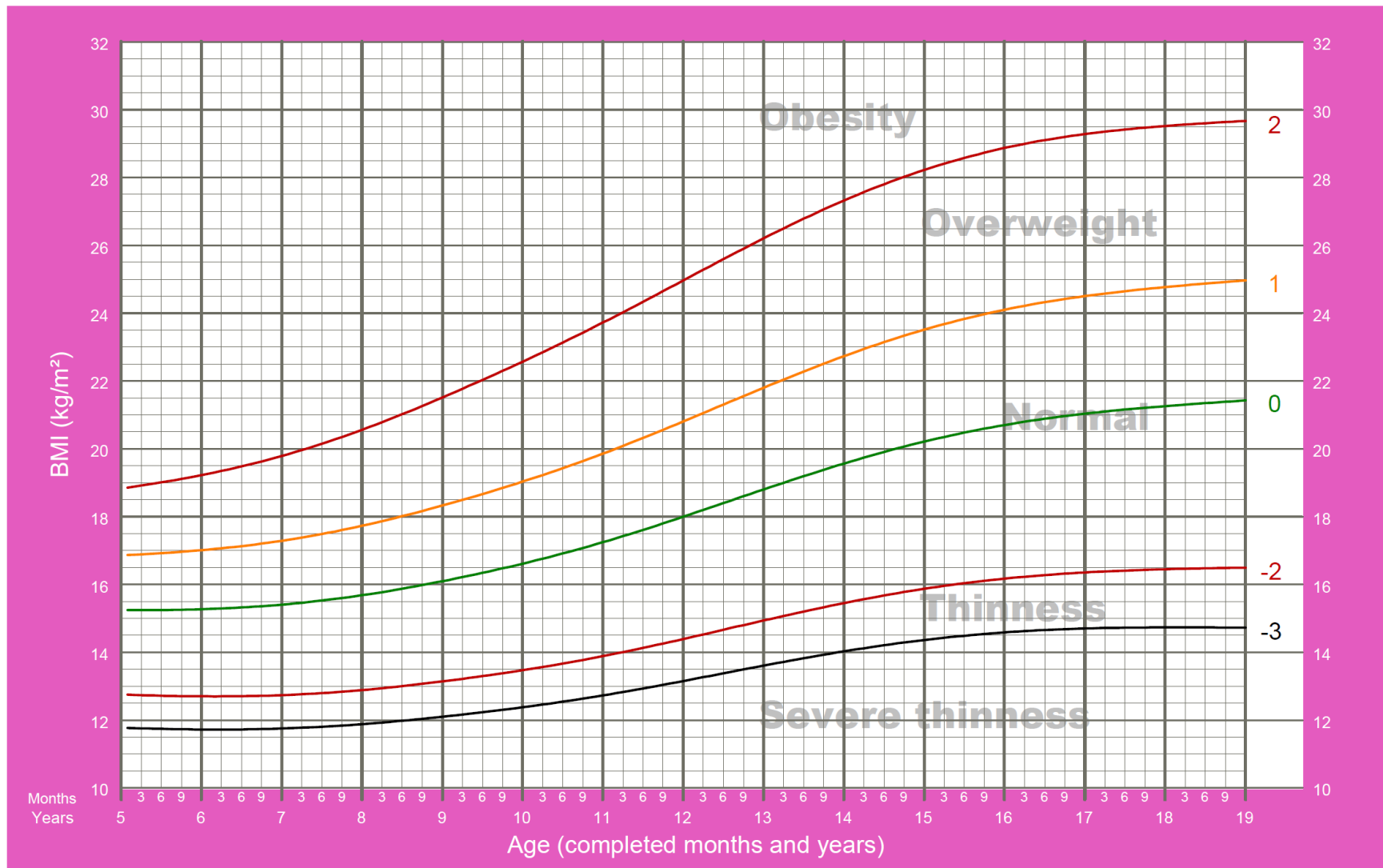
Pequeno-almoço	250ml de leite Meio Gordo (MG) 1 pão de mistura 1 fatia de queijo (30g)	1 porção de laticínios (250ml de Leite) 2 porções de cereais, derivadas de tubérculos (1 pão) 1 porção de laticínios (1 fatia de queijo)
Merenda Manhã	1 peça de fruta - maçã	1 porção de fruta (maçã)
Almoço	Sopa de legumes Açorda de ovo e couve lombarda 1 peça de fruta - laranja	1,5 porções de hortícolas (300g hortícolas para a sopa) 1 porção de cereais, derivados e tubérculos (1 batata para a sopa) 1 porção de gorduras e óleos (1 colher de chá de azeite – 3ml) 1 porção de hortícolas (100 g couve lombarda - açorda) 2 porções de cereais, derivados e tubérculos (2 pães - açorda) 1 porção de carne, pescado e ovos (1 ovo – açorda) 1 porção de gorduras e óleos (1 colher de sobremesa de azeite – 5ml) 1 porção de fruta (1 laranja)
Lanche	125ml de leite MG 1 pão mistura 1 fatia de fiambre (30g)	½ porções de laticínios (125 ml de leite) 2 porções de cereais, derivadas e tubérculos (1 pão) 1 porção de carne, pescado ou ovos (1 fatia de fiambre)
Jantar	Sopa de legumes com feijão 1 peça de fruta – Pera	1,5 porções de hortícolas(300g hortícolas para a sopa) 1 porção de cereais, derivados e tubérculos (1 batata para a sopa) 1 porção de gorduras e óleos (1 colher de chá de azeite – 3ml) 1 porção de leguminosas (25g de feijão vermelho) 1 porção de fruta (1 pera)
Ceia	125ml de leite MG	½ porções de laticínios (125 ml de leite)

