



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**A REALIDADE DA ANOREXIA E BULIMIA NOS ALUNOS DO 9º ANO
DE ESCOLARIDADE DE DUAS ESCOLAS DO CONCELHO DE ALMADA**

*Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Comunitária*

Cátia Susana Lourenço Oliveira

LISBOA, Março de 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**A REALIDADE DA ANOREXIA E BULIMIA NOS ALUNOS DO 9º ANO
DE ESCOLARIDADE DE DUAS ESCOLAS DO CONCELHO DE ALMADA**

*Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Comunitária*

Por Cátia Susana Lourenço Oliveira

Sob orientação da Prof.^a Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Março de 2012

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este Relatório, momento de grande significado pessoal e profissional, não poderia deixar de mencionar todas as pessoas que, em diversos momentos e das mais variadas formas, contribuíram com o seu saber e experiências, com a sua disponibilidade e com o seu apoio e encorajamento para a sua realização, transmitindo a todos eles uma palavra de grande apreço e de profunda gratidão.

Em especial:

À tutora do estágio, Professora Amélia Simões Figueiredo, por toda a paciência, disponibilidade, apoio e incentivo durante todo este processo, pela pertinência das suas observações e por toda a dedicação;

Ao corpo docente do Curso pelo engrandecer dos nossos conhecimentos na área da Enfermagem Comunitária;

À Enfermeira Orientadora Maria Céu Gonçalves, pela sua sabedoria, disponibilidade, cooperação e honestidade na orientação dos três módulos de estágio;

À equipa da UCC de Almada – polo da Charneca – pelo acolhimento. Principalmente à Enfermeira Alexandra Soares, cuja capacidade e energia de trabalho é contagiante, pela sua disponibilidade, amizade, apoio e confiança neste projeto. A sua inteligência aguda e críticas construtivas foram vitais para o aperfeiçoamento deste projeto e para encontrar o melhor lugar para ele;

Ao Prof. Mateus, Diretor do Agrupamento de Escolas Romeu Correia, pela sua gentileza e amabilidade na receção e disponibilidade para a realização deste projeto, e ainda por me ter proporcionado as condições que permitiram a sua realização;

Aos alunos e professores do Agrupamento de Escolas Romeu Correia, nomeadamente à Prof.^a Leontina e Prof.^a Clara, que se disponibilizaram para participar no projeto e foram elementos-chaves no sucesso das atividades desenvolvidas.

Ao Chefe Hernâni Ermida por ter aceite o convite e ter proporcionado o desfecho do estágio na melhor forma possível.

À minha família e amigos significativos, simplesmente por tudo! Designadamente aos meus pais e à metade que me acompanha há 10 anos, Pedro Lage, pelo apoio e compreensão incansável.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- % - Percentagem
- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- AFAAB – Associação de Familiares e Amigos de Anoréticos e Bulímicos
- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- CCI – Cuidados Continuados Integrados
- CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
- CEF – Curso de Educação e Formação de Jovens
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CMA – Câmara Municipal de Almada
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DCA – Distúrbios do Comportamento Alimentar
- DGIDC – Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
- DGS – Direcção Geral de Saúde
- Enf.^a - Enfermeira
- EpS – Educação para a Saúde
- EPS – Escolas Promotoras de Saúde
- MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
- n – Totalidade da amostra
- N – Totalidade da população
- N.º - Número
- NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- p. – página
- PES – Projeto Educar para a Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar
- Prof. – Professora
- REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

- RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SES – Sessão de Educação para a Saúde
- SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- WHO - World Health Organization

RESUMO

O presente relatório constitui um processo de aprendizagem onde se pretende descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada do ACES da Península de Setúbal I - Almada, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, desde abril 2011 até janeiro 2012.

A sua organização alicerça-se no desenho do planeamento em saúde, sendo um dos pontos importantes a realização de um diagnóstico de saúde.

Deste modo, ao refletir sobre as necessidades de intervenção em enfermagem numa comunidade específica, identificámos, no primeiro módulo, a necessidade de abordar a temática dos distúrbios do comportamento alimentar (DCA) na população escolar. Pois sendo a escola o espaço físico onde os adolescentes passam a maior parte do tempo e sabendo ainda que os DCA afetam mais os adolescentes, pela sua vulnerabilidade, representando 5% das mortes dentro das doenças do foro psiquiátrico, fez todo o sentido abordar esta temática. Este aspeto traduz um dos objetivos da Enfermagem de Saúde Pública que é diagnosticar e investigar problemas de saúde e riscos de saúde na comunidade.

No segundo módulo de estágio foram desenvolvidas várias atividades em que através da avaliação do índice de massa corporal (IMC) dos alunos e a análise aos questionários aplicados, obtivemos alguns resultados relevantes (na sua maioria alunos obesos), que nos motivou a agir enquanto Enfermeiros na comunidade. Perante uma amostra de 181 alunos, verificámos que 22 tinham necessidade de serem referenciados às Unidades de Saúde e até ao final do estágio conseguiu-se efetuar 4 encaminhamentos.

Assim, conseguiu-se levar a cabo intervenções específicas de enfermagem, não só para o adequado encaminhamento das situações identificadas, como também para a promoção, a proteção da saúde e a prevenção da doença na comunidade, com a finalidade de se atingir o grau de excelência na qualidade de vida e obter ganhos em saúde. Desta forma, para além do desígnio da prevenção primária, este projeto acabou por corresponder à prevenção secundária, pois identificou problemas de saúde, intervindo na sua possível resolução, ao ter promovido o seguimento de jovens pelo seu médico de família e enfermeira de saúde infantil/juvenil, no combate ao DCA.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária; Planeamento em saúde; saúde escolar; DCA.

ABSTRACT

This report is a learning process which aims to describe the activities developed during the stage at the Community Care Unit of the ACES Almada Península de Setúbal I, under the National School Health Programme since april 2011 until january 2012.

Its organization is founded on the design of health planning, one of the important points to make a diagnosis of health.

Thus, when reflecting on the needs of nursing intervention in a specific community, we have identified, in the first module, the need to address the issue of eating disorders in the school population. Because the school is the physical space where adolescents spend most of the time, and knowing also that the eating disorders affect more teenagers for their vulnerability, representing 5% of deaths within the psychiatric illnesses, it made perfect sense to address this problem. This reflects an aspect of the goals of Public Health Nursing that is to diagnose and investigate health problems and health risks in the community.

In the second stage module we developed various activities in which through the assessment of body mass index (BMI) of the students and through the analysis of the questionnaires applied, we have obtained some important results, which motivated us to act as community nurses. Before a sample of 181 students, 22 needed to be referred to the Health Units, and by the end of stage we managed 4 referrals.

In this way, we managed to carry out specific nursing interventions, not only for the appropriate referral of the identified cases, but also for the promotion, health protection and the disease prevention in the community, in order to achieve the degree of excellence in the quality of life and health gains. Thus, in addition to the design of primary prevention, this project turned out to correspond to secondary prevention, as it has identified health problems, intervening in its possible resolution, promoting the monitoring of the young by his family doctor and nurse, to combat disorder feeding behavior.

Keywords: community nursing; health planning; health education; eating disorders.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – CONHECER PARA AGIR NA SAÚDE ESCOLAR	13
1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	16
1.1. Pertinência do estudo sobre os Distúrbios do Comportamento Alimentar na Escola	19
2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	26
PARTE II – INTERVIR NA COMUNIDADE PERANTE OS DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	27
I. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II – <i>educação, sinalização e encaminhamento dos alunos</i>	29
1.1. Enquadramento metodológico	29
1.2. Intervenção nos alunos e professores	31
1.2.1. Questionário aplicado	33
1.2.2. Resultados dos questionários	38
1.2.3. Encaminhamento dos alunos sinalizados	42
1.3. Intervenção nos profissionais de saúde	44
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III – <i>No refeitório com o Chef</i>	46
AVALIAÇÃO	52
CRONOGRAMA	54
REFLEXÃO FINAL	56
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	65
Anexo I – Caracterização da UCC “A Outra Margem” e da Saúde Escolar	66
Anexo II – Poster “Parque Escolar de Almada”	115
Anexo III – Dados do diagnóstico de situação	117
Anexo IV – Enquadramento teórico dos Distúrbios do Comportamento Alimentar	126

Anexo V – Pedido de autorização à Direção do Agrupamento de Escolas Romeu Correia para aplicação do projeto	161
Anexo VI – Sessões de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável e os DCA” e avaliação das mesmas pelos alunos	163
Anexo VII – Questionário aplicado	170
Anexo VIII – Resultados do questionário	175
Anexo IX – Folheto sobre os DCA	184
Anexo X – Sessão de Formação a Profissionais de Saúde do ACES de Almada	186
Anexo XI – Plano de ação da atividade “No refeitório com o Chef”	195
Anexo XII – Fotografias representativas da atividade “No refeitório com o Chef”	201

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustração 1 - Notícia da atividade "No refeitório com o Chef" - retirada do Boletim de Almada, edição n.º 180, Março de 2012	49
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Do IMC (Fonte: OMS 2000, in DGS (2005))	35
Quadro 2 - Resultados do IMC e do Teste EAT-26 dos alunos do 9º ano de escolaridade de duas escolas do concelho de Almada	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação do IMC da amostra	39
Gráfico 2 - Relação entre os alunos com IMC inferior a 18,5 e a idade	40
Gráfico 3 - Relação entre os alunos com IMC inferior a 18,5 e o sexo	40

INTRODUÇÃO

O ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Enfermagem Comunitária vem dar resposta à necessidade pessoal sentida ao longo do meu percurso profissional em adquirir formação, bem como desenvolver um currículo sólido neste domínio de especialização,

O cumprimento da excelência da prática de Enfermagem em Saúde Comunitária exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade de cada comunidade. Para que tal aconteça, é fundamental a aposta numa formação pós-graduada de enfermeiros, como é o caso da Especialização em Enfermagem Comunitária, cujo objetivo é “*desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades*” (Universidade Católica Portuguesa - ICS / ESPS, [sem data], p.8).

É na componente prática destes cursos de especialidade que nos é possibilitado consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro, já adquiridas ao longo da prática profissional. Para além disto, estes estágios são fundamentais no processo de aquisição e desenvolvimento de competências previsto no atual Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS); realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para explicar todo o trabalho desenvolvido nesta fase prática foi-nos solicitado a elaboração deste relatório de estágio, com base na metodologia do planeamento em saúde, sendo que as competências adquiridas e/ou desenvolvidas serão mencionadas ao longo do mesmo, embora muitas vezes se encontrem implícitas e não explícitas.

Dado que o estágio se dividiu em três módulos alicerçados no desenho do planeamento em saúde, optou-se por dividir este relatório em duas partes:

- a primeira parte diz respeito ao primeiro módulo, que de acordo com o processo do planeamento em saúde, visou a elaboração de um diagnóstico de situação, definição de prioridades e fixação de objetivos, ao mesmo tempo que nos fomos integrando no campo de estágio. Neste projeto a temática incidiu sobre os distúrbios do comportamento alimentar (DCA), nomeadamente a anorexia e bulimia.

- a segunda parte remete para o segundo e terceiro módulos de estágio, sendo que no módulo II se executaram as intervenções que deram resposta às necessidades anteriormente levantadas. Desta forma, coube-nos identificar elementos de risco para posterior encaminhamento, ao mesmo tempo que capacitámos a comunidade escolar para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis e evicção de DCA. O módulo III teria como objetivo proporcionar ao aluno a possibilidade de desenvolver competências noutra cenário de intervenção comunitária. Contudo optou-se por dar continuidade ao projeto em desenvolvimento no sentido de o tornar mais consistente.

Portanto, no segundo e terceiro módulos de estágio tinha-se como objetivo dar resposta às necessidades encontradas, de forma a atingir os objetivos propostos, satisfazendo, simultaneamente, as necessidades do local de estágio.

Em termos temporais, o estágio desenvolveu-se no período de 26 de abril de 2011 a 28 de janeiro de 2012 (três módulos de estágio). Teve lugar na Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) de Almada *A Outra Margem*, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Península de Setúbal I – Almada, no pólo da Charneca da Caparica (instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade – UCSP - da Charneca da Caparica).

A seleção deste campo de estágio – UCC – ficou a dever-se ao facto de esta ser uma unidade funcional, na qual os enfermeiros trabalham junto da população, o que faz com que assumam um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado. Neste sentido, os enfermeiros estão numa posição única para identificar fatores de risco, facultar informações acerca de como gerir estes riscos e promover os benefícios de estilos de vida e dietas mais saudáveis, bem como evitar comportamentos de risco (Concelho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Para além disto a UCC dirige a sua intervenção ao indivíduo, à família e aos grupos/comunidade (nomeadamente nas residências, escolas, locais de trabalho, instituições), através do esforço comunitário organizado. Nogueira e Madaleno (2009, p.3) referem também que “*A Enfermagem de Saúde Pública interliga a sua actividade*

com outras profissões, articulando e desenvolvendo trabalho de parceria, apelando para isso a uma visão holística e transdisciplinar da identificação dos problemas, intervenção e avaliação de resultados.”. Desta forma, a UCC trabalha em estreita articulação com as outras unidades funcionais do ACES, devendo integrar um conjunto de profissionais especializados no trabalho comunitário. Aliás, um dos critérios de admissão da candidatura de implementação de uma UCC é que esta seja constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas (MCSP, 2009). Desta forma, estagiar com profissionais com uma vasta experiência em intervenção comunitária, auxilia no processo de aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária.

A saber ainda que a UCC é a única unidade no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários a ser coordenada por um Enfermeiro, e que tem como um dos princípios orientadores: o assegurar de respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida (Despacho n.º 10143/2009), o que a ser posto em prática abre caminhos para o desenvolvimento e visibilidade da nossa profissão.

As respostas dadas pela UCC à comunidade assentam em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar, área esta a elegida para atuar nos três módulos de estágio. É uma área que me apraz e pessoalmente concordo com o lema de que a escola ocupa um lugar central na ideia de saúde, de acordo com o estabelecido no documento da Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde (1999), facilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Desta forma, a escola é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. Ao fazer Educação para a Saúde (EpS) na escola estamos a atingir indivíduos em fase de formação cívica, mental e social que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos, sendo portanto mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

Desde 2002 que o Ministério da Saúde tem a tutela da Saúde Escolar, tendo a responsabilidade da sua implementação no território nacional. Atualmente, e de acordo com a reconfiguração dos Centros de Saúde, a coordenação/gestão da Saúde Escolar é da responsabilidade da USP, sendo operacionalizada pelas UCC, conforme previsto no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho, pelo Despacho n.º 12.045/2006.

PARTE I – CONHECER PARA AGIR NA SAÚDE ESCOLAR

Iniciado o estágio, importava integrar a Unidade e a área de intervenção – Saúde Escolar. Para este efeito, foi bastante útil a pesquisa sistemática de informação e a leitura de vários documentos, nomeadamente o plano de ação da UCC e o Plano de Atividades do ACES de Almada assim como documentos oficiais como o PNSE, entre outros. Com base nestas leituras (em que se percecionou o enquadramento territorial do concelho de Almada, a caracterização da sua população bem como o panorama da saúde), no conhecimento do enquadramento legislativo, da dinâmica física e orgânica da Unidade, e no diálogo com os profissionais, procedemos à realização da caracterização da Saúde Escolar e da UCC, que se encontra em anexo (Anexo I – Caracterização da UCC “A Outra Margem” e da Saúde Escolar), fundamental para se perceber todo o enquadramento do estágio e do campo de ação do Programa da Saúde Escolar.

Simultaneamente verificou-se que não havia nenhum documento para consulta na Unidade onde se pudesse visualizar a distribuição geográfica das Enfermeiras pelo seu parque escolar, o que muitas vezes tornou confuso perceber no terreno esta separação. Assim, realizámos um *poster* com a distribuição geográfica dos agrupamentos escolares por cada Enfermeira (ver Anexo II – Parque Escolar de Almada) que ficou exposto na UCC.

Ao mesmo tempo, ainda com vista a uma melhor integração na Saúde Pública, tivemos a oportunidade de intervir e estagiar noutras valências/programas, tais como a consulta do viajante e o curso de preparação para o parto. No que à área da saúde escolar diz respeito, houve um constante questionamento aos Enfermeiros sobre o Programa de Saúde Escolar da UCC de Almada. Observámos e colaborámos nas atividades de Enfermagem, tais como a realização de convocatórias a serem entregues nas escolas para que os alunos atualizassem o seu Plano Nacional de Vacinação (PNV) e fizessem o Exame Global de Saúde (EGS), a revisão posterior dos registos de saúde destas crianças e jovens para verificar o seu estado de imunização. Assistimos e colaborámos no desenvolvimento de várias sessões de educação para a saúde (SES) nas escolas e noutros meios, como por exemplo, em Centros de Intervenção Comunitária, a pais e educadores. Participámos em várias reuniões do Projeto Educar para a Saúde (PES) de várias escolas, nas quais se encontrava a equipa multidisciplinar de Saúde Escolar (Professores coordenadores do PES, Psicóloga, Diretor da escola, Enfermeira

do parque escolar, Higienista Oral e, quando necessário, Médica de Saúde Pública). Estas reuniões são mensais, afetas a cada agrupamento de escolas e têm vários objetivos, tais como: a identificação de alunos com problemas de várias ordens como necessidades educativas especiais, de higiene, sociais, psicológicos, entre outras, e a atualização de informação relativamente aos encaminhamentos dos alunos identificados; entrega das convocatórias à Coordenadora do PES; reforço informativo da importância da vacinação pelo bem da saúde pública; levantamento de necessidades de formação e intervenção por parte da Enfermeira, e planificação das atividades programadas. Nestas reuniões implementam-se estratégias para a resolução de casos, através do envolvimento da equipa multi-profissional, sendo que a Enfermeira é a interface com outras unidades/entidades, como por exemplo, a Unidade de Saúde, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), entre outros.

De ressaltar também a oportunidade que nos foi proporcionada de assistir ao “Encontro Partilhar para Cuidar”, no dia 12 de maio de 2011, organizado pelo grupo operativo com o mesmo nome, cujo objetivo é fomentar a filosofia de complementaridade de cuidados, para que a resposta à comunidade que abrange seja o mais eficaz possível. Assim, este encontro foi um momento propício à reflexão que possibilita melhorar a articulação/integração dos cuidados que prestamos, fundamental no contexto da parceria e inter-ligação entre os cuidados hospitalares e Cuidados de Saúde Primários. Este momento de formação foi também essencial no desenvolvimento de melhores práticas e na busca de novos saberes ao longo do estágio.

No seguimento destas intervenções e acontecimentos, fomos auscultando junto de profissionais e peritos na área, quais as necessidades sentidas na área da saúde escolar. Neste momento tornou-se importante refletir no desenvolvimento do projeto e pensar no porquê, para quem e como iria ser desenvolvido, sem o tornar inoperante e irrealista.

Desta feita, o acompanhamento e a intervenção nas escolas, assim como a realização de várias atividades na saúde escolar (seguidamente descritas) permitiram dar início à execução deste projeto e definir quais seriam as necessidades de intervenção de enfermagem da Unidade/Escola, tendo sempre como referência o desenho do planeamento em saúde, pois tal como Andrade (1995, p. 27) refere “*È necessário estudar a realidade (...), com o fim de detectar as necessidades e os problemas de saúde da escola e do meio.*”

De acordo com Avanzini (1994), um projeto traduz-se na representação mental duma ação que nos propomos realizar, sendo, portanto, a imagem de uma sequência ordenada de operações que se queiram colocar em prática.

Neste processo torna-se importante o estabelecimento de objetivos que nos permite direcionar melhor a aprendizagem, de forma a realizar todas as intervenções necessárias para alcançar os mesmos ao longo de todos os módulos do estágio.

Com base na consecução das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, inerente a todos os módulos de estágio pretendeu-se desenvolver competências de Enfermeiro já anteriormente adquiridas e adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

Para este efeito, foram traçados objetivos gerais e específicos a adquirir neste primeiro módulo.

Como **objetivos gerais**, pretendeu-se:

- ✓ Integrar a UCC de forma a conhecer a dinâmica orgânica/estrutural e funcional da Unidade;
- ✓ Realizar um projeto de intervenção com base no planeamento em saúde, com vista à capacitação e *empowerment* da comunidade escolar, na área dos DCA.

Os **objetivos específicos** foram:

- ✓ Estabelecer contacto permanente com a UCC e a equipa multidisciplinar;
- ✓ Caracterizar a UCC *A Outra Margem* e a Saúde Escolar (presente no Anexo I);
- ✓ Intervir enquanto Enfermeira no Programa da Saúde Escolar, participando nas atividades do mesmo;
- ✓ Conhecer a perceção dos Enfermeiros de Saúde Escolar quanto à problemática dos DCA;
- ✓ Consultar bibliografia relacionada com a Saúde Escolar e com os DCA (ver Anexo I e IV);
- ✓ Elaborar o diagnóstico de situação do grupo-alvo.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Os estudos que têm por base a metodologia do projeto devem centrar-se em problemas, que devem partir das necessidades sentidas pelos elementos do grupo-alvo, que neste caso é a comunidade escolar. Assim, qualquer intenção de formular programas de saúde e de executá-los com êxito requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde na comunidade.

Imperatori e Giraldes (1993, p. 43) referem que *“No processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico de situação”* e só a partir da definição do diagnóstico é que é possível começar a atuação. Os mesmos autores (1993) acrescentam ainda que a pertinência de um plano está diretamente ligada à concordância entre o diagnóstico da situação e o levantamento de necessidades.

Este passo foi, como já vimos, o primeiro a ser desenvolvido no módulo I, que decorreu durante o período de 26 de abril a 18 de junho, e teve a máxima importância para o bom desenrolar de todos os módulos de estágio.