Com estes alimentos - **LEITE, PÃO, FRUTA, HORTÍCOLAS, OVOS e FEIJÃO** - é possível obter um dia alimentar equilibrado respeitando as porções recomendadas para cada grupo da Roda dos Alimentos!

Apêndice III

BMI-for-age GIRLS

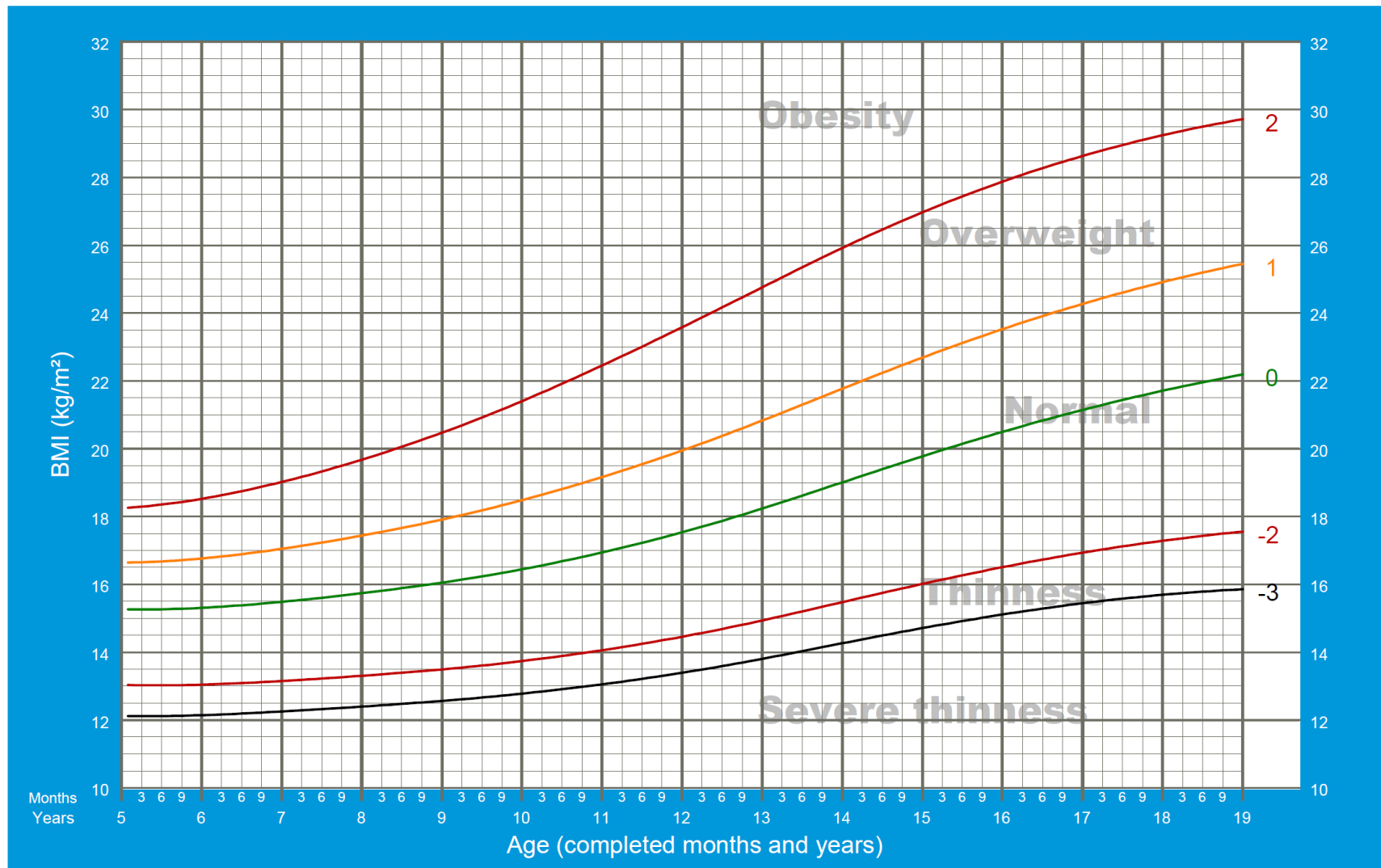
5 to 19 years (z-scores)



Apêndice IV

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



Apêndice V

Eu sou estudante de Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, estou neste momento a elaborar a minha tese de mestrado, e para isso, preciso recolher alguns de dados estatísticos, com o objectivo de obter conclusões do meu estudo.

O tema da minha tese é *Promoção da Saúde: o papel do Farmacêutico em programas de educação para a Saúde nas Escolas*. O objectivo do meu estudo é avaliar a intervenção que o farmacêutico pode ter na alimentação em crianças que frequentam o 1º ciclo de escolaridade, com vista a avaliar possíveis melhorias nos hábitos alimentares.

Para a realização do estudo solicito que:

- 1º Responda a um questionário sobre o estilo de vida da criança a seu cargo
- 2º Leia o folheto informativo disponibilizado por mim, após a entrega do 1º questionário
- 3º Responda novamente ao questionário disponibilizado posteriormente

Toda a intervenção, e dados, a serem preenchidos têm como finalidade ser analisados estatisticamente e são anónimos e confidenciais. Participe no estudo apenas se tiver à sua responsabilidade uma criança que frequenta o 1º Ciclo de escolaridade (do 1º ao 4º ano). Peço que assinale a resposta mais adequada em relação aos hábitos alimentares da criança, com sinceridade, escolhendo a resposta mais correcta.

Obrigada pela sua colaboração!!

Lúcia Martins

Questionário: Hábitos Alimentares e Exercício Físico de Crianças dos 5 aos 10 anos

Dados da Criança

Data de nascimento: ____/____/____

Peso: _____ kg

Sexo Masculino

Altura: _____ cm

Feminino

Alimentação

1. Quantas refeições a criança faz por dia?

2

5

3

6

4

7

2. A criança toma sempre o pequeno-almoço?

Não

Qual o motivo? _____

Sim

Onde? Casa

Café

Só toma na escola a meio da manhã

3. Ao almoço, normalmente onde almoça a criança?

Na escola

merenda ou qualquer outro alimento disponibilizado pela escola

alimentos trazidos de casa

alimentos comprados no bar da escola ou algum café

Em casa

Outro. Onde? _____

4. Que tipo de gordura utiliza na confecção dos pratos que a criança come?

- Azeite
- Óleo vegetal
- Banha
- Margarina

5. Em média, quantas vezes por semana a criança come fritos (Rissóis, douradinhos, batatas...)?

- 5 a 6
- Nenhuma Mais
- 1 a 2
- 3 a 4

6. A criança costuma comer legumes cozidos e/ou saladas a acompanhar as refeições?

- Não
- Sim

7. Costuma comer fruta?

- Não
- Sim Quantas peças por dia?
 - 1 4
 - 2 5
 - 3 Mais

8. Quantas vezes por semana a criança come sopa?

- Nenhuma 5 a 6
- 1 a 2 6 a 7
- 3 a 4 Mais

9. Com que frequência costuma comer fora de casa?

- Mais que 1 vez por semana
- 1 vez por semana
- De 1 vez por semana a uma vez por mês
- Menos que uma vez por mês