Andrade (1995, p. 28) menciona que *“Para a análise da realidade podem ser utilizados determinados suportes, como questionários, entrevistas e reuniões (...), observação do comportamento dos alunos, consulta dos registos dos serviços de saúde locais – especialmente o diagnóstico, incidência e prevalência de determinadas doenças.”*

Para atingir este objetivo, tivemos a oportunidade de, ao longo do primeiro módulo de estágio ter presenciado e participado em várias situações que nos conduziram à escolha da temática deste projeto: a alimentação e especificamente os distúrbios do comportamento alimentar (DCA).

Primeiro, porque após uma pesquisa aprofundada de documentos e estabelecimento de contactos com várias entidades da área dos DCA (ver anexo IV), compreendemos que não existe perceção da representatividade desta problemática no concelho de Almada, sendo verdade que também há poucos estudos, atuais, em Portugal, da prevalência destas patologias. Para além disto, verificámos que as escolas do concelho procedem anualmente à recolha dos IMC dos seus alunos, mas estes estudos/projetos realizados pelas próprias escolas são muito no âmbito da obesidade, e quando se analisam as intervenções verifica-se que a franja dos IMC baixa não é abordada. Por outro lado, constatámos que a Escola 3º Ciclo e Secundária Romeu Correia solicitou à

equipa de saúde escolar a abordagem de uma sessão sobre os distúrbios do comportamento alimentar, e que, portanto, os alunos sentem necessidade de se informarem sobre estas patologias. Andrade (1995, p. 25) suporta esta teoria ao mencionar que “*Na maioria das escolas, a ideia de realizar um projeto de EpS nasce de um problema observado, de questões levantadas ou de preocupações expressas pelos alunos, professores ou pais*”. Conjuntamente, após várias reuniões informais com a equipa de saúde escolar da UCC, concluiu-se por consenso, que este tema, embora não seja prioritário para a equipa, é uma área pouco trabalhada, que necessita de ser relemburada, até porque nas reuniões de saúde escolar nas próprias escolas se confirmou que eram poucos os profissionais de saúde e docentes das escolas que sabiam como é feito o encaminhamento quando se deteta alguma suspeita de DCA nos alunos.

Para além disto, um dos objetivos do programa de saúde escolar da UCC de Almada é realizar projetos de educação para a saúde, dirigidos à comunidade educativa, sobre temáticas como a alimentação saudável. O próprio Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2010 do ACES de Almada refere que alimentação saudável se mantém um problema de saúde específico prioritário e determinante major de intervenção. Contudo, não é frequente a abordagem dos DCA – anorexia e bulimia – mas sim da obesidade. Esta situação foi explorada com a equipa de enfermagem de saúde escolar e os motivos apontados foram vários: ou porque estes DCA não são tão visíveis, sendo mais fácil esconder a bulimia que fisicamente não é tão visível como a obesidade; também porque é um tema mais sensível do que a obesidade uma vez que muitas vezes os jovens que têm anorexia ou bulimia têm também problemas do foro psíquico acoplados.

Nos documentos de apoio ao PNS 2011-2016, embora este ainda não esteja publicado, é retratado o excesso de peso e a obesidade como problemas mais relevantes no contexto da nutrição. Contudo, também é focado que tanto as situações de peso excessivamente baixo como as perturbações do comportamento alimentar devem ser tidas em conta.¹

Por último, são distúrbios que acarretam complicações futuras e que são do âmbito da saúde pública. Principalmente a anorexia e bulimia, com início na puberdade e adolescência, são, ainda hoje, causa de considerável morbidade e mortalidade.

¹ Retirado de: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/CSP1.pdf>

(Sampaio, et. al. 1999). Sendo distúrbios com incidência elevada nos jovens e uma vez que estes se encontram na escola, este é o local privilegiado para realizar este projeto.

Este projeto de saúde tem também a mais-valia de que é passível de ser trabalhado por futuros alunos da Especialidade, o que permite a continuidade do mesmo.

O diagnóstico propriamente dito teve início quando a Professora da equipa do PES da Escola Básica 2º e 3º Ciclos da Alembrança, solicitou à Enfermeira de Saúde escolar a participação e colaboração na “Semana da Saúde” que culminaria numa Feira da Saúde, no mês de maio. Neste âmbito foi solicitado uma SES para alunos do 6º ano de escolaridade sobre hipertensão arterial (HTA), na qual foram ensinados a avaliar o IMC, a tensão arterial (TA) relacionando as doenças cardiovasculares com a HTA. Para o efeito, contactámos várias entidades no ramo da saúde que forneceram material auxiliar de consulta para os alunos e profissionais disporem, nomeadamente a Fundação Portuguesa de Cardiologia. Para além de se ter realizado esta SES, também criámos um folheto de registo de dados de saúde que foi oferecido aos alunos.

Já na Feira da Saúde, durante dois dias, tivemos como objetivo supervisionar e reforçar a aprendizagem dos alunos no que respeita à avaliação da TA e do IMC. No final recolheram-se e analisaram-se todos os dados avaliados, nomeadamente o peso, a altura e o IMC dos alunos que passaram pelas bancas. Estes dados, identificados anonimamente para assegurar as disposições éticas, podem ser consultados no Anexo III deste Relatório – Dados do diagnóstico de situação.

Para uma maior consistência nas conclusões extraídas da análise dos dados e que pudessem revelar um maior número de alunos representativos da totalidade de alunos do concelho de Almada, recolhemos mais dados no que diz respeito ao IMC de mais alunos. Estes últimos dados foram obtidos pela cedência dos próprios professores que os detinham, através do pedido de autorização formal, via correio eletrónico, e outros, de forma informal, nas reuniões de saúde escolar, para que fosse possível a sua consulta e análise à luz deste projeto. Assim se verificou com os dados cedidos pela escola Básica Integrada do Pinheirinho, na Charneca da Caparica, e pela Escola 3º Ciclo + Secundária Romeu Correia. Dos dados cedidos pelas duas últimas escolas há que ressaltar que correspondem ao IMC dos alunos no início do ano letivo 2010-2011, sendo que não estavam atuais, mas serviam para se proceder a uma análise dos mesmos. Há ainda a referir que os dados cedidos pela Escola Básica Integrada do Pinheirinho apenas correspondem a alunos do 3º ciclo, e os dados cedidos pela Escola 3º Ciclo +

Secundária Romeu Correia referem-se a alunos do Secundário, como se pode verificar no Anexo III.

Após a análise dos dados, conforme se pode verificar no Anexo III, verificámos que do total de alunos avaliados (93 alunos) do 3º ciclo da Escola EB 2+3 Alembrança existiam 37 alunos com $IMC \leq 18$, valor que relata magreza excessiva, de acordo com a OMS. Dos alunos do secundário (54 alunos) da Escola 3º Ciclo + Secundária Romeu Correia, 8 tinham $IMC \leq 18$, e dos alunos da Escola Básica Integrada do Pinheirinho (86 alunos avaliados), existiam 39 alunos do 8º e 9º ano de escolaridade com $IMC \leq 18$.

Em jeito de conclusão deste capítulo, o diagnóstico desta comunidade retrata os valores de IMC encontrados, onde podemos observar no Anexo III que mesmo existindo um número elevado de adolescentes com IMC dentro dos valores normais, a percentagem de adolescentes com IMC baixa é preocupante, o que nos leva a averiguar indicativos para transtornos do comportamento alimentar, excluindo diagnósticos diferenciais como doenças do foro endócrino ou mesmo desnutrição relacionada com dificuldades económicas do agregado familiar, que infelizmente irá ser cada vez mais frequente devido à conjuntura económica atual.

Assim, após a análise de todos os dados e após a reflexão nos pressupostos descritos anteriormente, emergiu a necessidade de abordar os DCA nas escolas.

Neste momento, estavam reunidas as condições para definir os objetivos deste projeto e refletir sobre as estratégias e recursos a utilizar.

Devemos ressaltar que neste projeto, quando se fala em distúrbios do comportamento alimentar, entende-se por distúrbios apenas a anorexia e bulimia, e não todos os outros que contemplam a própria definição, onde se inclui a obesidade.

1.1. Pertinência do estudo sobre os Distúrbios do Comportamento Alimentar na Escola

Este subcapítulo contextualiza a problemática dos DCA, ditando-nos a relevância do estudo que se prende com a importância do conceito de saúde e a sua promoção em meio escolar, como forma de prevenção primária.

Gomes (2009) defende que uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde e de forma sustentada é a Educação para a Saúde (EpS).

O programa do XVII Governo Constitucional, no capítulo V, utilizando o conceito da OMS, elege a Escola como a grande promotora da saúde das crianças e das famílias.

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de adequar às necessidades da comunidade educativa e às preocupações de saúde emergentes (Mandim, 2007).

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), de acordo com o seu documento orientador (2006), inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Os problemas de saúde e os comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou minimizados através de Programas de Saúde Escolar efetivos. No desenvolvimento destas atividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes de saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa.

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde para todos. A equipa de saúde escolar assume assim o papel de interface entre a escola e os serviços de saúde.

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados.

Tendo em conta a realidade dos DCA, e considerando que vários estudos salientam existir um conjunto de fatores que constituem risco para a saúde, nomeadamente a publicidade de consumo, os média /modelos, entre outros, é necessário estarmos atentos enquanto profissionais de saúde que somos. Por outro lado, também em termos de

legislação sobre promoção de saúde na escola, somos confrontados com a obrigatoriedade de novas práticas educativas, sendo por isso, um tema atual.

Sabemos hoje que o estabelecimento de padrões alimentares saudáveis na infância e na adolescência é importante para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e para a manutenção de uma alimentação saudável ao longo da vida. É nessas fases iniciais da vida que se consolidam ou criam hábitos alimentares que permanecerão ao longo da vida. Por estes motivos é importante sensibilizar, fornecer conhecimentos, desenvolver atitudes e capacitar os jovens a adotarem padrões de nutrição saudáveis para promoverem a sua própria saúde e a dos que mais tarde poderão ficar à sua responsabilidade (Precioso, 2004).

Ora sendo a adolescência uma etapa de múltiplas alterações, onde por vezes vigora tanto uma fome exacerbada, associada ao crescimento, como a necessidade de um controlo rigoroso das necessidades do corpo, alguns comportamentos podem fixar-se e tornar-se patológicos, surgindo os distúrbios alimentares.

Os DCA são complexos e requerem um conhecimento aprofundado por parte dos profissionais que lidam com jovens que padecem ou podem vir a padecer dos mesmos.

Neste sentido, para uma melhor compreensão desta problemática e para contextualizar melhor as ações compreendidas no projeto, importou-nos aprofundar conhecimentos teóricos na área dos DCA, pelo que efetuámos uma vasta pesquisa bibliográfica e consultámos vários estudos (desenvolvido no anexo IV – Enquadramento Teórico dos DCA), assim como realizámos vários contactos, telefónicos e pela internet, com entidades que se dedicam exclusivamente aos DCA, como é o caso do Núcleo dos Distúrbios do Comportamento Alimentar (NCDA), a Associação dos Familiares e Amigos dos Anoréticos e Bulímicos (AFAAB) e a BIAL, laboratórios.

Estas pesquisas sustentaram todo este projeto e as intervenções nas escolas, servindo de base para as sessões de formação realizadas (ver Anexo VI, IX e X).

Após a leitura da bibliografia revista (Anexo IV) confirmou-se que os DCA surgem tipicamente na adolescência, sendo também nesta fase de vida que estes transtornos se tornam mais frequentes, uma vez que há uma maior preocupação com a aparência (obsessão pelo aspeto físico), pois a formação social do indivíduo exige a sua aceitação por parte dos outros.

Normalmente a dieta é o precursor que antecede a instalação de um DCA. Contudo, a presença isolada da dieta não é suficiente para desencadear o transtorno alimentar,

tornando-se necessária uma interação entre fatores de risco e outros eventos precipitantes.

São patologias que põem em causa a saúde dos adolescentes e que levantam problemas de várias ordens, físicos e psicológicos, e podem ter consequências irreversíveis e com uma profunda interferência no desenvolvimento global. Muitas vezes, estes distúrbios, se não forem tratados podem levar à morte.

Desta feita, os DCA são situações complexas, que exigem tratamento igualmente complexo, e não são uma moda. Não podem ser encarados com complacência ou banalização, subestimando a sua gravidade, pela ideia de que são manias da moda que irão passar com o tempo.

Do que não restam dúvidas é que de acordo com a bibliografia estudada (ver anexo IV), as dimensões do problema estão a aumentar. Estima-se que 1 em cada 100 pessoas pode sofrer de anorexia, calculando-se que todos os anos apareçam 2.500 novos casos.

Carmo (1994, p. 51) refere que *“O comportamento que leva à distorção e rejeição da imagem corporal, à prática da dieta e à perda de peso, em raparigas de peso normal ou baixo, é suficientemente corrente, mesmo num país como Portugal, onde a prevalência da anorexia nervosa é baixa.”*

Neste sentido, torna-se relevante, primeiro que tudo, prevenir o aparecimento destes distúrbios, apostando na sensibilização e informação, sendo igualmente fundamental fazer o diagnóstico o mais precocemente possível, para aumentar a eficiência do tratamento. Os Enfermeiros que atuam na comunidade, enquanto profissionais de saúde, têm um lugar privilegiado neste campo. Têm um papel preponderante, tanto na deteção destas situações, como no evitamento da sua proliferação. Na prática, dada a complexidade do problema, é importante que o Enf.º tenha sensibilidade para lidar com estes jovens, e que seja insistente na sua vigilância assídua.

Todas estas intervenções de educação para a saúde e promoção da saúde, com base nos desígnios que definem a prevenção primária e secundária, traduzem as responsabilidades do Enfermeiro de saúde escolar e estão vigentes tanto na área de especialidade que é a enfermagem comunitária como na teoria de enfermagem, isto é, nos modelos que orientam a prática de enfermagem.

A sustentabilidade teórica deste projeto em termos de concetualização de enfermagem baseia-se no modelo de Neuman (da escola dos efeitos desejados), conhecido por Teoria Geral dos Sistemas.

Este modelo conceptual encaixa bem naquilo que é a enfermagem comunitária pois para Betty Neuman a comunidade é vista como um sistema constituído por subsistemas que se interrelacionam. Tal como um Homem é um ser total, e mesmo sendo único, é influenciado por fatores externos e internos, encontrando-se inserido numa comunidade com as suas próprias características. Portanto este modelo assenta na visão holística do ser, sendo esta a visão atual dos cuidados de saúde e, neste contexto, utilizada pela enfermagem comunitária. (Igoe e Speer, 1999)

Neste projeto podemos entender os alunos da comunidade escolar como a *pessoa/utente* de Neuman, a qual define este conceito metaparadigmático como um composto da inter-relação de cinco variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que estão sempre presentes. (Igoe e Speer, 1999). Tal como a bibliografia estudada nos indica (ver anexo IV), também os DCA apresentam uma etiologia multifatorial, com predisposição genética, sociocultural, vulnerabilidade biológica e psicológica. Portanto, os fatores que podem colocar o cliente (neste caso o aluno) em desarmonia são vários e influenciam-se uns aos outros, podendo precipitar de forma independente ou conjuntamente.

O conceito *ambiente* presente na teoria de Neuman é definido como todas as forças internas e externas que rodeiam e podem afetar a vida e o desenvolvimento do cliente. Forças estas que rodeiam o Homem em qualquer momento. O ambiente concebido representa um sistema aberto trocando energia tanto com o ambiente interno como com o externo. (Igoe e Speer, 1999) A teórica define ainda *saúde* ou *bem-estar* como a condição em que todas as partes e sub-partes estão em harmonia com o todo do Homem. (Idem, 1999)

Ora o adolescente sendo um sistema à partida equilibrado, facilmente pode entrar em desequilíbrio se estiver sujeito a fatores internos e externos que potenciam esta desarmonia como se pode comprovar pela bibliografia (ver anexo IV). Pois a adolescência caracteriza-se por uma fase de vida difícil com profundas transformações, sendo que a auto-imagem do adolescente é socialmente mediada pelas reações do próprio e das outras pessoas. Além disso, o comportamento alimentar e a auto-imagem são também determinados pelos padrões socioculturais vigentes na sociedade atual (considerados neste projeto como os fatores externos a que Neuman se refere).

A atualidade deste modelo prende-se ainda com as modalidades de intervenção definidas por Neuman, que podem ser utilizadas para colocar o cliente em equilíbrio ou

harmonia na comunidade. Assim, a autora diz-nos que se pode atuar aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Neuman define prevenção primária como a redução da possibilidade de contacto com os fatores de stress e o fortalecimento da linha flexível de defesa; e prevenção secundária como a realização de diagnóstico precoce e tratamento de sintomas. Já a prevenção terciária refere-se à readaptação e à manutenção da estabilidade por parte do cliente. (Igoe e Speer, 1999)

Neste projeto podemos entender a prevenção primária como as sessões de educação realizadas aos alunos/professores e profissionais de saúde, e a prevenção secundária a avaliação realizada do IMC, assim como a aplicação dos questionários (ver anexo VII) e o encaminhamento que foi, posteriormente, realizado aos alunos com IMC baixo ou elevado, para as entidades disponíveis na comunidade.

Desta forma, as intervenções realizadas ao longo deste projeto basearam-se no modelo de Neuman no sentido em que este tem como finalidade das suas intervenções, a educação e mobilização de recursos de apoio para sustentar as linhas de defesa, para reduzir o efeito de um fator de stress e aumentar a resistência do cliente.

Em resumo, a Teoria Geral dos Sistemas (TGS) pode ser aplicada a diversos fenómenos desde o sistema solar ao corpo humano, pois tem como ideia central que cada sistema é formado por subsistemas e suprasistemas. Do mesmo modo a pessoa é composta por sistemas menores tais como o aparelho circulatório, músculo-esquelético, digestivo, etc., e estabelece trocas energéticas com os suprasistemas família, amigos, colegas e serviços comunitários, entre outros.

Assim, as comunidades (aqui entendido como a comunidade escolar), constituídas por múltiplos subsistemas que se relacionam e influenciam mutuamente, podem ser analisadas, interpretadas e compreendidas numa perspetiva da teoria dos sistemas.

Existe ainda outro modelo teórico de enfermagem que sustentou este projeto - o “Modelo de McGill”, de Moyra Allen (década de 60, século XX), a qual já pertence à escola da promoção da saúde. O seu modelo foi considerado como um modelo conceptual e como um modelo de intervenção. (Kérouac et. al., 1994). Tem como influências a filosofia dos cuidados de saúde primários e a teoria da aprendizagem de Bandura (1977). Aqui, o resultado/efeito desejado é alcançar comportamentos saudáveis. Contudo, Moyra Allen diz que é mais do que o resultado, é implementar ações/cuidados de enfermagem que visem que o indivíduo adquira comportamentos saudáveis. Para além disto, a teoria defende que estes cuidados devem ter enfoque

sistêmico, o que na população-alvo este projeto se refere a todo o ambiente que envolve o aluno, pois tal como o PNSE (2007) refere a promoção da saúde deve ter como referência não só o alvo de atuação – aluno – mas também os pares, a família, a escola, a comunidade e o meio.

A escola da promoção da saúde centra-se no “quê” dos cuidados de enfermagem e pela promoção de comportamentos de saúde e também tendo presente a quem se dirigem, o “como promovê-lo” (Kérouac et. al., 1994).

2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição ou seleção das prioridades surge sempre condicionada pelo diagnóstico da situação definido e determinará a fixação dos objetivos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Como não é possível resolver simultaneamente todos os problemas, e dado que o tempo de estágio é limitado, há que definir aqueles onde se deve intervir de forma adequada e exequível.

A análise dos dados obtidos pela recolha dos IMC dos alunos permitiu-nos refletir nas áreas onde se deve incidir as atividades que vão dar resposta à resolução do problema ou das necessidades levantadas. Assim, em função do consenso de peritos, dos Enfermeiros da saúde escolar da UCC, emergiram as seguintes prioridades:

- Determinar o número de alunos com IMC baixo no ano letivo 2011-2012, nas escolas estudadas;
- Encaminhar casos sinalizados para as unidades de saúde;
- Sensibilizar a população escolar – docentes, não docentes e alunos, através da dinamização de SES;
- Sensibilizar profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros das consultas de saúde infantil e de saúde escolar, através da dinamização de SES;
- Realizar um fluxograma para reavivar o circuito de encaminhamento.

PARTE II – INTERVIR NA COMUNIDADE PERANTE OS DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Nesta segunda parte do relatório interessa apresentar as atividades ou intervenções desenvolvidas que deram resposta às necessidades encontradas no módulo I, tendo sempre salvaguardado que esta fase, como em qualquer planeamento, não é estanque, pois ao longo de todo o estágio vamos sempre encontrando obstáculos que nos fazem criar novas necessidades e conseqüentemente novas respostas/alternativas e mesmo outros caminhos a percorrer. Portanto, o planeamento pressupõe que a realidade não é imutável, estando sujeita a fatores muitas vezes incontroláveis (Imperatori e Geraldès, 1993). Estes mesmos autores defendem ainda que o diagnóstico assume assim uma posição dinâmica, sendo uma atividade permanente, que nunca acaba, resultado das modificações contínuas da realidade e do progressivo melhor conhecimento da situação (Imperatori e Geraldès, 1993).

Portanto, seguindo as linhas do planeamento, o segundo e terceiro módulos de estágio foram voltados para a intervenção focada na escola. Para este efeito, continuámos a participar nas atividades do programa de saúde escolar da UCC, acompanhando as enfermeiras da equipa. Questionámos as escolas quanto à sua integração na RNEPS, consultámos o seu Projeto Educar para a Saúde (PES), continuámos a integrar e participar nas reuniões de saúde escolar e reunimos com profissionais de saúde, elementos-chave que trabalham na comunidade e que foram fundamentais para perceber todo o panorama dos DCA em Almada, bem como o encaminhamento destes jovens. Foi o caso do Coordenador da Unidade de Pedopsiquiatria de Almada, a Enf.^a Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta e da Psiquiatria (Centro de Desenvolvimento da Criança) e membros da Direção da AFAAB.