10. E quando come fora de casa onde costuma ir?

- Casa de familiares ou de amigos
- Fast-food* (ex. *McDonalds*, *PizzaHut*, etc.)
- Restaurantes tradicionais
- Outros

11. A criança costuma comer doces todos os dias?

- Não
- Sim Quais? Chocolates Rebuçados
 Gomas Bolicaos /Chipicau
 Bolachas Outros Quais? _____

12. Às refeições, o que é a criança costuma beber?

- Refrigerantes
- Água
- Sumos de fruta natural

13. Costuma beber leite?

- Não
- Sim Quantas copos por dia? 1 3
 2 Mais

14. Na seguinte escala manifeste o seu nível de satisfação em relação à criança na escola:

	Pouco satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
Alimentação dada pela escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ementa dos almoços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ementa de lanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviços de apoio nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice VI

Meio da manhã e da tarde: são as que originam os maiores erros alimentares com *snacks* ricos em gorduras e açúcares e sem valor nutricional. Deve-se comer um iogurte, leite, fruta ou pão.

Almoço e jantar: iniciar sempre com sopa rica em legumes, seguido de um prato de peixe ou carne sempre acompanhado por legumes e arroz (massa ou batatas) e leguminosas .



Ceia: Se o tempo entre o jantar e o deitar exceder as 3 horas com um iogurte ou uma peça de fruta

EXERCÍCIO FÍSICO

As crianças devem praticar, no mínimo uma hora de exercício físico diário, um desporto ou brincadeiras e jogos, promovendo a coordenação motora e o desenvolvimento intelectual.



Ter hábitos alimentares saudáveis não é sinónimo de uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.

Quanto mais variada for a selecção alimentar, melhor! Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, garante que todas as necessidades nutricionais sejam satisfeitas.



Optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não significa deixar de comer aqueles alimentos menos saudáveis. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a excepção e não a regra.



Roda dos Alimentos

Contém 7 grupos com alimentos nutricionalmente semelhantes que devem ser substituídos entre si, de forma a garantir uma alimentação variada.



Frutos: vitaminas, fibras e sais minerais

Lactínios: proteínas, vitaminas e sais minerais

Gorduras: lípidos e vitaminas lipossolúveis

Carne , Peixe e Ovos: proteínas, vitaminas e sais minerais

Produtos Hortícolas: vitaminas, sais minerais e fibras

Cereais e Derivados de Cereais e Tubérculos: glícidos, vitaminas e fibras

Leguminosas: glícidos, proteínas, fibras, vitaminas e sais minerais

Água: constituinte de maioria dos alimentos.



O que devo fazer??

CONSUMIR HIDRATOS DE CARBONO: como o pão, cereais, batata e massa são uma boa fonte de energia.

COMER MAIS VEGETAIS: ricos em fibras, vitaminas e minerais, consumir na sopa, salada ou como acompanhamento

COMER MAIS FRUTAS: abundantes em vitaminas e minerais, são a sobremesa mais saudável e entre refeições



PREFERIR O PEIXE E AS CARNES MAGRAS: fornecem a mesma quantidade de proteínas mas têm menos gordura. Alguns peixes são ricos em ácidos gordos ómega 3, que têm um efeito protector sobre o coração.

REDUZIR O CONSUMO DE GORDURA: factor de risco das doenças cardiovasculares, encontra-se nos alimentos de origem animal, nos produtos de charcutaria e alimentos processados industrialmente

DIMINUIR O CONSUMO DE SAL: substituindo -o por plantas aromáticas, que dão sabor e não elevam a pressão arterial

EVITAR O AÇÚCAR: o consumo deve constituir a excepção e não a regra

BEBER MAIS ÁGUA: 1,5 a 3 litros por dia é essencial, para promover o bom funcionamento dos rins e a hidratação do organismo.

Refeições

Pequeno-almoço: deve ter 20% da energia do dia com alimentos do grupo dos cereais e derivados, da fruta e lacticínios. Esta refeição é muito importante para as crianças pois melhora a concentração, atenção, memória para maior sucesso escolar.