Para além disto, sempre que necessário intervimos e colaborámos noutras atividades da UCC, nomeadamente na vacinação sazonal de idosos em lares da Santa Casa da Misericórdia, atividade para a qual a equipa de saúde escolar foi chamada a cooperar. Esta atividade só ficou concluída após a inserção do registo da vacinação no SINUS e SAPE de cada utente.

Neste momento importava-nos refletir acerca da sustentabilidade do projeto e as estratégias a utilizar para executar as ações pretendidas. Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos para este segundo módulo.

Objetivo geral:

✓ Implementar um projeto de intervenção com base no planeamento em saúde, com vista à capacitação e “empowerment” da comunidade escolar, na área dos DCA. (continuação).

Objetivos específicos:

✓ Calcular o número de jovens do 9º ano de escolaridade com baixo peso, através do IMC, no mês de Setembro de 2011.

✓ Sensibilizar a comunidade educativa (encarregados de educação, professores, assistentes operacionais e alunos) para os DCA, através da realização de SES no mês de Setembro de 2011, abordando os seguintes aspetos:

- a existência de DCA, os seus riscos e consequências;

- os sinais que anunciam um distúrbio do comportamento alimentar (DCA) – identificação precoce;

- como encaminhar casos suspeitos de DCA;

- como agir perante os mesmos em meio escolar.

✓ Determinar a prevalência de adolescentes em risco de desenvolver DCA (anorexia e bulimia), e o número de jovens que se sentem insatisfeitos com o corpo, através do Teste EAT 26 e Teste de Imagem Corporal, no mês de Setembro de 2011;

✓ Sinalizar os jovens com IMC alterados, até ao final de Outubro de 2011;

✓ Encaminhar os jovens com IMC alterados, às unidades de saúde, até ao final de Dezembro de 2011;

✓ Apresentar o projeto aos profissionais de saúde do ACES de Almada, no mês de Novembro de 2011;

✓ Sensibilizar os profissionais de saúde do ACES de Almada para o devido encaminhamento das crianças e jovens com DCA, através da realização de SES no mês de Setembro;

✓ Contribuir para a consciencialização na importância da articulação entre diferentes instituições e os alunos com DCA, nomeadamente os Centros de Saúde e Hospitais.

1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II – educação, sinalização e encaminhamento dos alunos

Neste capítulo pretende-se descrever todas as atividades desenvolvidas, os recursos e estratégias utilizadas nos últimos dois módulos de estágio. Faz-se também um enquadramento metodológico e científico do projeto.

A etapa da seleção das estratégias é fulcral num processo de planeamento pois concebe qual o procedimento mais adequado para minimizar os problemas de saúde já definidos anteriormente como prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993).

Esta etapa deriva principalmente dos objetivos fixados e é fundamental para planear as atividades a executar. É também a etapa que requer maior criatividade. Para além disto definir as estratégias é também prever as medidas que possibilitem eliminar ou evitar os obstáculos potenciais à realização dos objetivos.

1.1. Enquadramento metodológico

Em termos metodológicos define-se o estudo de exploratório e descritivo. Exploratório na medida em que se verificou não haver nenhuma investigação anterior no âmbito dos DCA no concelho de Almada, pelo que nos questionámos se o que a investigação tem mostrado para outros grupos, se aplicará do mesmo modo na nossa. Já Gil (1989) refere que o estudo exploratório é aquele que explora os domínios da investigação pouco estudados ou explorados, pelo que tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos, para estudos posteriores. Define-se também como descritivo pois não se pretende explicar porque é que ocorre o fenómeno dos DCA, mas somente apresentar o que se encontrou. Fortin (1999, p. 135) corrobora ao dizer que os estudo descritivos simples descrevem “(...) *simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população.*”. Dentro do descritivo ele define-se como transversal pois foca um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2008).

No que concerne ao paradigma trata-se de um estudo do tipo quantitativo, pois expressa-se através de números e utiliza um questionário enquanto instrumento de colheita de dados (Ribeiro, 2008).

Para definir a amostra deste projeto optámos por realizar um corte geográfico dado à enorme extensão e elevada densidade populacional do concelho de Almada, e ainda porque não nos podemos esquecer que o tempo de estágio é restrito. Tal como a MCSP preconiza, no documento de suporte à implementação da UCC (2009, p. 4) “A área geodemográfica de intervenção de cada UCC deverá corresponder à área geográfica do(s) respetivo(s) Centros de Saúde, podendo, no entanto, subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas, de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como, as suas necessidades de saúde e sociais...”. Desta forma, optou-se por realizar o estudo aos alunos do 9º ano de escolaridade em duas escolas do Agrupamento de Escolas Romeu Correia, Feijó (num total de 206 alunos):

- Escola 3º Ciclo e Secundária Romeu Correia, às turmas do 9º ano, sendo 4 turmas ensino regular com um total de 104 alunos e 3 turmas dos Cursos de Educação e Formação de Jovens (CEF) com um total de 37 alunos;

- Escola 2º e 3º Ciclos da Alembrança, às turmas do 9º ano, sendo 3 turmas, no total de 65 alunos;

A seleção deste agrupamento de escolas recaiu sobre o facto de serem escolas que pertencem ao parque escolar da Enf.^a que acompanhámos no campo. Foram também escolas em que mais participámos nas reuniões de saúde escolar (meramente por oportunidade de ocasião), e por ter sido aquela em que o Diretor de escola se mostrou mais recetível e acessível à problemática a estudar. São escolas pertencentes ao concelho de Almada e todas elas integram a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Para além disto, como já foi abordado anteriormente, a escola secundária já tinha realizado um levantamento do IMC de todos os alunos do secundário, o que facilitou na primeira fase do projeto, uma vez que se aproveitaram os dados para ter uma ideia do n.º de jovens com IMC baixo e assim conduzir o diagnóstico de situação. A observação crítica é que os responsáveis por este levantamento de dados apenas utilizaram os dados para trabalhar a obesidade, deixando a franja dos IMC baixos para segundo plano. Já a Escola da Alembrança foi selecionada para estudo pois ao termos participado na Feira da Saúde realizada em maio de 2011, houve a oportunidade de recolher os IMC dos alunos que voluntariamente se ofereceram para ser medidos e pesados.

A opção pelo 3º ciclo de escolaridade deveu-se ao facto de ter sido aquele em que se verificou, aquando do levantamento dos dados (Anexo III), que era o que contemplava um maior número de alunos com $IMC \leq 18$. Atendendo a que estes alunos do 3º ciclo vivem na mesma comunidade, tendo, à partida, as mesmas características de grupo, sujeitos às mesmas condições, selecionei aleatoriamente os alunos do 9º ano.

Em termos bibliográficos, esta escolha é apoiada pelos autores quando lemos que os DCA (principalmente a anorexia) têm o seu início típico entre os 14 e os 18 anos (DSM-IV-TR, 2002), idades em que se situam os alunos do 9º ano de escolaridade.

Posto tudo isto, pode-se concluir que a população ou universo deste estudo é a totalidade dos alunos do 9º ano de escolaridade das escolas do concelho de Almada ($N = 1889$), pois segundo Ribeiro (2008), de acordo com Smith (1975), o universo designa a população à qual o investigador pretende generalizar os resultados da investigação.

Já a amostra inicial definida neste projeto é de 206 alunos (10 turmas) do 9º ano de escolaridade das duas escolas supra-citadas. Tendo em conta que alguns alunos faltaram às aulas nas quais se integraram as sessões de educação para a saúde (SES) e que foram anulados os questionários incompletos, ficou-se com uma amostra final de $n=181$ alunos do 9º ano de escolaridade, o que representa aproximadamente 10% do nosso Universo.

Tendo em conta os dados apresentados, podemos dizer que a nossa amostra tem uma amplitude razoável, sendo representativa da população a quem as descobertas e as conclusões possam ser generalizadas (Hanson, 2005)

O método de amostragem é não probabilístico ou intencional, pois segundo Ribeiro (2008, p. 42) “(..) a probabilidade relativa de um qualquer elemento da população ou universo ser incluído na amostra é desconhecida.”, ou de acordo com outros autores, não-causal, por conveniência, porque neste método a amostra escolhida é aquela que está facilmente disponível (Hill e Hill, 2005).

1.2. Intervenção nos alunos e professores

Iniciado um novo ano letivo, dado que já tinham passado três meses desde a análise dos dados do IMC dos alunos, decidiu-se fazer uma nova recolha de dados, pois três meses são um período de tempo considerável para haver alterações estado-ponderais significativas.

Neste momento estava definida a forma como se iria intervir na área dos DCA, assim como a população-alvo afeta e a escola abrangida.

Definido o grupo a estudar, impôs-se refletir na melhor forma de aplicar os questionários e voltar a avaliar o IMC de cada aluno, isto porque o questionário é direcionado para os distúrbios alimentares, sendo que há sempre a tendência de enviesar as respostas, ainda mais para quem não quer admitir o distúrbio, caso exista. Ou seja, pode ocorrer o fenómeno falsificação, que segundo Ribeiro (2008, p. 83) “*consiste em responder de modo a dar, intencionalmente, uma imagem oposta à realidade, em responder de modo a distorcer intencionalmente a realidade.*”.

Ao mesmo tempo, tornou-se imperativo sensibilizar os alunos para a alimentação saudável e para os distúrbios do comportamento alimentar, até porque não faz sentido abordar os DCA sem falar da importância de uma alimentação saudável, sendo este também um dos objetivos deste projeto.

Desta forma, na última reunião do PES do ano letivo 2010-2011, do agrupamento de escolas Romeu Correia, definiu-se que no início de setembro do ano letivo 2011-2012 iríamos utilizar as aulas de Ciência da Natureza, em módulos de 90 minutos, para o projeto.

Assim, em Setembro de 2011, voltámos a avaliar o IMC de cada aluno do 9º ano das escolas supra-citadas, de forma voluntária e sigilosa. Aplicámos um questionário (denominado por EAT-26) e sensibilizámos para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, através da realização de 9 SES às 10 turmas.

Estas sessões de educação para a saúde intituladas por “Alimentação Saudável e os Distúrbios do Comportamento Alimentar” (Anexo VI) serviram para alertar para a necessidade de uma alimentação adequada, equilibrada e para a importância da realização de exercício físico, assim como para os DCA (sinais de alarme, consequências, como abordar). Neste sentido, tornou-se importante capacitar os jovens e a comunidade educativa para opções de uma alimentação saudável, assim como despertá-los no seu papel crucial na identificação de um colega em risco de DCA. O nosso papel também foi o de sensibilizar estes jovens para a sua condição de vulnerabilidade e auxiliá-los nesta aquisição de consciência crítica.

Os alunos participaram na SES ao colocar questões, muitos deles não sabiam identificar sinais presentes em pessoas com DCA e não tinham ideia da gravidade desta problemática. O *feedback* atribuído pelos professores e alunos às SES realizadas foi

bastante positivo, como se pode verificar no final do Anexo VI onde consta uma tabela com o resultado dos questionários de avaliação entregues aleatoriamente aos mesmos.

Após a SES foram distribuídos os questionários com um consentimento livre e esclarecido e, no final da aula, pediu-se aos alunos que se dirigissem perto de nós, de forma voluntária, onde foram medidos e pesados, sempre com base na confidencialidade dos dados.

Estas SES também serviram como estratégia para a aplicação dos questionários e obtenção de respostas e para a consecução da avaliação dos dados antropométricos dos alunos. Se a nossa presença nestas aulas tivesse apenas o objetivo de aplicar os questionários, provavelmente a adesão à participação não teria sido tão grande.

Ao desenvolver estas SES em que se proporciona conhecimentos que permitam opções responsáveis em termos dos comportamentos em relação à saúde, estamos a dar resposta a uma das intervenções mais relevantes em saúde comunitária, que é o *empowerment* das pessoas, famílias e grupos.

Os Enfermeiros de saúde escolar são precisamente os profissionais que fazem o diagnóstico das situações de risco nas escolas e colaboram em parceria com elas na satisfação das suas necessidades educativas. Neste campo a equipa de saúde escolar serve de retaguarda no auxílio aos professores/educadores quando estes não têm resposta. No fundo, colaboram para que a escola saiba encaminhar estes alunos.

O Enfermeiro de saúde escolar acaba por ser o profissional mais indicado para organizar e realizar as sessões de educação para a saúde sobre DCA, pois é ele que tem acesso constante a todas as instituições de saúde, desde os hospitais, aos centros de saúde, e às escolas, e é ele que encaminha os casos de DCA. Para além disto, tem contacto direto com a comunidade e serve-se de conhecimentos sobre a doença.

1.2.1. Questionário aplicado

O instrumento de colheita de dados deve ser escolhido de acordo com o tipo e o objetivo de estudo (Fortin, 1999). Desta forma optou-se pelo questionário pois a mesma autora refere que num estudo descritivo, por se descrever fatores ou variáveis, deve-se utilizar um método de colheita de dados mais estruturado.

Não foi necessária a aplicação de um pré-teste pois o questionário já existe na comunidade científica, e portanto, a sua fidedignidade já está avaliada, como se pode perceber mais à frente.

Para uma aplicação ética e profissional dos questionários e para uma maior adesão de respostas, foi importante haver uma apresentação prévia da nossa parte, explicar o teste e o seu objetivo, tal como manifestar a sua confidencialidade, utilizando uma linguagem acessível aos participantes. Para além disto, o questionário agrega uma folha de rosto com o consentimento informado onde se reúne um conjunto de informações visando esclarecer o que se pretende do participante.

Foram respeitados todos os fatores de cariz ético, sendo que os questionários foram apenas utilizados para este estudo, não tendo qualquer outro fim e os dados dos alunos foram de cariz voluntário. Os respondentes receberam o questionário diretamente por entrega pessoal feita por nós, em contexto de aula, (até porque não é anónimo) e foi preenchido por cada inquirido sozinho. Durante o preenchimento o investigador esteve sempre presente respondendo a todas as solicitações dos alunos e foi garantida a confidencialidade de todas as respostas. Wong (1999) justifica esta presença com o facto de as crianças e jovens quererem explicações e motivos para tudo. Elas precisam de saber o que vai acontecer e o motivo pelo qual estão a ser objeto de estudo. Por conseguinte, o jovem transforma-se num participante entusiástico.

Segundo Fortin (1999) os sujeitos menores podem dar o seu parecer, se tiverem competências para perceber as informações incluídas no questionário, pelo que se torna importante a presença dos inquiridores durante o preenchimento do mesmo, assim como o facto de saber que este teste já foi aplicado em vários estudos a indivíduos menores de idade.

A realização do estudo e a aplicação dos questionários exigiu o pedido de autorização à Direção escolar do Agrupamento de Escolas Romeu Correia, que se pode consultar no Anexo V.

Não se verificou ser necessário pedir autorização à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) para a realização deste estudo nas escolas, pois este projeto integrou-se no programa de saúde escolar da UCC e no PES do próprio agrupamento de escolas, que já costumam fazer a recolha anual dos IMC dos alunos e o seu tratamento.

Relativamente ao consentimento dos pais para aplicar o questionário nos alunos, após consenso entre os membros do PES e a Direção da escola, concluiu-se não ser necessário, pois mais uma vez, o projeto integrou-se no próprio PES da escola.

A primeira parte do questionário integra o estudo da monitorização do peso e altura, para efeitos de cálculo de IMC, e posterior interpretação dos resultados, classificados de acordo com a classificação estabelecida pela Direção-Geral da Saúde.

Classificação	IMC (Kg/m²)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Pré-obesidade	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	≥40,0

Quadro 1 - Classificação Do IMC (Fonte: OMS 2000, in DGS (2005))

O índice de massa corporal calcula-se fazendo o quociente do peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (peso/altura²). Ele dá-nos a informação rápida da classificação de corpulência de um indivíduo adulto mas tem limitações, como por exemplo: nos atletas e nos indivíduos com edemas e com ascite o valor do IMC não é credível, pois não é possível saber qual a causa da obesidade. É necessário cruzar outros testes para uma avaliação correta (DGS, 2005).

Para a avaliação do IMC os alunos foram avaliados descalços e foi usada uma balança analógica, com capacidade de 150Kg. Para obter a estatura (cm), foi utilizado um estadiómetro portátil com extensão em 2 metros e divisão de 0,1cm. Os adolescentes foram medidos em posição ereta e com os tornozelos encostados na parede. Todos estes cuidados de avaliação evitam resultados enviesados.

Segundo Sampaio et. al. (1999), na prática clínica quantifica-se a magreza utilizando o IMC. Contudo, este índice de quantificação é mais adequado para o adulto, sendo que nas crianças e adolescentes o uso de tabelas de percentis é mais correto. No entanto, neste projeto, optámos pela utilização do IMC, uma vez que é o método de recolha mais utilizado neste momento pela comunidade científica, e assim poder-se-á realizar conclusões comparativas sustentadas pelo mesmo método de avaliação.

Apesar da importância de se calcular o IMC, este valor só por si não chega. Existem muitas pessoas que são magras, com IMC baixos, mas que não têm qualquer indício de transtorno do comportamento alimentar. Deste modo, após uma extensa pesquisa, encontrou-se um questionário – EAT-26 - que já foi aplicado em inúmeros

estudos e dedica-se exclusivamente a identificar a prevalência de possíveis transtornos alimentares.

Esta segunda parte do questionário contempla dois grandes grupos de questões, de autopreenchimento, relacionados com a satisfação e imagem corporal, os hábitos alimentares e eventuais perdas de peso e amenorreia.

O primeiro grupo é relativo ao EAT-26, contendo 26 questões, e o segundo refere-se a um questionário de percepção de imagem corporal.

Para o primeiro grupo de questões foi utilizada a escala do tipo Lickert (1-6), em que as respostas estão compreendidas entre o sempre (1) e o nunca (6).

No segundo grupo, é utilizada uma escala análoga visual.

a) Teste EAT-26

O Teste de Atitudes Alimentares, conhecido por *Eating Attitudes Test (EAT)*, foi desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979. Inicialmente usado para diagnosticar anorexia nervosa, rapidamente tornou-se o teste mais aplicado às disfunções alimentares em geral. Nos vários estudos realizados, os resultados obtidos com o teste mostram não ser possível fazer o diagnóstico, mas foi verificado que o teste detetava casos clínicos em populações de alto risco e identificava indivíduos com preocupações anormais em relação à alimentação e peso. Da escala original de 40 itens, os autores excluíram 14, por serem redundantes e não aumentarem o poder preditivo da escala, constituindo assim a EAT-26. Esta nova escala, além de ser mais simples e económica no que diz respeito à aplicação, mostrou grande correlação com a escala original.

De acordo com Costa (2008), segundo Boerner et. al. (2004), o questionário foi validado para populações femininas e masculinas. Foi traduzido e validado para várias línguas e culturas. A versão em português também já tinha sido validada no Brasil, segundo Costa (2008), de acordo com Nunes et. al. (1994). Neste estudo pediu-se autorização a uma médica psiquiátrica², a exercer num Hospital central de Lisboa, para utilizar o mesmo questionário, onde apenas alterámos a ordem das questões, adaptando-as desta forma ao projeto.

O EAT-26 é um teste com alta especificidade e sensibilidade para perturbações do comportamento alimentar. Ele é um autoquestionário que nos indica a prevalência de possíveis transtornos alimentares, e que permite medir atitudes alimentares,

² Alexandre [et al.] – **Comportamento Alimentar em doentes bipolares – diferenças entre os sexos na pontuação do EAT 26.** In Revista de Informação e divulgação científica da NDCA, vol. 5, n.º 11, 2008

comportamentos de dieta, preocupação com os alimentos e doenças do comportamento alimentar. Este questionário visa, assim, detetar a predisposição para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.

Contudo, alguns autores defendem que apresenta, mesmo assim, um baixo poder para prever a anorexia, pelo que também avaliámos o IMC dos alunos. Ainda assim, o questionário fornece dados sobre o índice de gravidade da preocupação, podendo, com isso, apontar a necessidade de intervenção coletiva, ou nos casos mais sintomáticos, de encaminhamento aos cuidados de profissionais especializados.

É importante que o diagnóstico dessas doenças seja realizado precocemente, sendo que um dos instrumentos que auxiliam na triagem de possíveis doentes é o EAT-26.

Os 26 itens do Teste EAT 26 estão divididos em três subescalas³:

✓ 1 – Aspectos relativos ao cumprimento da dieta – reflete a recusa patológica a alimentos de elevado valor calórico e preocupação com a imagem corporal (itens: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25);

✓ 2 – Preocupação com a comida e bulimia – refere-se a episódios de ingestão compulsiva, purgação e outras técnicas de controlo de peso (itens: 3, 4, 8, 18, 21 e 26);

✓ 3 – Controlo da ingestão alimentar – demonstra o autocontrolo em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (itens: 2, 5, 9, 13, 15, 19, 20).

Para a recodificação de cada item, dividido em 3 escalas do tipo *Likert*, atribuíram-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, quase sempre = 2 pontos, frequentemente = 1 ponto, algumas vezes = 0 pontos, raramente = 0 pontos e nunca = 0 pontos). O único item que apresenta pontos em ordem invertida é o 26º, sendo que para respostas mais sintomáticas, como *sempre*, *quase sempre* e *frequentemente*, não são atribuídos pontos, e para as alternativas *algumas vezes*, *raramente* e *nunca*, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respetivamente.

A cada questionário é atribuída uma pontuação final, sendo sugestivas de perturbações do comportamento alimentar pontuações igual ou superior a 20 – valor de corte (Monteiro, 2001-2002; Costa, 2008).

b) Teste de Imagem Corporal,

Este teste, conhecido por Escala de Silhuetas, foi proposto por Stunkard, Sorenson e Schlusinger em 1983 e avalia a insatisfação corporal. Contempla a avaliação da

³ Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54690/1/123211_0856TCD56.pdf

imagem corporal dos adolescentes obtida por observação de uma escala constituída por 9 figuras de indivíduos compreendidas entre a magreza e a obesidade. O adolescente ao responder às questões: “Qual a *figura que acha que tem?*” e “*Qual a figura que gostaria de ter?*” retrata a sua insatisfação corporal que é, assim, determinada pela diferença entre a imagem corporal que acha que tem e a imagem corporal que gostaria de ter. Ou seja, a insatisfação corporal é determinada pela discrepância entre o número da figura desejada e o número da figura que o/a jovem considera mais semelhante a si.

Para avaliação da insatisfação corporal subtrai-se a aparência atual da aparência ideal, podendo variar de -8 a 8. Se esta variação for igual a zero, o aluno é considerado como satisfeito com a sua aparência. Se o valor for negativo, existe uma insatisfação pela magreza, por outro lado, se for positivo, existe uma insatisfação pelo excesso de peso⁴.

Este teste foi reproduzido do estudo de Monteiro, Ana Isabel Jorge - Avaliação do Contexto Alimentar e Comportamental de um Grupo de Adolescentes Jogadores de Futebol (2001-2002)⁵. Foram feitas várias tentativas de se contactar autores de trabalhos de investigação que utilizam estes testes, sem sucesso, pelo que se adaptou o teste em termos visuais.

Embora o questionário deste estudo não pretenda fazer um diagnóstico da doença, de acordo com Sampaio et. al. (1999) o diagnóstico pode ser feito através de entrevista ou questionário, sendo que os estudos feitos com entrevista chegam geralmente a resultados idênticos aos dos auto-questionários. Para além disto, “*Por vezes os auto-questionários revelam números ligeiramente superiores, o que pode ser interpretado a favor deste último método, se o questionário for anónimo*” (Sampaio, et. al., 1999, p. 36).

1.2.2. Resultados dos questionários

Segundo Fortin (1999) o tratamento de dados varia de acordo com o tipo de estudo, a técnica de amostragem e os instrumentos de medida utilizados. Perante isto, e uma vez realizado um questionário com respostas fechadas, cabe-nos tratar os dados de forma quantitativa, que para Fortin (1999) este é um método sistemático de colheita de dados quantificáveis e oferece a possibilidade de generalizar os resultados.

⁴ Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54494/1/131282_0968TCD68.pdf

⁵ Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54809/1/67671_02-05T_TL_01_P.pdf

Uma vez recebidos os questionários devidamente preenchidos, estes foram alvo de uma primeira leitura, a fim de verificar a fiabilidade das respostas. Seguidamente precedeu-se ao tratamento e análise dos dados quer por via manual, quer por via informática.

Os dados foram tratados estatisticamente com o auxílio do software Excell, por ser um programa igualmente arrojado na construção de gráficos, com as mesmas ferramentas básicas que o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) dispõe, e que está tão em voga atualmente. No entanto, o programa Excell usufrui de algumas vantagens, que aos nossos olhos referem-se a ser mais acessível e mais prático de trabalhar.

A codificação dos resultados é apresentada através de gráficos e quadros, como meio facilitador ao acesso dos resultados obtidos.

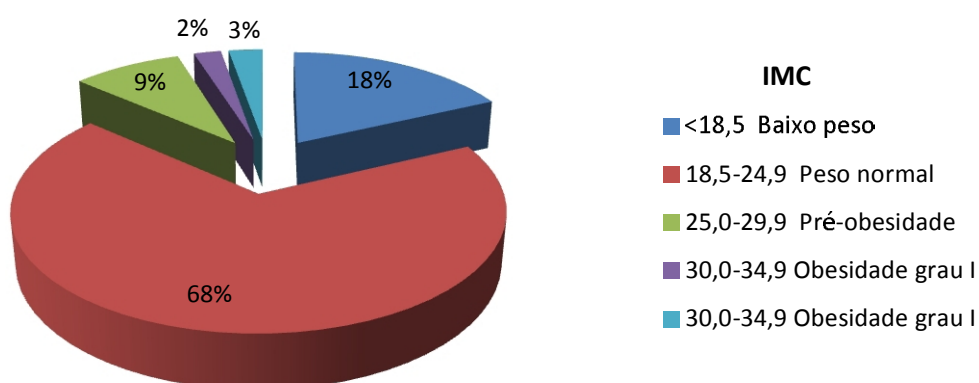


Gráfico 1 - Representação do IMC da amostra

Perante o gráfico exposto podemos verificar que de 181 alunos, a sua maioria, 70% (127), apresenta um IMC dentro dos parâmetros normais. Contudo, 18% (33) têm um IMC inferior a 18 valores e 9% (14) dos alunos situa-se na pré-obesidade.

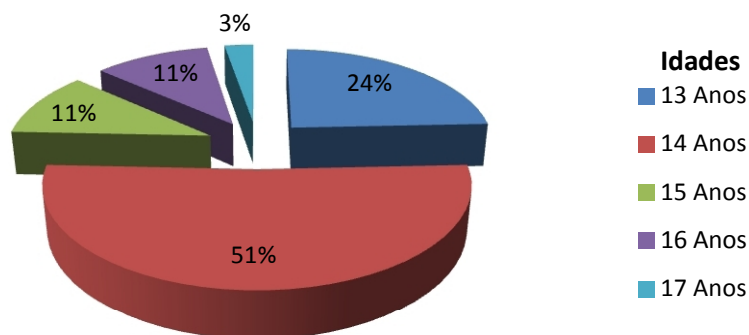


Gráfico 2 - Relação entre os alunos com IMC inferior a 18,5 e a idade

Este gráfico relaciona apenas os alunos com IMC <18,5 valores e as idades, para se perceberem em que idade é mais prevalente um IMC baixo. Assim, entre 33 alunos com IMC <18,5 valores, a maioria (19 alunos = 51%) tem 14 anos de idade.

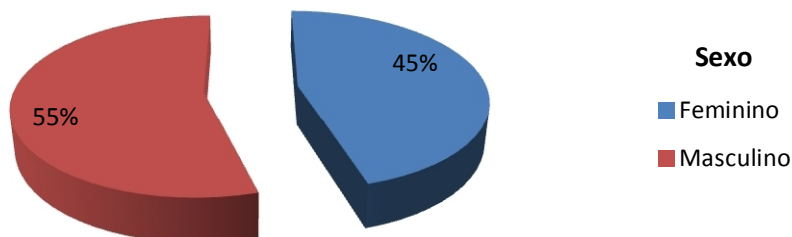


Gráfico 3 - Relação entre os alunos com IMC inferior a 18,5 e o sexo

Verifica-se que entre os alunos com IMC <18,5 valores, a maioria (55% = 18 alunos) é do sexo masculino com 55%.

De seguida pode-se visualizar um quadro onde consta o resultado do IMC e do teste EAT-26 de todos os alunos do 9º ano das duas escolas e dos dois tipos de ensino – regular e CEF.

	Escola 3º ciclo e secundária Romeu Correia		Escola 2º e 3º ciclo da Alebrança	TOTAL
	Ensino regular	Turmas CEF		
Nº alunos com IMC < 18,5 Baixo peso	16	2	15	33 (18,2%)
Nº alunos com IMC entre 18,5 – 24,9 Peso normal	73	24	30	127 (70%)
Nº alunos com IMC entre 25,0 – 29,9 Pré-obesidade	5	1	8	14 (7,8%)
Nº alunos com IMC entre 30,0 – 34,9 Obesidade grau I	1	1	2	4 (2,2%)
Nº alunos com IMC entre 35,0 – 39,9 Obesidade grau II	2	1	0	3 (1,6%)
Nº alunos com EAT-26 ≥ 20	6	5	2	13 (7,2%)
Nº alunos insatisfeitos com a sua imagem corporal:				
- querem emagrecer	32	6	25	63 (33,8%)
- querem engordar	21	10	12	43 (23,7%)
TOTAL ALUNOS	97	29	55	181 (100%)

Quadro 2 - Resultados do IMC e do Teste EAT-26 dos alunos do 9º ano de escolaridade de duas escolas do concelho de Almada

Em 181 alunos (100%), 13 alunos (7,2%) apresentam possíveis transtornos do comportamento alimentar. Este dado não tem correlação obrigatória com um possível IMC baixo, pois alguns alunos, apesar de terem apresentado o resultado do teste EAT-26 ≥ 20 , têm IMC normal ou, algumas vezes, alto. Desta forma, considerámos importante fazer uma avaliação rigorosa dos dois dados obtidos – IMC e score do EAT-26 – para se proceder, ou não, ao encaminhamento do aluno.

Podemos também verificar que dos 181 alunos, 106 (58,6%) estão insatisfeitos com a sua imagem corporal, dos quais 63 (33,8%) deseja ter uma figura mais magra e apenas 43 (23,7%) quer engordar.

Após a conclusão da análise destes dados, sinalizámos os jovens com score ≥ 20 do teste EAT-26 e/ou com IMC $< 18,5$ valores, sendo que o passo a seguir seria encaminhar estes jovens.

1.2.3. Encaminhamento dos alunos sinalizados

Depois de formar os alunos e os professores presentes, reavivar alguns conceitos, sensibilizar e divulgar a existência do gabinete de apoio ao aluno, da Enf.^a de saúde escolar e do papel da Diretora de turma nesta área (enquanto veículo de transmissão de informação para os pais e para a coordenadora do PES e desta para a Enfermeira), coube-nos identificar alunos com possíveis DCA e encaminhá-los.

Neste momento importava refletir na melhor forma de o fazer, respeitando os direitos dos alunos enquanto seres humanos.

Após a análise e discussão dos resultados com a Enf.^a de saúde escolar, dos 181 alunos foram identificados 22 com possíveis perturbações do comportamento alimentar e/ou com IMC alterados que nos suscitaram a necessidade de encaminhar. Destes 22 alunos, após uma análise detalhada dos seus registos no SAPE relativos às consultas de saúde infantil e após o estudo dos questionários aplicados, ficámos com 12 alunos com necessidade de averiguar quanto à vontade de sinalização à unidade de saúde. Isto porque não poderíamos encaminhar os alunos sem o seu consentimento e o dos encarregados de educação.

Entre os alunos do grupo inicial (22 alunos), existiam alguns com IMC baixo. Contudo, verificámos no SAPE que são alunos de compleição magra, que no ano anterior tinham tendencialmente um IMC baixo, mas sem com isto se verificar alterações significativas na ingestão alimentar. Porém, estes alunos ficaram sinalizados na escola, para que houvesse uma atenção redobrada sobre si, no que respeita à ingestão alimentar e maior diminuição de peso.

Por outro lado, assistimos a um *volte-face*. Isto porque dos 12 alunos apurados no final, não ficámos com nenhum que revelasse DCA no questionário EAT-26. Em termos estatísticos isto não pode contrariar os dados epidemiológicos de que dispomos, pois só foi estudado uma pequena margem de alunos de um agrupamento de escolas do concelho. Segundo a bibliografia em cada 100 jovens existe 1 com DCA, o que não aconteceu, mas nos próximos 100 já pode haver 2 jovens com DCA, mantendo-se assim a incidência.

Portanto, dentro dos alunos identificados com alterações nos questionários e após uma análise rigorosa dos dados disponíveis, ficámos com um grupo de jovens com obesidade. Este facto comprova o estado da saúde em Portugal no que à nutrição diz respeito, pois segundo Luis e Brito (2010), no seu texto de contribuição para a realização do atual PNS 2011-2016, referem que nos últimos anos verificou-se em Portugal uma subida na prevalência do excesso de peso, com aumento na infância. Torna-se, assim, prioritário continuar-se a abordar e a combater a questão da obesidade.

Enquanto profissionais de saúde, preocupados com este flagelo, e tendo o dever de agir no combate e na prevenção desta problemática, não poderíamos deixar passar esta situação. Neste sentido, coube-nos também encaminhar estes alunos obesos.

A forma de encaminhar estes alunos foi discutida entre os Enfermeiros de saúde escolar e a coordenadora do PES da escola afeta. Neste sentido, utilizou-se os parceiros escolares como a Coordenadora do PES, que para além de terem estado presentes nas SES, estavam a par do projeto, sendo a Coordenadora o elo de contacto entre a Enf.^a e a escola.

Assim, para averiguar a vontade do aluno ser sinalizado à unidade de saúde, no sentido de obter ajuda para o seu problema de saúde, a Professora Coordenadora do PES falou em particular com cada aluno dos 12 previamente identificados, de forma sigilosa, dada a sensibilidade do assunto. Foi-lhes entregue um pedido de autorização para os pais assinarem. Destes 12 alunos, 3 disseram que já eram seguidos, muito provavelmente no privado, pois esta informação não consta no SAPE. Os restantes alunos mostraram-se disponíveis para serem seguidos. Neste momento tínhamos 9 alunos para encaminhar.

Desde novembro até janeiro foram feitas várias marcações de consultas a estes 9 alunos, verificando-se, neste campo, algumas intercorrências e obstáculos a esta intervenção de enfermagem. Desta forma, nem sempre é fácil obter uma efetivação de consulta no médico de família. A título de exemplo, contactámos a Enf.^a de saúde infantil de uma USF que ficou ao corrente do caso do jovem e posteriormente agendou consulta para o mesmo. À primeira teve que ser remarcada porque o médico ausentou-se nesse dia, da segunda vez voltou-se a agendar porque o médico entrou de férias e à terceira vez foi o jovem que não pôde estar presente. Muitas vezes são estes fatores que levam a que haja uma desistência neste processo de tratamento e seguimento.

Até janeiro, confirmou-se que apenas 4 alunos tinham a sua consulta marcada na Unidade de Saúde. A Enfermeira de Saúde Escolar da UCC ficou de continuar o encaminhamento dos restantes jovens e averiguar, junto da Coordenadora do PES das escolas, o *feedback* dado pelos jovens no que às consultas diz respeito.

1.3. Intervenção nos profissionais de saúde

Esta intervenção veio no sentido de dar visibilidade ao projeto e de cumprir os objetivos propostos que deem resposta às necessidades encontradas. Fundamentalmente fomentar a formação de profissionais de saúde que possam vir a encaminhar os jovens, e também os docentes das escolas, ao longo deste segundo módulo. Desta forma:

- Criou-se um fluxograma de encaminhamento de crianças e jovens com DCA, no sentido de relembrar um circuito que já existe mas que estava esquecido perante os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros de saúde infantil e da saúde escolar. Para além disto, de acordo com o que nos foi manifestado pelo Dr. Coordenador da Pedopsiquiatria de Almada, existem encaminhamentos mal feitos, o que provoca, muitas vezes, um abandono pelo próprio jovem/família à terapia, ou ainda, incita a um atraso crucial no início da terapia. A necessidade de criação deste fluxograma adveio ainda do facto de se ter verificado que este não existia em papel.

Tal como se pode ver em Anexo IX e X, este fluxograma traduz o percurso que se faz desde que o jovem é identificado com DCA até ao momento em que poderá ficar internado. Ele foi desenvolvido com base na fusão de informações dadas pelo médico psiquiatra referido anteriormente, pela Enf.^a Chefe do Serviço de psiquiatria do HGO e pelas enfermeiras de Saúde escolar da UCC, tendo sido corrigido e publicado no folheto, que se pode ver em Anexo IX. Foi também distribuído a todas as unidades do ACES de Almada.

Em meio escolar, existem os gabinetes de apoio ao aluno (GAA), regulamentados pela Lei n.º 120/99 de Educação Sexual, que em algumas escolas contemplam psicólogos e nutricionistas. Em primeira instância, os alunos com perturbações do comportamento alimentar podem-se dirigir aos mesmos, e lá procurar a primeira ajuda. Podem também ser sinalizados por colegas, profissionais da escola, ou mesmo estes serem alertados pelos próprios pais. Posteriormente estes profissionais devem encaminhar estas situações para a Enfermeira de saúde escolar que fará o encaminhamento ou para o médico de família, ou para as entidades de saúde habilitadas

a responder a estes distúrbios. Em grande parte das vezes, é o Clínico Geral o primeiro a ser abordado e dele depende a boa orientação para o caso.

- Criou-se um folheto sobre os DCA, para ser entregue a todas as unidades de saúde e escolas do concelho (Anexo IX), onde se encontra os sinais mais evidentes e situações de alarme nos DCA, assim como contempla alguns contactos importantes. Este folheto funciona assim como vínculo de informação e intervenção.

- Realizou-se uma ação de formação para todos os profissionais de saúde do ACES de Almada, a 22.11.2011 (ver Anexo X). Para este efeito, realizou-se o pedido de autorização à Direção do ACES e anunciou-se a ação em todas as unidades. A sessão teve a duração de cerca de duas horas e meia e contou com uma assistência de 16 Enfermeiros. Trouxe benefícios para todos, pois verificou-se um intercâmbio de ideias e conhecimentos. O objetivo foi apresentar o projeto de estágio e falar sobre o flagelo dos DCA, no sentido de sensibilizar mais para esta área e reavivar alguns aspetos importantes, ainda mais para os enfermeiros que fazem consulta infantil-juvenil. Foi salientada a importância que se deve dar nestas consultas ao IMC e às alterações no comportamento alimentar, muitas vezes manifestadas pelos pais. Alertou-se que esperar para a próxima consulta para ver se houve alterações do IMC, muitas vezes, pode ser tarde demais. Nós, enfermeiros, somos responsáveis por identificar estas alterações e encaminhar ou sinalizar ao médico de família /assistente.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO III – *No refeitório com o Chef*

O módulo III serviu para cimentar e aprofundar as intervenções no âmbito deste projeto. Deu-se continuidade aos encaminhamentos dos alunos anteriormente identificados e procedeu-se à introdução de todos os dados recolhidos e da intervenção feita nas escolas, nomeadamente a sinalização e encaminhamento dos alunos, no sistema SAPE.

É no momento em que se reflete e se define as estratégias a utilizar, e no momento em que se executam as intervenções, que há, inevitavelmente, uma revisão dos objetivos. Assim, após as SES e a aplicação dos questionários, verificou-se que os alunos referiram muitas vezes que a salada do refeitório da escola tinha muito sal e que eles optavam por comer, muitas vezes, nas imediações das escolas, comida rápida e mais cara, o que torna as suas refeições muito pouco saudáveis. Neste sentido, emergiu a necessidade de realizar algo que aumentasse o gosto dos alunos por comerem no refeitório, estabelecendo-se desta forma um novo **objetivo geral** para este módulo:

✓ Apoiar a promoção de hábitos alimentares saudáveis no refeitório, junto dos alunos, tendo em conta o equilíbrio nutricional.

Como **objetivos específicos**, definiu-se:

✓ Salientar a importância da alimentação saudável para a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens;

✓ Promover um conjunto de comportamentos nos jovens que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis, através da observação de receitas saudáveis e confeção saudável;

✓ Incentivar os alunos a comerem no refeitório da escola, optando por refeições mais económicas e saudáveis.

Para o efeito e após uma profunda reflexão nas intervenções, pensou realizar-se uma atividade no refeitório da escola, pois o terreno da ação deveria ser aquele que os jovens evitam. Como estratégia considerou convidar-se um Chef de cozinha mediaticamente conhecido na comunidade de Almada, de forma a atrair os jovens ao refeitório da escola no dia da atividade. Esta atividade, ao ser original nesta comunidade escolar, seria uma forma de captar e atrair os jovens, o que abona a favor da mesma pois

sabe-se que a transmissão de uma informação é tanto mais facilmente retida quanto maior for a originalidade na sua execução.

Assim, foi feito o pedido formal, via correio eletrónico, para o Chef de cozinha Hernâni Ermida no sentido deste apadrinhar a atividade. Posteriormente, como em qualquer conceção de um projeto, houve necessidade de desenvolver um plano de ação, que foi enviado para o Chef de cozinha e para a escola, com conhecimento da orientadora de estágio – ver Anexo XI.

Esta iniciativa foi explorada e debatida ao longo dos últimos meses de estágio nas reuniões do PES da Escola 3º Ciclo + Secundária Romeu Correia, que aceitou o seu desenvolvimento com agrado.

Esta atividade acabou por ser também uma forma de agradecimento da nossa parte ao corpo docente e aos alunos que participaram no estudo.

Para um melhor desempenho da atividade impôs-se refletir no ornamento do refeitório, no material audiovisual e nos parceiros a envolver.

Desta forma, envolveram-se vários parceiros da comunidade, nomeadamente a Câmara Municipal de Almada (CMA), com a qual foram realizadas várias reuniões para partilha de informações, e que se disponibilizou a publicar no site “Almada Cidade Educadora” um artigo que anunciasse a atividade⁶, que se pode ler a seguir:

No dia 26 de janeiro, entre as 9h e as 14h, o refeitório da Escola Secundária Romeu Correia no Feijó recebe a atividade “ No refeitório com o Chefe”, uma iniciativa de Cátia Oliveira, estudante do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Católica, que visa promover junto dos jovens a prática de hábitos alimentares saudáveis através da confeção de receitas nutritivas e equilibradas.

Nesta iniciativa, onde se pretende que os alunos optem por fazer as suas refeições no refeitório da escola, Cátia Oliveira conta com a participação do Chefe Hernâni que será o responsável pela preparação de um menu completo, com sopa, prato principal e sobremesa.

Numa primeira fase, a realizar na parte da manhã, o Chefe Hernâni irá reunir-se com as cozinheiras, apresentando as receitas e as instruções necessárias à preparação do menu.

Mais tarde será feita uma demonstração aos alunos, em contexto real, como foram realizados os pratos e também algumas noções sobre alimentação saudável.

⁶ http://www.m-almada.pt/portal/page/portal/EDUCADORA/DESTAQUES/DESTAQUES_DET/?educ_destaque_detail=67527562&cboui=67527562

(Continuação)

Esta iniciativa contou com o apoio de várias entidades como o Agrupamento de Escolas Romeu Correia, o Agrupamento de Centros de Saúde de Almada – Unidade de Cuidados na Comunidade “Outra Margem”, LIDL e Câmara Municipal de Almada.

Conseguiu-se a colaboração de uma gráfica que ofereceu uma tela de 5 metros x 1 metro com o título da atividade (ver Anexo XII), a qual foi exposta à entrada da escola para anunciar a atividade.

A USP facultou dois profissionais que filmaram e fotografaram a atividade para efeito de fotoreportagem – ver Anexo XII.

Também solicitámos o apoio da cadeia de supermercados Lidl, por sabermos que o Chef Hernâni trabalha em parceria com a mesma. Inicialmente esta rede de supermercados tinha-se oferecido para fazer a aquisição dos ingredientes necessários à confeção do menu do dia da atividade. Contudo, e mesmo após várias tentativas de contacto, bem como diversos pedidos ao departamento de marketing do Lidl, cerca de uma semana antes do dia da atividade, ficámos a saber que a oferta não se concretizaria.

A logística desta atividade foi, desta forma, uma tarefa difícil, pois neste caso fomos enviando inúmeras mensagens via correio eletrónico bem como estabelecendo contactos entre a CMA, o Chef Hernâni e o Lidl no sentido de articular e organizar de forma eficiente o dia do evento. O Chef dependia do Lidl para saber quais os ingredientes que seriam fornecidos e a cozinha da escola (sendo uma empresa privada, precisava de saber com bastante antecedência os ingredientes a comprar) dependia de nós para uma resposta sobre qual seria o menu, e nós, por outro lado, dependíamos das respostas do Chef e do Lidl para o podermos definir.

O Lidl, apesar de não ter fornecido ingredientes, ofereceu 400 livros intitulados “O meu primeiro livro de receitas” que foram oferecidos a todos os alunos presentes na atividade mediante uma entrega solene pelo próprio Chef. A utilidade deste livro traduz-se no facto de abordar a importância de uma alimentação saudável, através de receitas que os próprios alunos podem confeccionar, e também porque os alunos puderam acompanhar através do livro o prato que estava a ser confeccionado no refeitório.

Para efeitos de notoriedade do Chef e também com o objetivo de lhe agradecer a presença na atividade, redigimos um artigo sobre o evento, que foi publicado no Boletim de Almada pelo Departamento de Educação e Juventude da CMA. Este artigo

teve também o grande objetivo de dar visibilidade à UCC e ao seu Programa de Saúde Escolar. O conteúdo do artigo foi posteriormente ajustado pela própria redação do Boletim, pelo que no momento da edição vimos que a notícia publicada tinha sido alterada, pelo que lamentamos o facto de o artigo não fazer justiça à importância da atividade e ao significado da mesma na comunidade escolar de Almada. Lamentamos inclusive o facto de não fazer menção à UCC ou à Universidade Católica Portuguesa, entidades sem as quais nada se teria concretizado.

Fica também lançado o repto para se refletir na parceria entre as Câmaras e as Unidades de Saúde Públicas, ou mesmo pensar na visibilidade da Saúde Escolar perante as Câmaras Concelhias. Pois esta atividade, feita na comunidade de Almada, no âmbito da promoção de saúde, tem o seu interesse e vale o que vale. O número de senhas vendidas no dia da atividade fala por si, sendo que a média de senhas vendidas diariamente é de cerca de 150 e no dia 26 de janeiro foram vendidas cerca de 180 senhas. Até porque segundo a Coordenadora do Departamento de Educação e Juventude de Almada, um dos seus objetivos é aumentar o número de senhas de refeições vendidas nas escolas.



Ilustração 1 - Notícia da atividade "No refeitório com o Chef" - retirada do Boletim de Almada, edição n.º 180, Março de 2012

Esta atividade, ao instruir os jovens, permitiu que eles próprios sejam educadores ativos da sua, e da dos outros, alimentação saudável, tendo como suporte o provérbio “o importante não é dar o peixe, mas ensinar a pescar”, o que vai ao encontro de um dos critérios da RNEPS (ver página 85 do Anexo I).

Pois se é verdade que os jovens cada vez mais são conhecedores do que é uma alimentação saudável, também é verdade que o problema se encontra na apropriação destes saberes e passá-los para a prática, no sentido de serem eles próprios educadores ativos da sua alimentação saudável e da dos outros.

Neste sentido, esta atividade, contando com o apoio das entidades já mencionadas, e com o apoio da escola (direção e professores do Projeto Educar para a Saúde), em parceria com a UCC de Almada, empenhada na promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças e jovens do concelho, interveio e colaborou neste projeto, promovendo uma manhã de educação para a saúde. Nesta iniciativa estiveram presentes cerca de 180 pessoas, na sua maioria alunos, entre eles professores, cozinheiras, enfermeiros e outros elementos dinamizadores da atividade.

A atividade convergiu na confeção de um menu saudável, económico e fácil de elaborar, de forma a que os jovens o repliquem em casa e na sua vida futura, desmistificando a dificuldade de confecionar pratos saudáveis, alertando para uma alimentação saudável, bem como para a importância de se almoçar no refeitório da escola.

Pois a alimentação assume um papel preponderante no desenvolvimento das crianças e jovens, para além de prevenir o surgimento de diversas patologias de foro alimentar. Neste sentido a sua abordagem é de extrema importância, até porque a infância e a adolescência são faixas etárias mais sensíveis a carências ou à desadequação alimentar, o que motiva a que este tema seja uma das áreas prioritárias do PNSE.

Através da espontaneidade, boa disposição e conhecimentos do Chef Hernâni Ermida, conseguiu-se sensibilizar os jovens e cativá-los para a adoção sistemática de bons hábitos alimentares. A atividade tornou-se num momento de partilha e aprendizagem e contribuiu também para desenvolver nos jovens o conhecimento para tomarem decisões responsáveis no que diz respeito à sua própria saúde, à saúde das suas famílias quando se tornarem adultos, e à saúde das suas comunidades.

Esta atividade deixou lastro na escola, pois a mesma ficou com o contacto do Chef de cozinha e dos parceiros envolvidos, tendo solicitado a continuidade da presença do Chef em dias temáticos direcionados à promoção de uma alimentação saudável.

Neste último módulo de estágio, para além da preparação e execução desta atividade, mantivemos a colaboração nas atividades de enfermagem no Programa de Saúde Escolar, nomeadamente: no levantamento do parque escolar (pois nesta altura estávamos no início de um novo ano letivo); na pesquisa do exame global de saúde dos alunos nas escolas (verificação da existência de fichas de ligação dos médicos privados) e na participação nas reuniões dos Embaixadores de Saúde, nas quais abordámos os DCA.

Esta intervenção, enquanto aluna e Enfermeira, permitiu a aquisição de mais conhecimentos na área da saúde escolar e o desenvolvimento de outras competências anteriormente adquiridas. A atividade “No refeitório com o Chef” alargou a minha capacidade de gestão e planeamento, tão importantes em Enfermagem e que traduzem uma das competências de Enfermeiro Especialista.

AVALIAÇÃO

Um projeto implica a criação de métodos de avaliação que o monitorizem ao longo do seu percurso. Esta avaliação é feita com base nos objetivos de estudo delineados e revelada através dos indicadores de avaliação e metas. Assim, é através dos indicadores que se mede os avanços alcançados.

Neste projeto, à semelhança da didactologia de Imperatori e Geraldès (1993), decidiu-se dividir os indicadores em indicadores de impacto ou resultado, e de execução ou atividade.

Indicadores de execução (ou atividade):

Indicador	Meta	Resultados
Nº de reuniões de saúde escolar realizadas / Nº de reuniões de saúde escolar programadas x 100	- Realização de 1 reunião mensal com a equipa do PES, na escola – 100%	100%
N.º total de pedidos de autorização realizados à aplicação do estudo / N.º total de pedidos de autorização programados x 100	- Pedido de autorização à aplicação do estudo na escola; - Pedido de autorização para a utilização do questionário. = 100%	100%
Nº total de SES realizadas às turmas do 9º ano de escolaridade das escolas XX / Nº total de SES programadas às turmas do 9º ano x 100	- Realização de 9 SES às 10 turmas previamente definidas, do 9º ano de escolaridade – 100%	100%
Nº total de dados de IMC calculados / Nº total de alunos presentes nas SES x 100	- Apurar 181 valores de IMC. – 100%	100%
Nº questionários respondidos / Nº total de questionários aplicados x 100	90%	Dado que eram 186 alunos: (181/186 = 0,97) = 97%
Nº total de alunos encaminhados ou referenciados / Nº total de alunos	50%	Dado que foram sinalizados 12 alunos e até

identificados com necessidades de encaminhamento x 100		ao final do estágio apenas 4 tinham consultas marcadas: $(4/12=33,3) = 33,3\%$
Nº ações de sensibilização aos profissionais de saúde realizadas / Nº de ações de sensibilização programadas x 100	100 %	Uma vez que só se programou 1 SES aos profissionais de saúde = 100%
Nº de alunos presentes na atividade “No refeitório com o Chef” / Nº total de alunos do 9º ano da escola 3º ciclo + secundária Romeu Correia x 100	90%	Estiveram presentes todos os alunos do 9º ano, no dia da atividade = 100%
Nº médio de senhas vendidas diariamente / Nº senhas vendidas no refeitório no dia da atividade “No refeitório com o Chef” x 100	80%	Tendo em conta que a média de venda diária é de 150 senhas: $(150/180 = 0,83) = 83\%$

Tabela 1 - Indicadores de execução na avaliação do projeto

Como indicadores de impacto (ou resultado) podemos definir alguns:

- Aumento do nº de senhas vendidas no refeitório da escola nos meses seguintes;
- Percentagem de alunos do 10º ano (envolvidos neste projeto durante o ano letivo de 2011-2012) que apresentaram diminuição do percentil de IMC e que no início do projeto tinham percentil (igual ou superior) a 25.
- Percentagem de alunos do 10º ano (envolvidos neste projeto enquanto estavam no 9º ano) que estavam a ser seguidos em consulta e que apresentaram aumento de peso, por terem inicialmente um IMC baixo.

Estes indicadores são semelhantes a uma avaliação a longo prazo. Ou seja, a última meta da educação para a saúde é ajudar o utente a fazer mudanças duradouras de comportamento, que irão melhorar o seu estado global de saúde.

A investigação longitudinal aqui abordada teria interesse, embora se saiba que este tipo de investigação possa ter o problema do desgaste, ou seja, muitos sujeitos, que inicialmente participaram no estudo, poderiam desistir, ou porque mudam de escola e as suas circunstâncias mudam, ou porque se recusam a continuar participar.

CRONOGRAMA

O cronograma identifica as etapas do projeto.

➤ MÓDULO I

	Meses	2011			
		ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Elaboração do Plano	<u>Diagnóstico da situação /</u> <u>Identificação das necessidades:</u>	/	/		
	- Integração na UCC; - Pesquisa bibliográfica; - Análise da realidade / enquadramento escolar; - Auscultação de peritos;				
	- Colaboração e participação nas atividades do Programa de Saúde Escolar da UCC;		/	/	/
	- Realização de contactos telefónicos / reuniões / pedidos de autorização ao desenvolvimento do projeto;			/	/
	- Avaliação e recolha dos IMC dos alunos;			/	
	- Análise e interpretação dos dados recolhidos.				/
	<u>Definição de prioridades</u>			/	/
	- Auscultação de peritos na área			/	/
	<u>Fixação de objetivos</u>			/	/
	<u>Seleção de estratégias</u>			/	/
<u>Preparação da execução</u>			/	/	

➤ **MÓDULO II E III**

		Meses				2011	2012
		SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	
Execução do Plano	<u>Execução:</u> - Reuniões com os parceiros para programação do projeto;						
	- Realização de SES sobre “Alimentação Saudável e os DCA”;						
	- Aplicação dos questionários EAT-26;						
	- Nova avaliação e monitorização do peso, altura e IMC dos alunos;						
	- Análise e interpretação dos dados obtidos						
	- Encaminhamento dos alunos identificados com prevalência de sinais de DCA para médico de família /Enfermeira de saúde infantil.						
	- Informatização dos dados obtidos no sistema SAPE.						
	- Criação de um fluxograma de encaminhamento;						
	- Criação de um folheto informativo;						
	- Realização de uma ação de formação a todos os profissionais de saúde do ACES de Almada – apresentação do projeto;						
- Realização da atividade “No refeitório com o Chef”.							
<u>Avaliação</u> - Determinação dos indicadores / avaliação de impacto e de execução.							

REFLEXÃO FINAL

A construção deste relatório permitiu estruturar o percurso a realizar nos estágios e delinear os objetivos dos mesmos, sendo também um objeto de formação. Contudo, este processo estaria cheio de armadilhas cognitivas, que poderiam dar origem a um mau planeamento, se não tivesse realizado um portfólio de estágio. Este portfólio contempla o registo de todas as atividades desenvolvidas, com a apreciação crítica das mesmas, as reflexões e anotações pessoais, tendo sido, desta forma, de extrema importância para a fundamentação da consecução das competências de Enfermeiro Especialista, permitindo-me, simultaneamente estruturar e organizar as intervenções. Também as reuniões periódicas de avaliação intercalar, com a Enfermeira orientadora e a Tutora de estágio, tiveram a sua máxima importância para o desenvolvimento deste projeto, pois são espaços de reflexão e debate sobre o mesmo.

Bonvalot e Courtois (1984) dizem que um projeto é não só um processo evolutivo que o aluno vai construindo, mas também algo de muito pessoal que reflete a personalidade do seu construtor. Já Josso (2002) refere que um projeto é simultaneamente uma procura e uma obra no sentido de construção: uma procura pois implica uma abertura da pessoa consigo mesma e para com o ambiente que a cerca; e é uma obra porque, na elaboração, se deu a criação de ideias, textos, comportamentos e atividades.

Desta forma, este trabalho conduziu à produção de conhecimentos e à alteração de formas de estar relativamente aos problemas da vida real, no que diz respeito à comunidade onde nos inserimos. Para além disto, o projeto ao ser alvo de modificações à medida do desenrolar dos acontecimentos (pois define-se como uma planificação flexível passível de ser alterada segundo as suas necessidades) requer que um Enfermeiro Especialista deva saber adaptar-se ao imprevisto. Esta situação de imprevisibilidade tornou-se evidente na prática quando, por exemplo, tivemos de arranjar estratégias para aplicar os questionários.

Como Enfermeira e familiarizada com casos próximos com distúrbios do comportamento alimentar, o tema abordado neste projeto é-me particularmente motivador e contribuiu, seguramente, para um melhor desempenho profissional na área comunitária/saúde escolar.

Ao termos correspondido às necessidades sentidas, em termos de intervenção na comunidade de Almada, promoveu-se uma melhor aceitação, implementação, e mesmo

a continuação do projeto após o *terminus* do estágio, o que representará uma mais-valia para a população, com ganhos efetivos em saúde, bem como ganhos para a instituição que o recebe, de forma a contribuir para a consecução dos seus próprios objetivos.

Neste campo, acrescentamos que este projeto deixou lastro, pois tivemos conhecimento que o próprio questionário EAT-26 mantém-se a ser utilizado nas unidades de saúde pelas Enfermeiras de saúde infantil e juvenil.

Este projeto terá também uma elevada pertinência se lhe for dada continuidade, nomeadamente na re-avaliação dos dados antropométricos (IMC) dos mesmos alunos estudados, de forma a se verificar perturbadas oscilações no peso. Também se poderá alargar este estudo para mais escolas do concelho de Almada, de forma a ter dados estatísticos de todo o parque escolar, e posteriormente aprofundar os motivos que levam os jovens a ter aqueles valores de IMC.

Do conjunto de dados recolhidos, pode-se concluir que em 181 alunos (do 9º das escolas mencionadas) existiram 33 com IMC baixo $< 18,5$, o que nem sempre traduz um indício de DCA, porém, neste projeto, foi motivo para se aplicar o questionário e daqui inferir a predisposição do(a) aluno(a) a vir a ter algum DCA.

Verificámos, com base no exposto no enquadramento teórico presente em anexo IV, que a prevalência e a incidência de DCA está a aumentar na nossa sociedade, embora que alguns investigadores ponham em causa esta constatação, uma vez que consideram que o facto de atualmente os meios médicos e os media estarem mais atentos, pode sobrevalorizar os achados epidemiológicos (Sampaio, et. al. 1999).

Verificámos a importância que as EPS têm, sendo um forte contributo para ajudar a resolver vários problemas de saúde com que os jovens se confrontam no presente e quando forem adultos. Contudo, pensamos ser necessário a contínua monitorização e avaliação do desempenho destas escolas para se tentar, com base nos dados recolhidos, melhorar a sua eficácia. Por último gostaríamos de salientar que mais investigações devem ser feitas para estudar os fatores facilitadores e limitadores do sucesso de EPS para se melhorar a eficácia da instituição escola na promoção da saúde. Num trabalho realizado por Carvalho (2001) são identificados alguns fatores limitantes ao sucesso das EPS que merecem ser analisados para as escolas portuguesas e que são, entre outros: a fraca participação do sector da saúde; a ausência de cursos de formação para professores na área da saúde; a falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de Educação para a Saúde.

Em síntese, este projeto permitiu identificar e encaminhar casos onde o problema da anorexia e bulimia podia estar presente e fomentar o desenvolvimento de atividades junto da comunidade escolar, dando-lhe um papel proactivo, rentabilizando recursos e reforçando a rede de parceria para o encaminhamento destas situações.

Com base no exposto nos últimos parágrafos, torna-se evidente a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, por parte da autora, que para além de ter procedido à elaboração de um diagnóstico de situação, foram estabelecidas as prioridades de saúde da comunidade em estudo e constituído um projeto de intervenção com estratégias eficazes e avaliação competente. Ainda, ao promover a capacitação e *empowerment* desta comunidade escolar, no que ao tema da alimentação saudável diz respeito, contribuiu-se para o processo de capacitação deste grupo.

Assim, a componente prática do Curso constituiu um espaço privilegiado propiciador de aquisição e construção de um conjunto de competências, tendo havido, ao longo dos seis meses de estágio uma apropriação de saberes. Portanto, mobilizou-se e integraram-se diferentes saberes e competências de forma a permitir fazer a transição de enfermeiro para enfermeiro especialista.

No que concerne às dificuldades encontradas na realização deste projeto, mencionamos algumas, que também condicionaram, por vezes, a prossecução dos objetivos. Muitos destes fatores são externos ao projeto e inerentes às entidades envolvidas. Contudo, tentámos fazer adaptações sem desvirtuar o objetivo principal do projeto. Como exemplos de dificuldades sentidas, tem-se:

- No primeiro módulo de estágio já deveríamos, supostamente, ter realizado os inquéritos e o tratamento de dados. Contudo, a resposta aos pedidos de autorização à realização do estudo e à utilização dos questionários demoraram;

- O facto de o estágio ter início no final de um ano letivo acaba por dificultar e atrasar a consecução de um diagnóstico de situação, ainda mais se o alvo for os alunos, pois o 1º módulo de estágio concorre com o fim do ano letivo (entre os meses de Maio e Julho). Também é neste momento que os alunos estão em exames finais de período letivo, pelo que não têm tanta disponibilidade para participar e colaborar num estudo.

Com a adequada metodologia empregue neste projeto e com o apoio e motivação dos profissionais envolvidos, onde se incluem os professores do PES, estes fatores condicionantes, ou obstáculos, foram todos ultrapassados da melhor forma.

No futuro, seria interessante refletir sobre a possibilidade de se começar a acompanhar crianças e jovens com DCA no Centro de Desenvolvimento da Criança – Unidade de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta - muito embora estejamos em situação de contenção económica também no âmbito da saúde. Isto porque na margem sul o único acompanhamento destas crianças e jovens com DCA é realizado em ambulatório nas Unidades de Saúde e só em casos excepcionais graves é que são seguidos em pedopsiquiatria. O internamento quando necessário verifica-se apenas em Lisboa, sendo o Hospital D.^a Estefânia o hospital de referência de internamento até aos 17 anos e 365 dias.

Assim, seria interessante, ainda que não se contemplasse o internamento, pelo menos criar uma valência de acompanhamento em ambulatório, deste lado da margem sul, com Enfermeiros peritos na área.

Em função dos resultados obtidos, e tendo em vista a sua aplicação na área da prevenção, deixam-se aqui algumas sugestões:

- Continuar a desenvolver estudos neste âmbito, de forma a obter um conhecimento mais amplo dos fatores predisponentes a estas patologias;
- Realizar campanhas de sensibilização direcionadas aos alunos do 3º ciclo, secundário e ensino universitário, no sentido de combater, precocemente, o desenvolvimento de DCA;

No fundo, concluo que durante estes cinco anos de exercício profissional tenho recorrido às fontes tradicionais para me ajudarem a pensar e ser Enfermeira: manuais e revistas científicas / de Enfermagem; orientadores e colegas com uma experiência profissional mais profunda ou mais diversificada; estudantes que levantam questões desafiantes. Porém, depois de fazer este Curso, compreendi que posso ter outro parceiro vital para ajudar a melhorar a minha maneira de pensar e proteger-me de uma série de armadilhas cognitivas que poderão dar origem a uma má orientação dos cuidados de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Maria Isabel – **Educação para a Saúde – guia para professores e educadores** – 1ª Edição. Lisboa: Texto Editores, 1995. ISBN: 972-47-0570-6
- AVANZINI, Guy - **O Insucesso Escolar** - Lisboa: Editorial Pórtico, 1994.
- BAPTISTA, M. I. M. - **Educação Alimentar em meio Escolar, Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável**; Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006. [Consult. 10 janeiro 2012] Disponível em: <http://sitio.dgidec.min-edu.pt>
- BONVALOT, Guy e COURTOIS, Bernadette - **L 'a utobiographie-proiect**, In *Éducation Permanente*, n.º 72 /73, março 1984
- CÂMARA MUNICIPAL DE ALMADA - **Boletim de Almada - edição n.º 180**, Março de 2012 p. 16. ISSN 1645-9903
- CARMO, Isabel do – **A Vida Por Um Fio** – Lisboa: Relógio D`Água Editores, 1994. ISBN: 972-708-237-8 Colaboradores: TELES, Alberto Galvão; SAMPAIO, Daniel; REIS, Dinis; FLORES, Teresa.
- CAVALCANTI, A. C.; MELO, A. M. C. de A. - **Mídia, comportamento alimentar e obesidade na infância e na adolescência**. In *Revista Brasileira Nutrição Clínica*, 23 (3), pp. 199-203; 2007
- CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Servir a comunidade a garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados** – Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009
- CORTESÃO, L. - **Projecto interface de expectativa e de intervenção**. In E. Leite, M. Malpique & M. R. dos Santos. (Eds.), *Trabalho de Projecto. 2. Leituras comentadas*. pp. 81-90. Lisboa: Ed. Afrontamento, 1990
- COSTA, Rita Barbosa Martins – **Avaliação das Atitudes e Comportamentos Alimentares de Crianças e Adolescentes Saudáveis do 1º e 2º Ciclo de Escolaridade e Seus Progenitores**. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 2008. [Consult. 17 novembro 2011] Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54690/1/123211_0856TCD56.pdf

- FIGUEIRA, Maria Luísa; SAMPAIO, Daniel; FERNANDES, João Cabral - **DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN: 972-796-020-2
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho – **A inserção do enfermeiro na saúde escolar**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991. Coleção Campi, volume 3. ISBN: 85-314-0042-2
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação: da concepção à realização** – Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** (3ª Edição) – São Paulo: Atlas, 1989
- GOMES, José Precioso – **As Escolas Promotoras de Saúde, uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar** – *in* Revista Educação, Porto Alegre, vol. N.º 32, n.º1, pp. 84-91- Abril, 2009 - [Consult. 8 Setembro 2011] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10193/1/Revista%2520Educa%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520Brasil.pdf>
- HANSON, Shirley May Harmon – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família** – 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2005 ISBN: 972-8383-83-5
- HILL, Manuela Magalhães e HILL, Andrew – **Investigação por Questionário** (2ª Edição) – Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2005 ISBN: 972-618-273-5
- IGOE, Judith e SPEER, Sudie – **O Enfermeiro Comunitário nas Escolas**. *In* STANHOPE e LENCASTER – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência, 1999. 4.ª Edição, pp. 963-993. ISBN: 972-8383-05-3
- IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 3ª edição.
- JOSSO, Marie-Christine - **Experiências de vida e formação**. Lisboa: Educa, 2002. ISBN: 972-8036-38-8
- KEROUAC, Susanne [et. al.] – **Le Pensée Infirmière**. Quebec: Études Vivantes, 1994

- LANCASTER, Jeanette; LOWRY, Lois; MARTIN, Karen – **Estruturas Conceptuais Aplicadas à Enfermagem Comunitária**. In STANHOPE e LANCASTER – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência, 1999. 4.ª Edição, pp. 194-222. ISBN: 972-8383-05-3
- LOPES, Cátia - **Perceção da imagem corporal em crianças e adolescentes** – Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2009. [Consult. 8 setembro 2011] Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54494/1/131282_0968TCD68.pdf
- LUÍS, Miguel Silva e BRITO De SÁ, Armando – **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016** – Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, 2010.
- MANDIM, José F. Oliveira - **As dinâmicas para a Promoção da Saúde numa Escola do Ensino Básico do Porto: um estudo de caso** - Porto: Universidade Aberta, 2007. [Consult. 2 maio 2011] Disponível em: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/LC324.pdf>
- MONTEIRO, Ana Isabel Jorge – **Avaliação do Contexto Alimentar e Comportamental de um Grupo de Adolescentes Jogadores de Futebol**. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2001-2002. [Consult. 8 setembro 2011] Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54809/1/67671_02-05T_TL_01_P.pdf
- NOGUEIRA, Fernando e MADALENO, Maria - **Papel do Enfermeiro na Unidade de Saúde Pública** – GrASP (Grupo de Apoio de Saúde Pública) – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, 2009
- PRECIOSO, J. e SILVA, S. – **As escolas promotoras de saúde na educação alimentar: um estudo efectuado em alunos do 2º ciclo**. In revista Alimentação Humana, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Vol. 10, nº2, 2004.
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação em Ciências Sociais** (4ª Edição) – Lisboa: Edições Grávida, 2005 ISBN: 972-662-275-1
- RIBEIRO, José Luis Pais – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 2ª Edição. Porto: Legis Editora/Livpsic. 2008. ISBN: 978-989-8148-16-2
- RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, lda (sem data)

- SAMPAIO, Daniel; BOUÇA, Dulce; CARMO, Isabel; JORGE, Zulmira – **Doenças do Comportamento Alimentar** – Laboratórios Bial. Lisboa: Edições ASA, SA. 1999
- TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde** – Cadernos de Formação n.º2, Lisboa: Ministério da Saúde. 1990
- WONG, Donna L. – **Whaley e Wong Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva** – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 5ª Edição. ISBN: 85-277-0506-0

OUTROS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- ACES de Almada – **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2010** – Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal I – Almada, 2010
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada – A Outra Margem - **Plano de Ação, 2010** - ACES de Almada, 2010
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada – A Outra Margem - **Plano de Atividades 2011** - ACES de Almada, 2011
- ACES DE ALMADA - Unidade de Apoio à Gestão – Gabinete de Gestão da Informação - **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde** - ARSLVT, 2009
- ACES DE ALMADA - Unidade de Apoio à Gestão – Gabinete de Gestão da Informação - **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde** - ARSLVT, 2010
- DIÁRIO DA REPÚBLICA I Série – **Decreto-Lei 74/2006** de 25 de março – Graus Académicos e Diplomas de Ensino Superior
- DIÁRIO DA REPÚBLICA II Série - **Despacho nº 10143/2009** – Regulamento da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Escolar** – Lisboa, 2007. [Consult. 19 maio 2011] Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Geneve, 2008

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa nacional de saúde escolar.** Despacho nº 12.045/2006. Diário da República – II Série
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direção-Geral de Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar.** Lisboa: Ministério da Saúde, DGS. 2005. [Consult. 19 maio 2011]. Disponível em: http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/saude_escolar/programa_nacional_saude_escolar_2005.pdf
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Saúde: um compromisso. A estratégia de Saúde para o virar do século** (1998-2002). Lisboa: MS 1999
- **MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Documento de suporte à implementação da UCC – Lisboa, 2009.**
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.**
- **UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde – Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Regulamento Geral – Lisboa, (sem data)**

Anexos

Anexo I – Caracterização da UCC “A Outra Margem” e da Saúde Escolar

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO DA UCC DE ALMADA “A OUTRA MARGEM”	68
2. SAÚDE ESCOLAR (na globalidade)	70
2.1. Breve resenha histórica internacional da Saúde Escolar	70
2.2. A Saúde Escolar em Portugal.....	72
2.3. Criação da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS).....	78
2.4. Criação da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)	85
2.5. Programa Nacional de Saúde Escolar	90
3. SAÚDE ESCOLAR (na UCC de Almada)	97
3.1. Equipa operativa da Saúde Escolar	97
3.2. Horário, localização e articulação	97
3.3. População alvo	99
3.4. Objetivos/intervenções da saúde escolar da UCC de Almada.....	99
3.4.1. Educação Alimentar	109
BIBLIOGRAFIA.....	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Cooperantes no processo de promoção de saúde (Fonte: Mandim, 2007)	77
Figura 2 – Dimensões das Escolas Promotoras de Saúde (Fonte: Precioso, 2004).....	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das Enfermeiras de Saúde Escolar por freguesias	98
Tabela 2 – Distribuição dos alunos por níveis de escolaridade.....	99
Tabela 3 – Plano de Ação da Saúde Escolar, do ano 2010, da UCC de Almada (Fonte: Plano de Ação 2010 da UCC Almada)	108

1. ENQUADRAMENTO DA UCC DE ALMADA “A OUTRA MARGEM”

No âmbito do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, que faz a caracterização geral e a criação dos agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), surge a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Esta encontra-se definida no artigo 11º do referido Decreto-Lei, constando o seu regulamento da organização e funcionamento no artigo 43º do despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril.

Tal como é preconizado em lei, a UCC de Almada surge da necessidade de dar continuidade à organização das unidades funcionais do ACES de Almada, de modo a contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção.

A UCC é de crucial importância por estar vocacionada para a promoção e prevenção da saúde, com uma missão de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente dirigido às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeiram acompanhamento próximo.

A candidatura da UCC de Almada lembra ao ano de 2009, seguida do respetivo plano de ação, o qual remonta a 2010 e tem a duração de 3 anos.

O logótipo da UCC “A Outra Margem” surge da junção dos três Centros de Saúde, sendo que o desenho do barco remete para o Centro de Saúde da Costa da Caparica, o moinho para o Centro de Saúde da Cova da Piedade e a ponte para o Centro de Saúde de Almada.

Na UCC de Almada o diagnóstico de situação foi efetuado com base em trabalho realizado pela Coordenadora da UCC, através da análise documental, reuniões, entrevistas exploratórias a duas Enfermeiras Chefes de outros ACES e ainda a aplicação de um questionário às Enfermeiras Chefes e ou Responsáveis das unidades de saúde de todo o ACES (Plano de Ação 2010, ACES Almada).

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário, de forma a conhecer as várias logísticas de prestação de cuidados e caracterizar os recursos humanos que integram os diferentes programas e projetos de âmbito comunitário passíveis de integrarem a UCC. Após a análise dos resultados obtidos constituiu-se a equipa multidisciplinar (Plano de Ação 2010, ACES Almada).

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar e em estreita articulação com as demais equipas funcionais do ACES de Almada.

Equipa multidisciplinar: Enfermeira Chefe; Enfermeiros (generalistas e especialistas); Assistente Social; Assistentes Operacionais; Psicólogos; Terapeuta da Fala; Nutricionista e Higienista Oral;

A área geográfica da sua intervenção corresponde ao Concelho de Almada.

O seu horário de funcionamento é de 2^a a 6^a feira das 8h às 20h e Sábados, Domingos e Feriados das 9h às 17h.

Em termos de recursos humanos, é composta por 7 Enfermeiros e 1 Assistente Técnico, embora esteja em fase de integração de mais Enfermeiros - segundo o Plano de Atividades 2010 do ACES Almada.

No que diz respeito aos Programas e Projetos de intervenção Comunitária destacam-se:

- Promoção e Proteção da Saúde e Prevenção da doença na Comunidade – inclui o Curso de preparação para o parto e parentalidade, e a saúde da mulher / materna.
- Programa Escolhas
- Programa de Saúde Escolar
- Projeto Estratégia Local de Saúde de Almada (ELSA) - responde ao cumprimento do Plano Nacional de Saúde, e tem como desafio escolher e atuar estratégias cuja capacidade de “alavancagem” nos permitam intervir, por antecipação, em vários problemas, a vários níveis e com o maior número de intervenientes/parceiros.
- Programa de Crianças e Jovens em Risco – este programa integra o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e PIPPA (Projeto de Intervenção Precoce de Almada).
- Programa no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
- Programa de Luta contra a Tuberculose, com recurso a uma Unidade Móvel.

2. SAÚDE ESCOLAR (na globalidade)

2.1. Breve resenha histórica internacional da Saúde Escolar

Os avatares da política de atenção à saúde escolar remontam ao final do século XVIII e início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* que ficou conhecido posteriormente como Sistema Frank (Figueiredo et al, 2010).

O Sistema Frank contemplava a existência de oficiais que regulassem a saúde – a polícia médica - e abrangia não apenas a saúde escolar, mas, também, múltiplos aspetos da saúde pública e individual, tais como demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes. (idem, 2010)

A referida obra – o Sistema Frank – legou a Johann Peter Frank o reconhecimento como o pai da saúde escolar visto que ela dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (Figueiredo et al, 2010).

O Sistema Frank resultou na proposição de um código elaborado por Franz Anton Mai. Tratava-se de um código de saúde de carácter abrangente e que dava grande ênfase à educação. De fato, a primeira lei do código propunha que os oficiais de saúde agissem nos colégios, instruindo tanto as crianças quanto os professores a respeito da manutenção e promoção da saúde. Além disso, devia-se esclarecer o adolescente a respeito dos excessos sexuais (Figueiredo et al, 2010). Contudo, este código, proposto por Mai, não chegou a vigorar devido a questões de ordem económica e política.

Assim, o primeiro país da Europa a institucionalizar a saúde escolar foi a Alemanha. Mas as ideias do sistema Frank logo se difundiram por todo o continente europeu e os Estados Unidos da América, assim que, em 1779 os volumes do seu trabalho enciclopédico começaram a ser lançados. Naturalmente, este efeito foi sentido com maior intensidade na área de língua germânica e em áreas, como a Itália, que estavam em contacto estreito, tanto político quanto cultural, com os Estados alemães. Entretanto, de acordo com Figueiredo et. al. (2010, p. 398), segundo Rosen (1979), “(...) não se pode negar a importância de Frank na difusão do termo e da ideia de

“polícia médica” não somente na Alemanha, Áustria e Itália, mas também na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Na verdade foi usado na Itália, até 1890.”

No Brasil, os primeiros estudos sobre saúde escolar deram-se a partir de 1850. Nesta altura importava regulamentar a inspeção das escolas públicas e privadas da Corte. Neste mesmo país, somente a partir do século XX é que a questão da higiene escolar ganhou impulso (Figueiredo et. al., 2010).

No decorrer do século XX, *“(…) a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final da década de oitenta, como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde pública.”* (Figueiredo et. al., 2010).

O conceito de promoção da saúde, no qual se baseia a IREPS, foi cunhado a partir da Carta de Ottawa como o processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controlo sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis. Segundo tal conceção, é essencial proporcionar meios, capacitando as pessoas para que, ao longo da sua vida, se preparem para as diferentes etapas da mesma, e enfrentem as doenças crónicas e causas externas. Isto só será possível através das escolas, lares, locais de trabalho e em outros espaços comunitários, no sentido de que exista uma participação activa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior com ao interior das próprias instituições (Carta de Ottawa, 1986).

Na opinião de Harada (2003), citado por Figueiredo et.al. (2010, p.399), ao adotar a estratégia IREPS, *“(…) a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista” e, desta forma, “tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo”.*

Em Portugal, embora não haja tantos estudos acerca da história da saúde escolar como no Brasil, que nos permitam um esclarecimento tão profundo, a saúde escolar intensificou-se também a partir da Carta de Ottawa, em 1986.

No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS) no documento *Health for all in the 21st century*, estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização (PNSE, 2005).

A meta 13 do documento *Health for all* prevê que em 2015, 50% das crianças que frequentem o jardim de infância e 95% das que frequentem a escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Mais, define Escola Promotora da Saúde (EPS) como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar (PNSE, 2005).

2.2. A Saúde Escolar em Portugal

Em Portugal, até 1971, o Ministério da Educação organizava a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para atividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, contudo, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra (PNSE, 2005).

Segundo os registos do Ministério da Saúde foi em 1980 que se tornou claro a necessidade dos vários sectores da educação e da saúde trabalharem em parceria para o desenvolvimento da ideia que define uma EPS.

No início da década de 80 verificou-se um número reduzido de profissionais necessários nos Centros de Saúde, o que constituiu um obstáculo ao bom desenvolvimento da saúde em termos escolares. A par disto também a definição de saúde escolar era muito redutora, sendo necessário que os profissionais abandonassem “*a ideia caduca de que a Saúde Escolar é sempre e quase só fazer exames de Saúde*”. (Mandim, 2007, p. 82). A agravar estas deficiências, a publicação do Decreto-Lei 254/82, de 29 de Junho, ao integrar dois serviços dependentes de duas estruturas de Saúde – Serviços Médicos Sociais e Direção-Geral de Saúde – fez com que o Serviço de Saúde Escolar (bem como todas as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença) vivesse um período de maior esquecimento, que se deveu à “confusão” provocada pela junção de serviços com objetivos contraditórios. O primeiro tinha

finalidades puramente curativas e o segundo finalidades do âmbito da prevenção primária, secundária e mesmo terciária. O poder central privilegiou as atividades que provocassem mais impacto junto da população e, como tal, deu prioridade às atividades curativas (produzem mais efeitos visíveis e em menor período de tempo). Assim, a Saúde Escolar passou a ser desenvolvida apenas quando sobrava tempo (Mandim, 2007).

Podemos concluir que em Portugal a saúde escolar iniciou-se em 1901. (PNSE, 2005). Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, mas utilizando metodologias diferentes. Em 1993 os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos (PNSE, 2005).

Desde 2002 que é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar, sendo que são os Centros de Saúde que implementam este programa. A orientação técnico-normativa tem sido o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995.

Entretanto, durante estes anos, criaram-se atividades dirigidas aos educadores e professores, às escolas e outras dirigidas aos alunos, no âmbito da Saúde Escolar. Contudo, cada equipa de saúde escolar devia elaborar programas próprios, tendo em conta a especificidade da sua comunidade escolar e coordená-los com o programa básico. Previa-se, assim, a realização de programas específicos resultantes de problemas identificados a nível local. Estes programas tinham que ser dados a conhecer e discutidos com as autoridades académicas pertinentes (DGCSP, 1986).

Com esta nova forma de conceitualizar a educação/promoção da saúde em geral, e da promoção da saúde escolar em particular, iniciou-se, em Portugal, o desenvolvimento de programas/projetos que pretendiam unificar esforços de diferentes entidades, nomeadamente da conjugação de esforços do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (Mandim, 2007).

Deste modo, o Ministério da Saúde dá-nos a conhecer a nova estruturação da Saúde Escolar pela circular Normativa nº23/SEO, de 14 de Setembro de 1986, da DGCSP - Princípios Orientadores de Saúde Escolar. Na sua introdução refere-se à importância da adoção de estilos de vida saudáveis como um meio de aumentar a saúde na comunidade, havendo para tal a *“necessidade de aquisição o mais precocemente possível de atitudes e comportamentos positivos face à saúde”* (DGCSP, 1989, p.1). Reforçou a necessidade

do desenvolvimento da Saúde Escolar, considerando que as crianças e adolescentes se encontravam durante uma grande parte do dia na escola, adquirindo aí muitas atitudes e padrões de comportamento, numa fase da vida de grande receptividade e vulnerabilidade.

Apesar de obedecerem a programas-tipo elaborados pela DGCSP, o programa das equipas de Saúde Escolar deveria basear-se no conhecimento das necessidades reais da população escolar (entendida como abrangendo os alunos, educadores, professores, funcionários da escola e pais dos alunos) e não descurar a participação dos mesmos (Mandim, 2007).

O âmbito da Saúde Escolar manteve-se e tinha como *“finalidade contribuir para o sucesso educativo e para a melhoria do nível de saúde da população escolar através da criação e/ou implementação de condições mais adequadas e favoráveis ao seu desenvolvimento biopsico-social”* (DGCSP, 1989, p.2). Verifica-se que na sua finalidade é aplicado o termo “contribuir”, transparecendo a noção da necessidade de conjugação de esforços de vários setores. Esta noção está também presente na necessidade dos programas serem *“apresentados e discutidos com todos os profissionais do centro de Saúde, as autoridades académicas [...] como os professores das escolas abrangidas e eventualmente a outras entidades/instituições”* (DGCSP, 1989, p.6), bem como no apelo à participação da Saúde Escolar em programas que fossem dirigidos à população escolar, como o Programa Interministerial de Promoção do Sucesso Educativo (PIPSE) e o Projeto VIDA. (Mandim, 2007)

O PIPSE teve início em Dezembro de 1987¹ e tinha como principal objetivo aumentar o sucesso educativo de todos os alunos. O Ministério da Saúde integrou, como parceiro, este programa, prevendo-se o desenvolvimento de projetos cujo objetivo era promover a saúde dos alunos, o que contribuiria para o combate ao insucesso escolar muito particularmente da educação nos ciclos iniciais. A participação do Ministério da Saúde realizava-se através da Saúde Escolar, nomeadamente na despistagem e encaminhamento de “problemas de saúde” que interferissem com a aprendizagem, ou seja, pela prestação de cuidados de saúde, prevenção e diagnóstico. Na realidade este programa não conseguiu realizar uma ação concertada por parte das estruturas do Estado envolvidas, não tendo alcançado os objetivos que almejava (Mandim, 2007, segundo Afonso, 1998). A sua componente de Saúde não se constituiu como promotora de saúde, já que a sua atuação foi pautada pela prevenção. No entanto constituiu um

¹ O PIPSE foi aprovado pela resolução do Conselho de Ministros de 10 de Dezembro de 1987.

meio de fornecer vários tipos de cuidados de saúde a uma camada da população carente (Mandim, 2007).

O Projeto VIDA foi criado em 31 de Março de 1987, pela Resolução de Conselhos de Ministros 23/87. Tinha como objetivo desenvolver um plano integrado de combate à droga, nomeadamente nas áreas da prevenção primária, secundária e terciária. Na prevenção primária as suas ações foram essencialmente de informação, sensibilização e formação a alunos, sobre as causas, as características e as consequências do uso de substâncias tóxicas. A sua avaliação alertou para que futuros programas englobassem todos os protagonistas do processo educativo, tais como professores, pais, orientadores escolares, psicólogos e funcionários, de forma a torná-los mais aptos a detetar problemas e a encaminhá-los corretamente; a adequar atitudes e comportamentos e renovar em cada dia práticas pedagógicas, construindo ambientes escolares saudáveis e agradáveis onde o espaço para a droga fosse progressivamente reduzido (Mandim, 2007).

Desta forma, integrado no Projeto VIDA, e emergindo da sua avaliação, surgiu no ano letivo 1990/1991 o projeto “Viva a Escola”- Projeto-piloto de Prevenção Primária de Toxicod dependência em Meio Escolar - da responsabilidade do Ministério da Educação, dando cumprimento às orientações da Resolução de Ministros 17/90. O projeto “Viva a Escola” apelava a que cada escola baseada no “diagnóstico das necessidades”, nos diferentes recursos mobilizáveis do meio envolvente e na valorização da sua especificidade, apresentasse o seu projeto sustentado pelos seguintes objetivos: proporcionar aos jovens o desenvolvimento de comportamentos de autonomia, o sentido de responsabilidade e o sentido crítico; criar condições na Escola que potenciem a vivência saudável de sentimentos de prazer, emoção e risco controlado e construir “Climas de Escola” dinâmicos, solidários e estimulantes o que constitui um fator de potenciação da auto-estima e a aquisição do sentido de pertença do grupo (Mandim, 2007).

A experiência e avaliação do Projeto “Viva a Escola” conduziram à sua reformulação, dando origem ao Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PPES), criado pelo Despacho 172/ME/93, de 13 de Agosto. Com este programa pretendeu-se integrar todos os programas setoriais até então desenvolvidos nas escolas, bem como atividades de prevenção primária previstas no art. 70º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, acentuando-se a perspectiva de promoção da saúde e também de

iniciar a formação de professores no âmbito da promoção da saúde escolar (Mandim, 2007).

O Programa de Promoção e Educação para a Saúde tinha como principais objetivos: melhorar o clima das escolas através do envolvimento de toda a comunidade educativa; melhorar a qualidade de vida dos alunos e professores respeitando as diferenças culturais, raciais, étnicas e outras; e melhorar a formação de cada professor. Para alcançar estes objetivos, os programas/projetos a desenvolver deviam contar com a participação de todos os intervenientes da comunidade educativa, estar articulados com os professores operadores e obedecer aos seguintes princípios: a educação para a saúde é um processo global, devendo ser desenvolvida numa perspetiva a longo prazo e abrangendo toda a comunidade educativa, devendo esta ser protagonista no programa (Mandim, 2007).

Em 2005 elaborou-se o Despacho n.º 19 737/2005 (2ª série) que determinou a criação no Ministério da Educação, no âmbito da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, de um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde escolar. Este grupo de trabalho liderado pelo professor Daniel Sampaio produziu um relatório com várias recomendações sobre a forma como a Educação para a Saúde devia ser implementada na escola de que se destacam as seguintes: (Gomes, 2009)

1. A Educação para a Saúde deverá ser considerada prioritária pelo Ministério da Educação, passando a assumir carácter obrigatório. O papel das organizações não governamentais poderá ser complementar, de acordo com os projetos educativos de cada estabelecimento de ensino.

5. Preconiza-se o estudo, reorganização e revitalização dos *curricula* das disciplinas do 1º, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico na perspetiva da Educação para a Saúde. Esta alteração deverá ter carácter obrigatório.

6. Propõe-se, também em cada agrupamento/escola, o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares (“área de projeto”, “estudo acompanhado”, ou “formação cívica”), para a abordagem da Educação para a Saúde em função das características da escola e dos docentes disponíveis com formação adequada. Este espaço curricular, obrigatório e com avaliação dos alunos, será complementar do referido no ponto 5, e utilizado como período de exposição, reflexão e pesquisa.

7. Cada agrupamento/escola deverá eleger um professor responsável pela área de Educação para a Saúde, que deverá ter redução de serviço na componente letiva. Recomenda-se também a criação de um “espaço tutorial”, onde os alunos poderão ter atendimento individualizado por parte de um professor com formação e disponibilidade pessoal. Este docente privilegiará o contato permanente com as estruturas de saúde na comunidade (Sampaio, et.al., 2005).

Conclui-se que a conceção destes programas deve ser transversal, adequada às necessidades educativas, funcionando todos os intervenientes como agentes e recetores de educação para a saúde, com vista à promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Mandim, 2007). Neste processo torna-se igualmente importante a necessidade de diálogo, cooperação, organização e ação, intra e interpares, para que a promoção da saúde seja um sucesso.

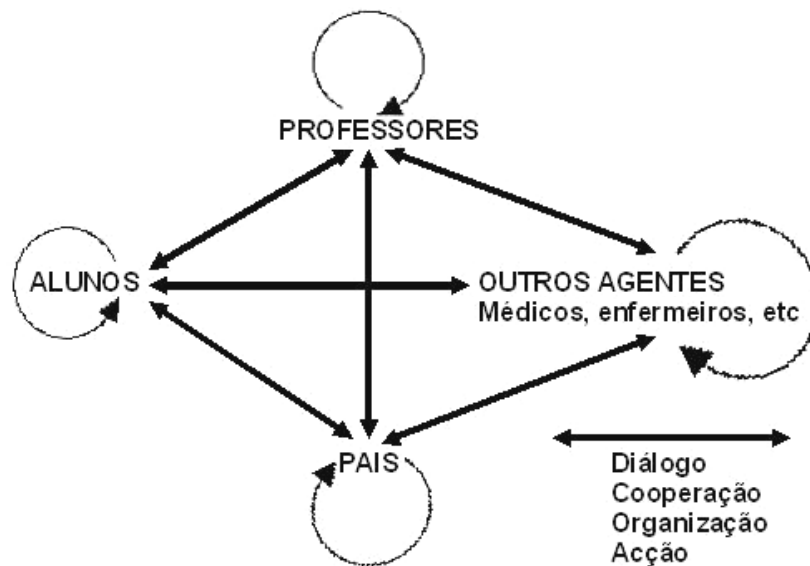


Figura 1 - Cooperantes no processo de promoção de saúde (Fonte: Mandim, 2007)

Por fim, os programas de Promoção e Educação para a Saúde devem ser operacionalizados e propostos em torno de cinco dimensões interligadas (curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional), assumindo assim a construção de uma Escola Promotora de Saúde (Mandim, 2007).

2.3. Criação da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS)

Enquanto a nível nacional e internacional se iam desenvolvendo projetos de saúde em meio escolar, houve necessidade de criar uma entidade que regulasse este panorama. Assim, com o objetivo de promover a saúde e a educação para a saúde na escola, foi fundada pela OMS, em conjunto com a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa, a **Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS)**, também conhecida por *European Network of Health-Promoting School* (Faria e Carvalho, 2004).

Esta rede foi formalmente constituída e aberta a candidaturas em 1992, tendo a sua implementação sido precedida no ano anterior de uma experiência piloto em alguns países da Europa, como: a Hungria, a República Checa, a Eslovénia e a Polónia (Precioso, 2004).

Segundo Mandim (2007), a REEPS foi constituída para criar através do Gabinete Regional para a Europa da OMS, um grupo de escolas que demonstrasse o impacto da promoção da saúde no meio escolar. As escolas envolvidas neste projeto foram espalhando as suas experiências e informações aos setores da saúde e da educação, influenciando políticas e práticas de promoção da saúde na escola a nível nacional e internacional.

Através de uma série de negociações entre a Comunidade Europeia, o Conselho da Europa e o Gabinete Regional para a Europa da OMS, chegou-se a um acordo sobre o projeto que tornou viável a REEPS. Estas três organizações formam entre si um Comité Internacional de Planeamento (CIP). A equipa técnica é formada por representantes destas três organizações e por um Secretariado Técnico com sede no Gabinete Regional para a Europa da OMS (Mandim, 2007).

O CIP assegura as articulações e igualdade de oportunidades de todos os intervenientes dentro da REEPS, devendo ter sempre uma preocupação descentralizadora (Mandim, 2007).

O contributo desta Rede tem vindo a ser muito importante, nomeadamente na troca de ideias que tem gerado, assim como no alargamento da implementação da promoção da saúde para crianças e jovens. Em 1997 havia já 37 países participantes (Mandim, 2007).

As escolas que fazem parte desta rede devem adotar uma abordagem integrada e holística da promoção da saúde, tendo em conta quatro dimensões: o currículo de educação para a saúde (formal e informal); o ambiente psicossocial (ethos escolar); o ambiente físico e a dinâmica escolar/familiar/comunidade (Mandim, 2007).

Fundamentalmente uma Escola Promotora de Saúde utiliza todo o seu potencial organizativo para promover a saúde entre os alunos, pessoal do quadro, famílias e membros da comunidade.

Cada país participante tem um Coordenador Nacional. Os coordenadores dos diversos países reúnem-se pelo menos uma vez por ano para discutir experiências, necessidades e desafios, trocar informação, experiências e ideias (Mandim, 2007).

O Secretariado Técnico acompanha o desenvolvimento da REEPS, fornecendo suporte técnico e organizando oficinas de formação. Realiza ainda intervenções de âmbito regional e internacional e desenvolve formação, facultando recursos pedagógicos para a implementação do projeto (Mandim, 2007).

Um dos objetivos principais é desenvolver uma dimensão europeia promovendo, como parte integrante do processo educativo, o reconhecimento e compreensão da diversidade de culturas que a constituem (Mandim, 2007).

Os países e escolas que desejam pertencer à REEPS necessitam de expressar a sua adesão ao conceito de EPS, e defenderem como fundamental o princípio de coordenação entre Educação e Saúde. Alguns passos a dar são: (Mandim, 2007)

- Formar uma equipa de projeto na escola e estabelecer as prioridades das atividades;
- Fazer projetos que possam ter relevância a nível local e europeu, que possam ser exemplo de boas práticas;
- Desenvolver atividades que promovam a saúde das crianças e jovens e criar um espírito de responsabilização coletiva para a saúde pessoal e da comunidade;
- Facilitar a visibilidade do projeto e a sua credibilidade, assim como facilitar a avaliação e transmissão de informação.

A REEPS realizou a sua Primeira Conferência Europeia na Grécia, em maio de 1997. Na resolução da conferência, os países participantes realçaram a importância de reforçar o empenho prático e político da REEPS, e declararam em conclusão, que *“todas as crianças e jovens na Europa têm o direito, e devem ter a oportunidade de serem educados numa escola promotora de saúde”*, sendo que as escolas são a força principal para a criação de gerações mais exigentes ao nível de objetivos educacionais, e

são também um veículo importante na redução das desigualdades sociais, contribuindo para a saúde e bem-estar da maioria da população (Mandim, 2007).

De acordo com publicações produzidas sobre a resolução da Conferência da REEPS, estabeleceram-se também os dez princípios de uma EPS, que são inerentes ao seu próprio conceito e prática e que fornecem a base para o investimento na educação, saúde e democracia para as gerações futuras. Considerou-se, por isso, importante referi-los: (Mandim, 2007)

1. Democracia - A EPS baseia-se em princípios democráticos favoráveis à promoção da aprendizagem, no desenvolvimento pessoal e social da saúde;

2. Equidade - A EPS assegura que o princípio de equidade seja inerente à experiência educacional, garantindo às escolas a libertação da opressão, medo e ridículo. A EPS permite igualdade de acesso a todos dentro do leque de oportunidades educativas. O seu objetivo é o desenvolvimento emocional e social de todos os indivíduos, capacitando cada um para atingir o seu potencial máximo, livre de toda e qualquer discriminação.

3. “*Empowerment*” e competência de ação – A EPS melhora as capacidades das crianças e jovens e fá-los agir e mudar. Cria um ambiente onde eles, trabalhando em conjunto com professores e colegas, tenham oportunidade de participar na tomada crítica de decisões, sentindo-se mais realizados.

4. Ambiente escolar – A EPS enfatiza o ambiente escolar tanto físico como social, considerando-o como fator imprescindível na promoção e manutenção da saúde.

5. Currículo – O currículo da EPS dá oportunidades às crianças e jovens de adquirir conhecimentos e capacidade de reflexão crítica pessoal e competências essenciais à vida. O currículo deve ser relevante para as necessidades atuais e futuras das crianças e jovens, assim como deve estimular a sua criatividade motivando-os a aprender, habilitando-os com as competências necessárias. Deve ao mesmo tempo servir de estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos professores e de todos quantos com eles trabalham.

6. Formação de professores – A formação de professores constitui um investimento tanto na saúde como na educação. A legislação, em conjunto com incentivos apropriados, deve guiar as estruturas da formação de professores, tanto inicial como contínua, utilizando o quadro conceptual da EPS.

7. Avaliação do sucesso – A base da avaliação da eficácia das EPS assenta nas suas ações na escola e na comunidade. O ato avaliativo deve ser visto como um meio de

apoio, um estímulo. É um processo através do qual os princípios da EPS podem ser aplicados para a prossecução dos seus objetivos.

8. Colaboração – A responsabilidade partilhada e a colaboração estreita entre ministérios, particularmente entre o ME e o MS, é um requisito essencial para o planeamento estratégico da EPS. A parceria demonstrada a nível nacional reflete-se a nível regional e local. Os papéis, responsabilidades e linhas de colaboração devem ser estabelecidos e clarificados para todas as partes.

9. Comunidades – Os pais e a comunidade escolar desempenham um papel fundamental na condução, apoio e reforço do conceito de EPS. Trabalhar em parceria, escolas, pais, organizações e comunidade local, constitui uma força poderosa para uma mudança positiva. Da mesma forma, as crianças e jovens tornam-se cidadãos mais ativos nas comunidades locais. Em conjunto, escola e comunidade envolvente terão um impacto positivo na criação de um ambiente social e físico conducente a uma melhor saúde.

10. Sustentabilidade – Todos os governos devem investir na promoção da saúde nas escolas. É um investimento que contribuirá a longo prazo para o desenvolvimento de toda a comunidade que, por sua vez, se tornará cada vez mais um recurso para as escolas.

Claramente, a escola e o sistema educativo são uma via ideal para a concretização da promoção da saúde. É importante que os profissionais da saúde e da educação e os membros da comunidade reconheçam este papel da escola e se sensibilizem para reflectir assuntos tais como: (Mandim, 2007)

- Como pode o ambiente escolar conduzir ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis;
- Como pode o ambiente escolar contribuir para a criação e manutenção da saúde dos seus profissionais, alunos e comunidade local;
- Que procedimentos e ambientes de escola requerem mudanças de modo a tornar o ambiente físico e social mais promotor de saúde.

A EPS pretende garantir estilos de vida saudáveis a toda a população escolar, preocupando-se para isso em desenvolver ambientes de suporte à promoção da saúde. Esta oferta de oportunidades requer também compromissos para a oferta de um ambiente físico e social favorável à saúde (Mandim, 2007).

Para as EPS, um ponto central para o sucesso dos seus objetivos consiste em integrar a promoção da saúde em todos os aspetos da rotina diária da escola, quer estes se prendam com a componente educativa quer com a de cuidados. Assim, a promoção da saúde torna-se uma componente essencial de toda a atividade curricular, devendo ser estruturada de forma a permitir às crianças e jovens tratar questões da saúde de forma diversificada e inovadora (Mandim, 2007).

Esta perspetiva sócio-educativa possibilita:

- Uma maior consciência das condições de trabalho e melhoria dessas condições; um desenvolvimento de relações mais fortes entre todos os intervenientes no processo educativo/promoção da saúde;
- Uma melhor ligação da escola com a comunidade.

Para implementar o conceito de EPS, estimula-se a colaboração efetiva de todos quantos intervêm no processo educativo, encorajando professores, alunos, pais, auxiliares e a comunidade em geral a desenvolver um trabalho conjunto para melhorar a saúde. São assim adoptadas, uma perspetiva integrada e holística da promoção da saúde, priorizando-a no currículo, nas práticas de gestão da escola e no ambiente físico e social, recorrendo a parcerias e permitindo o desenvolvimento de esquemas flexíveis de forma a possibilitar a determinação das necessidades da escola e a resposta a essas mesmas necessidades (Mandim, 2007).

As Escolas Promotoras de Saúde implicam um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade, e procuram a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si, a saber (Figueiredo et. al., 2010):

- 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
- 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e,
- 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

Segundo Faria e Carvalho (2004, p.80) “(...) *uma EPS tem como objectivo criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. Em última análise, a EPS pretende*

apetrechar as crianças e jovens com competências, valores e atitudes conducentes ao exercício pleno da cidadania.”.

O desenvolvimento de uma EPS assenta nos seguintes princípios: (Mandim, 2007)

1. A promoção da saúde é um processo de desenvolvimento permanente.
2. O processo educativo e a promoção da saúde contribuem para o desenvolvimento de capacidades e aquisição de competências de cada indivíduo para confrontar-se positivamente consigo próprio e com o meio. Contribuem também para a construção de um projeto de vida, para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e para o exercício pleno da cidadania.
3. O envolvimento dos diversos elementos da comunidade educativa é fundamental, nomeadamente a participação ativa das crianças e jovens e o papel dos adultos de referência.

Segundo Navarro (1999 e 2004) as escolas para seguirem a filosofia e a prática das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) devem promover mudanças nas seguintes dimensões: curricular, psico-social, ecológica, comunitária e organizacional, conforme apresenta o esquema seguinte:

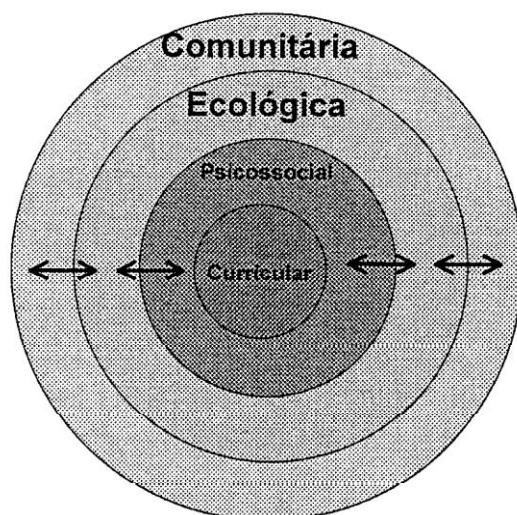


Figura 2 – Dimensões das Escolas Promotoras de Saúde (Fonte: Precioso, 2004)

Na dimensão curricular, é preconizado a mudança de que tanto os alunos como professores devam ser capazes de ligar, cada vez mais, os conteúdos das disciplinas à vida. Assim, os conteúdos formais da escola devem criar-se a partir da vida dos alunos,

das suas vivências e saberes adquiridos. Valorizar esses saberes e partilhá-los irá permitir uma consciencialização de si próprio, aumentar os seus conhecimentos e construir um novo saber baseado na autoconfiança e auto-estima, gerador do desenvolvimento de competências para lidar com obstáculos futuros. É necessário que as escolas adotem um currículo que melhore a compreensão dos fatores que influenciam a saúde e que os torne competentes para fazer escolhas e adotar comportamentos saudáveis ao longo das suas vidas.

A dimensão psicosocial refere-se ao clima e à cultura da escola. Esta dimensão tem como objetivo aumentar o prazer de trabalhar na instituição e o sentimento de pertença a esta organização. É desejável o estabelecimento de um ambiente de solidariedade e entre-ajuda que possibilite evitar conflitos, onde todos se sintam bem, aceites na diferença. Este conceito está intimamente ligado ao conceito de Escola Inclusa. Para tal é necessário haver uma participação ativa e responsável de toda a comunidade escolar, através do estabelecimento de uma comunicação efetiva e adequada, da partilha e aceitação de objetivos da escola, da utilização de um adequado poder igualitário entre os diferentes níveis hierárquicos e da escola como um todo.

Na dimensão ecológica, as escolas conscientes de que um ambiente adequado favorece a adoção de comportamentos saudáveis, devem empenhar-se na criação, preservação e potenciação de hábitos de manutenção e conservação de todos os espaços onde se processa a vida escolar (salas de aula, espaços exteriores, casas de banho, instalações desportivas, cantinas, etc.). A escola deve dar particular atenção à higiene das cantinas e bufetes e à confeção, preparação e conservação dos alimentos que aí são servidos.

A dimensão comunitária tem em vista a integração da escola na comunidade de que ela faz parte e o aproveitamento dos recursos para uma melhoria dos resultados. Implica intervenções em dois sentidos: da escola para a comunidade e vice-versa. Considera-se fundamental a existência de um maior comprometimento da escola com o seu meio envolvente. A título de exemplo existem pais de alunos que são médicos, nutricionistas e que podem ser chamados a colaborar com as escolas. Assim como se deve envolver sempre os centros de saúde, os hospitais, outras instituições e, caso exista, a enfermagem de saúde escolar.

Por último, e porque a “inovação em qualquer das dimensões anteriores terá maior ou menor sucesso de acordo com o tipo de organização da escola” (Navarro, 1999, p.26), a dimensão organizacional deve articular-se com todas as outras dimensões para o

alcance de um objetivo comum que é a construção de uma escola que seja geradora de saúde de toda a comunidade escolar.

No entanto será necessário que cada escola faça o seu próprio percurso, traçando-o de acordo com as suas reais capacidades. A autora refere, ainda, que “nunca será escola promotora de saúde, aquela que se limita a dar aulas ou a encomendar palestras sobre temas de saúde” (Navarro, 1995, p.10).

Desta forma as escolas que integram a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde devem cumprir os seguintes critérios: (Mandim, 2007)

- Promover ativamente a auto-estima, o sentido crítico, o sentido de responsabilidade e a autonomia dos alunos;
- Promover um bom relacionamento entre os alunos e entre estes e o pessoal docente e não docente;
- Proporcionar desafios estimulantes para os alunos, através de um leque diversificado de atividades que facilitam a sua participação ativa na dinâmica da escola;
- Utilizar todas as oportunidades para melhorar o ambiente físico da escola;
- Estabelecer um bom relacionamento com as famílias e as estruturas da comunidade, constituindo-se como um recurso de promoção da saúde a nível local;
- Promover uma boa articulação com outros graus de ensino, com vista a um trabalho de educação para a saúde continuado e coerente;
- Promover activamente a saúde e o bem-estar do pessoal docente e restantes trabalhadores;
- Ter em consideração o papel dos professores enquanto modelos significativos para os alunos, no que se refere aos comportamentos relacionados com a saúde;
- Valorizar as refeições escolares como uma oportunidade de aprendizagem de uma alimentação saudável, em complemento do currículo de educação para a saúde (OMS, CCE, CE, 1994).

2.4. Criação da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)

Em Portugal, no ano de 1994, os Ministérios da Educação e da Saúde começaram a desenvolver em parceria metas e estratégias para o início das EPS. Assim, implementaram o projeto Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS),

aderindo à REEPS. A Rede Nacional é constituída por todas as escolas que desenvolvam um processo de promoção de saúde através da parceria formalizada com centros de saúde. Nesse ano integraram a RNEPS dez escolas piloto (duas JI, três estabelecimentos do 1º Ciclo, quatro EB 2,3 e uma Secundária) e quatro centros de saúde.

Quando Portugal integrou a REEPS, foi constituído também um Centro de Apoio Nacional (CAN) formado por dois representantes de cada um dos Ministérios envolvidos. Este CAN ajudava de um modo formal as escolas e os centros de saúde que existiam, de forma a articular o trabalho a nível nacional, nas dez escolas e quatro centros de saúde que constituíam o projeto-piloto. Assim, a filosofia do CAN à RNEPS é o de garantir o apoio às escolas e centros de saúde de forma a melhorar a sua situação, identificada no seu próprio diagnóstico conjunto.

Em 1997 Portugal concorreu com mais escolas dos vários níveis de ensino, passando a ser 1056 escolas. Contudo, apenas foram aceites 670 por motivos financeiros e humanos (Loureiro, 1999 *in* Faria e Carvalho, 2004) e (Ministério da Educação, 1998 e 2001). Estas escolas eram 165 do ensino secundário, 14 Escolas Básicas do 2º e 3º Ciclo e Secundárias, 180 EB 2, 15 Escolas Básicas do 1º, 2º e 3º Ciclos, 192 Escolas Básicas do 1º Ciclo e 99 Jardins de Infância). Houve também alargamento nos centros de saúde para 229 (Mandim, 2007).

A decisão de alargamento da RNEPS em Maio de 1997 pelos coordenadores nacionais, foi fruto da avaliação das várias experiências piloto nos diferentes países envolvidos na REEPS.

Em 2001, de acordo com o relatório de Atividades do CAN, a RNEPS passa a integrar 1957 estabelecimentos de ensino (contando com 505 Jardins de Infância e 975 escolas do 1º ciclo) e 255 Centros de Saúde (Mandim, 2007).

A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) resultou da criação de condições de parceria entre o programa de Promoção e Educação para a Saúde e dos documentos do Ministério da Saúde “Estratégias para a Saúde” e “Saúde: um compromisso” (DGS, 2010).

Finalmente em Março de 1998 é tornado público o Despacho-Conjunto nº271/98, subscrito pelos Ministros da Educação e da Saúde, onde se estabelece e define os níveis de coresponsabilidade de cada ministério em termos de apoio à RNEPS, tal como encargos financeiros (DGS, 2010).

É de referir que os projetos desenvolvidos resultam da parceria dos centros de saúde, das autarquias locais: Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, de escolas e estabelecimentos de ensino. O Despacho-Conjunto nº 734/2000 publicado em 18 de Julho de 2000, veio reforçar a pareceria já anteriormente estabelecida.

Com a implementação das EPS em Portugal desde 1994 é de se colocar a questão: em que medida os serviços de saúde e as escolas estão a conseguir contribuir positivamente na promoção da saúde? Também os educadores e professores interrogaram-se sobre qual a intervenção que poderia na realidade assumir a escola em termos de Promoção da Saúde.

Um dos estudos feitos para tentar responder à questão levantada foi realizado no distrito de Viana do Castelo e concluiu que existe uma diferença bastante notória «entre as políticas de saúde definidas a nível central e aquilo que na realidade se passa a nível local (centros de saúde) (Faria & Carvalho, 2004). Ou seja, há centros de saúde que desenvolvem um trabalho continuado junto das escolas mas há outros que apenas são pontuais. É consenso geral, por parte das equipas de saúde, que só se consegue alcançar um bom impacto junto dos elementos da comunidade educativa assim como satisfação pessoal das equipas através de ações bem programadas e contínuas ao longo dos anos (Faria e Carvalho, 2004). O mesmo se tem passado em Inglaterra, Carvalho (2000, 2003 *in* Faria e Carvalho, 2004) diz que “(...) a interação entre os serviços de saúde locais e a escola tem sido feita de forma esporádica, sem qualquer continuidade, de acordo com os resultados de um estudo de caso efectuado numa escola primária (do Reino Unido)”.

Segundo Faria e Carvalho (2004) as parcerias ainda não são suficientemente sólidas para que seja possível partilhar saberes e poderes. Há que estabelecer uma rede efetiva e coordenada entre as escolas e os respetivos centros de saúde.

Em 2005 foi criado o Despacho nº 19 737/2005 pelo Ministério da Educação, no âmbito da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, o qual regula um grupo de trabalho presidido pelo Dr. Daniel Sampaio, em que este foi incumbido de proceder ao estudo de análise da situação decorrente nas nossas escolas e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde escolar (Mandim, 2007).

Este grupo de trabalho no seu relatório final propôs que a Educação para a Saúde deva ser considerada prioritária pelo Ministério de Educação, passando assumir carácter obrigatório. O papel das organizações não governamentais poderá ser complementar, de acordo com os projetos educativos de cada estabelecimento de ensino.

Preconiza-se o estudo, reorganização e revitalização dos currículos das disciplinas do 1, 2º e 3º ciclos do Ensino Básico na perspetiva da Educação para a Saúde. Esta revitalização deverá ter carácter obrigatório com implicações a nível do desenvolvimento curricular, das disciplinas do projeto de turma e da avaliação dos alunos. Propõem-se também, em cada agrupamento/escola, o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares (área de projeto, estudo acompanhado, formação cívica e opção de escola), a abordagem da Educação para a Saúde em função das características da escola e dos docentes disponíveis com formação adequada (Mandim, 2007).

Cada agrupamento/escola deverá ainda eleger um professor responsável pela área de Educação para a Saúde, devendo também existir um “espaço tutorial”, onde os alunos poderão ter atendimento individualizado por parte de um professor com formação e disponibilidade pessoal. Este docente privilegiará o contacto permanente com as estruturas da comunidade (Mandim, 2007).

Dada a importância do grupo de pares na formação e desenvolvimento dos alunos e a maior abertura de muitos estudantes à informação transmitida por quem está mais próximo geracionalmente, recomenda-se o recurso a jovens mais velhos para intervenções na área da Educação para Saúde, recrutados a partir de escolas superiores em áreas relevantes (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Biologia, entre outras), após formação adequada (Mandim, 2007).

No Secundário, dada a dificuldade de aproveitamento curricular para esta área, recomenda-se a criação de um Gabinete de Atendimento para as questões de Saúde, com articulações com o Centro de Saúde da área (Mandim, 2007).

Cada escola deverá, com urgência, identificar os recursos/professores formados de que dispõe para a nova dinâmica curricular. Caso o agrupamento/escola detete carências de formação pode recorrer aos centros de formação de Associações de Escolas (CFAE) (Idem, 2007).

Assim, tendo em vista o desenvolvimento de atividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar, as opções tomadas pelo Ministério da Educação foram no sentido da clarificação das políticas educativas de educação sexual e as opções tomadas pelo Ministério da Saúde no sentido da dinamização da promoção da saúde na escola, celebraram um protocolo tendo em vista os seguintes objetivos: (Mandim, 2007)

- Estudo, reorganização e revitalização dos currículos do Ensino Pré-Escolar, do Ensino Básico e do Ensino Secundário, na perspetiva do desenvolvimento curricular da educação para a saúde nos projetos de escola e de turma;

- Sensibilização das Direções Regionais e dos órgãos de gestão dos agrupamentos/escolas para a inclusão da promoção da saúde nos Projetos Educativos;
- Adoção por parte das Escolas, de políticas e práticas condizentes com a Promoção da Saúde, nomeadamente questões de saúde mental, das relações interpessoais, da educação alimentar, da educação sexual, da prevenção do consumo de substâncias lícitas e/ou ilícitas, da prevenção do VIH/SIDA e outras DST, da segurança ao nível das instalações e equipamentos e da atividade física;
- Aproveitamento das Áreas Curriculares Não Disciplinares, para a abordagem da promoção da saúde sob a forma de projeto passível de avaliação;
- Designação pelo órgão de gestão dos agrupamentos/escolas de uma equipa coordenada por um professor responsável pela área da promoção e educação para a saúde, que se articula com as estruturas de saúde escolar e a restante comunidade;
- Rentabilização, nos agrupamentos/escolas, dos serviços especializados de apoio educativo, integrando técnicos de Promoção da Saúde para apoio aos alunos;
- Criação nas Escolas Secundárias, de um Gabinete de Apoio aos alunos no âmbito da educação sexual;
- Implementação, nos estabelecimentos do ensino básico e secundário, de um programa de educação sexual. Este programa será desenvolvido numa perspetiva interdisciplinar e nas áreas disciplinares não curriculares. Será adequado aos diferentes níveis etários e utilizará um modelo pedagógico compreensivo, envolvendo a comunidade educativa e dinamizando em colaboração estreita com os Serviços de Saúde, Associações de Pais e Encarregados de Educação, Associações de Estudantes e outras entidades externas devidamente credenciadas.

A avaliação será conjunta, tendo como base as dimensões de uma Escola Promotora de Saúde, a quem compete criar condições de uma efetiva parceria articulada com a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde.

A Escola Portuguesa é, ainda hoje, o centro de um complexo processo de mudança, devido à reorganização curricular que fez emergir não só novos processos de aprendizagem das crianças, como também novas estratégias educativas e de ensino – as novas Áreas Curriculares Não Disciplinares, que poderão ser ótimos espaços para promoção da saúde em ambiente escolar (Mandim, 2007).

Os programas de promoção da saúde obrigam a pensar a escola nos seus diversos níveis, ou seja, como um todo, em que os vários atores são parceiros importantes para a mudança. O alvo da saúde escolar é toda a comunidade educativa, desde os docentes aos órgãos de gestão, aos auxiliares de ação educativa, alunos, encarregados de educação... É necessário, portanto, conhecer e caracterizar as potencialidades da escola, da comunidade envolvente e sua extensão, assim como da gravidade dos problemas existentes, para construir uma escola promotora de saúde e bem-estar indo ao encontro dos problemas reais dos alunos (Mandim 2007).

As ações a desenvolver pelas escolas e centros de saúde que aderiram à RNEPS estão relacionadas com o PNSE, que será abordado no subcapítulo seguinte. Contudo, de uma forma global, as ações a desenvolver pelas escolas e centros de saúde que aderiram à RNEPS estão relacionadas com as seguintes áreas: alimentação, saúde oral, segurança, vacinação, sexualidade, prevenção do tabagismo e do alcoolismo, da toxicodependência e da sida.

2.5. Programa Nacional de Saúde Escolar

No Plano Nacional de Saúde (2004-2010) estão definidas estratégias para alcançar melhores níveis de saúde para toda a população Portuguesa. Este Plano assenta num conjunto de programas nacionais com base em certas disposições, sendo a escola o foco principal.

No processo de promoção para a saúde na escola a Saúde Escolar é o ponto de orientação do sistema de saúde para desenvolver competências nos vários elementos da comunidade educativa de modo a permitir alcançar um melhor nível de saúde físico, mental e social.

Vários estudos têm revelado que grande parte das doenças e comportamentos perigosos estão diretamente relacionados ao ambiente e tipos de vida, os quais podem perfeitamente ser evitados (ou mesmo eliminados) através de um programa de saúde escolar adequado.

O Ministério da Saúde criou na Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde, a Divisão de Saúde Escolar, através da Lei Orgânica da Direção-Geral da Saúde, aprovada pelo Decreto-lei nº 122/97 de 20 de Maio, no artigo 16º. As competências desta divisão são as seguintes: (DGS, 2010).

- Orientar e coordenar as atividades de prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde dirigidas à população e ambientes escolares;
- Proceder, em colaboração com outros serviços competentes, à análise dos fatores que afetem o nível de saúde da população escolar e elaborar propostas para a sua melhoria;
- Avaliar as necessidades em matéria de formação do pessoal de saúde que exerce a atividade de saúde escolar e colaborar na organização da formação referente a esta atividade;
- Propor medidas de encerramento dos locais escolares no caso de risco significativo para a saúde dos discentes, docentes e outro pessoal;
- Propor, em colaboração com outros serviços competentes, as regras técnicas relativas às condições de Segurança, Higiene e Saúde nos locais escolares e promover a sua difusão;
- Promover a cooperação com os serviços competentes em matéria de desportos, medicina desportiva e aproveitamento de tempos livres;
- Participar em comissões ou grupos de trabalho que tenham por objeto o campo de aplicação da Saúde Escolar. Apesar de não ter enquadramento legal, a Divisão de Saúde Escolar tem ainda as seguintes atribuições:
 - Propor regras técnicas e programas de Saúde Oral e promover a sua difusão;
 - Proceder à análise dos fatores que conduzem à situação de baixo nível de Saúde Oral na população escolarizada;
 - Orientar tecnicamente a intervenção das Higienistas Orais no âmbito da Saúde Escolar e apoiar a sua formação em serviço;
 - Gerir os equipamentos portáteis de estomatologia cedidos às Regiões de Saúde;
 - Apoiar o estágio dos finalistas do curso de Higienistas Orais colocados nos Serviços de Saúde;
 - Promover o cumprimento da legislação da evicção escolar;
 - Colaborar no apoio à inclusão escolar dos alunos com necessidades de saúde especiais;
 - Definir em colaboração com outros serviços e entidades, orientações técnicas que permitam aferir o conceito e as práticas das Escolas Promotoras da Saúde;
 - Participar na formação pré e pós graduada, na área da Saúde Escolar dos profissionais de saúde e educação;

- Elaboração de materiais de Informação e Educação para a Saúde sobre Saúde Escolar e Saúde Oral;

- Dar pareceres técnicos sobre saúde escolar e saúde oral;
- Elaborar Plano de Atividades da Divisão e avaliá-lo anualmente.

A divisão de Saúde Escolar tem, atualmente, duas áreas de intervenção: Saúde Oral e Educação Alimentar. Desenvolve vários programas e projetos como por exemplo o Programa Nacional de Saúde Escolar e as Escolas Promotoras de Saúde.

O Programa de Saúde Escolar foi desenvolvido de acordo com as orientações da DGS na Circular Normativa n.º13/DSE, de 10/08/95, atualizada em 2005.

Em 2006 o Alto Comissariado da Saúde aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar através do despacho n.º 12.045/2006 (2ª série), publicado no D.R. n.º 110 de 7 de Junho, destinado aos profissionais e estruturas do SNS e seus utilizadores. Este programa é orientado pela Direção-Geral da Saúde que o deu a conhecer através da Circular Normativa n.º7/DSE de 29/06/2006.

O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;

O Programa Nacional de Saúde Escolar está organizado da seguinte forma:

- Nível Nacional
 - Coordenação – Alto-Comissário da Saúde
 - Orientação técnica / Articulação com o Ministério da Educação – Direção Geral de Saúde
 - Implementação / Avaliação – Divisão de Saúde Escolar da DGS
- Nível Regional
 - Coordenação – Administração Regional de Saúde / Centro Regional de Saúde Pública
- Nível Local
 - Implementação – Direção dos Centros de Saúde / ACES – USP
 - Operacionalização / Avaliação – Equipas Nucleares de Saúde Escolar - UCC

De acordo com a legislação vigente, a Educação para a Saúde deve ser considerada prioritária pelo Ministério da Educação (ME), assumindo um carácter obrigatório e fazendo parte do PE de cada estabelecimento de ensino. Adicionalmente, o papel de organizações não governamentais poderá ser complementar e o estabelecimento de parecerias é fundamental (Mandim 2007).

É no entanto necessário diferenciar entre promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação, e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção da saúde. Nesta linha de ação torna-se relevante o papel da escola nos dias de hoje, possibilitando aos jovens a mudança de estilos de vida, o que direta ou indiretamente implica lidar com diversas variáveis, tais como: motivação, avaliação das situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomadas de decisões, comportamentos e hábitos, tendo sempre em conta as características específicas do meio em que o sujeito se insere (Mandim 2007).

Embora seja necessário uma mudança de atitude e de visão destes conceitos a nível a geral, há escolas onde já se implementam algumas experiências e práticas de promoção de saúde, por vezes introduzindo aspetos inovadores (Mandim 2007).

O **PNSE** contempla quatro áreas prioritárias de intervenção: (PNSE, 2005)

1. A Saúde individual e colectiva;

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância da saúde das crianças e dos jovens é da responsabilidade do Médico de Família ou do Médico Assistente. Aos profissionais envolvidos compete realizar o exame de saúde, preencher a Ficha de Ligação Médico Assistente-Saúde Escolar e remetê-la para a equipa de saúde escolar do Centro de Saúde. No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as atividades dirigidas à saúde individual e coletiva visam:

- Monitorizar a realização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades-chave, definidas pelo Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil:

- ✓ Aos 5-6 anos (realização do exame físico, avaliação do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, da visão, da audição, da boca e dentes, da postura e da linguagem);

- ✓ Aos 11-13 anos (avaliação dos parâmetros anteriores, mais o perfil lipídico e estágio pubertário);
- Gerir a Ficha de Ligação Médico Assistente – Saúde Escolar;
- Avaliar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) de toda a comunidade educativa, nomeadamente:
 - ✓ Alunos que completem 6 e 13 anos;
 - ✓ Professores, educadores e auxiliares de ação educativa;
- Promover o cumprimento da legislação de Evicção Escolar;
- Promover a saúde mental na escola, através da implementação de projetos que visem:
 - ✓ Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos;
 - ✓ Criar um clima de escola amigável;
 - ✓ Combater o abandono e a exclusão escolar;
 - ✓ Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais;
 - ✓ Promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.).
- Articular com a rede de serviços de saúde, públicos e privados, com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detetados;
- Articular com os representantes da saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

2. A Inclusão escolar;

Escola Inclusiva é aquela onde todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das deficiências, dificuldades, diferenças ou necessidades específicas que apresentem, sendo a diversidade encarada como um fator de enriquecimento e desenvolvimento.

Desta forma, uma Escola Inclusiva deve adotar práticas pedagógicas diferenciadas, centradas na cooperação, envolver todas as crianças, aceitar as diferenças e apoiar as aprendizagens, respondendo, assim, às necessidades individuais.

O Ministério da Educação define Necessidades Educativas Especiais (NEE) de carácter prolongado como as que decorrem de graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação, resultantes da interação entre fatores ambientais (físicos,

sociais e atitudinais) e limitações acentuadas ao nível do funcionamento em um ou mais dos seguintes domínios: sensorial (audição e visão), motor, cognitivo, fala, linguagem e comunicação, emocional e personalidade e saúde física.

Nem todas as crianças com Necessidades de Educação Especiais (NEE) têm Necessidades de Saúde Especiais (NSE), sendo o contrário igualmente verdadeiro.

De acordo com o PNSE a equipa de Saúde Escolar é a interface entre a escola e os serviços de saúde. Por isso, sempre que se detete uma criança ou um jovem com problemas de saúde física ou mental passíveis de afetar as suas aprendizagens, a saúde escolar deve designar um profissional da equipa para fazer o seu acompanhamento, conjuntamente com a educação, e mobilizar os recursos de saúde necessários para apoiar a sua inclusão escolar. Este profissional da equipa de saúde escolar reúne e analisa toda a informação de saúde do aluno, quer ela provenha dos pais, dos professores, do médico assistente, ou de outros. Ao mesmo tempo, face às NSE do aluno, propõe as recomendações de saúde e as adaptações escolares.

3. O Ambiente escolar;

Já vimos que existe uma relação clara entre o ambiente e a qualidade de vida da criança. A escola, na procura permanente de um *ambiente mais saudável para as crianças*, deverá assegurar saneamento básico, água de qualidade, ambiente de suporte à atividade física e à mobilidade segura, ar interior e exterior livres de poluição, assim como reduzir a exposição das crianças aos riscos físicos, químicos e biológicos.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as atividades de apoio à promoção de um ambiente seguro e saudável deverão ser dirigidas para:

- Consciencializar a comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos electromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir;

- Envolver os jovens nos projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde;

- Promover a Segurança e contribuir para Prevenir os Acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer eles ocorram na escola, no espaço peri-escolar ou no espaço de jogo e recreio;

- Monitorizar os acidentes ocorridos na escola e no espaço peri-escolar;

- Avaliar as condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com os Serviços de Saúde Pública, envolvendo o órgão de gestão da escola e toda a comunidade educativa, as autarquias, as associações de pais, forças de segurança, proteção civil e bombeiros.

4. Os Estilos de vida.

Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida (PNSE, 2005, p.15). Na escola, o trabalho de promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida ‘o que eles sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as ‘forças’ de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são:

1. Saúde mental;
2. Saúde oral;
3. Alimentação saudável;
4. Atividade física;
5. Ambiente e saúde;
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes;
7. Saúde sexual e reprodutiva;
8. Educação para o consumo.

3. SAÚDE ESCOLAR (na UCC de Almada)

A saúde escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. Deve por isso promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida (Plano de Ação da UCC Almada, 2010).

3.1. Equipa operativa da Saúde Escolar

A intervenção ao nível das comunidades escolares surge como indispensável para a melhoria dos indicadores de saúde das nossas sociedades.

Cada equipa operativa de saúde escolar integra um ou mais enfermeiros, sendo este profissional o principal elo de ligação entre as comunidades escolares e os serviços de saúde.

Na UCC de Almada a equipa de Enfermagem da Saúde Escolar integra a Equipa de Intervenção Comunitária (EIC).

3.2. Horário, localização e articulação

O horário de funcionamento está integrado no horário da UCC que como já vimos é das 09h às 17h.

Estrategicamente a equipa de saúde escolar encontra-se dividida em dois pólos: Almada (piso 5.º do Edifício da Av. Rainha Dona Leonor) e Charneca da Caparica (instalações da UCSP Charneca da Caparica, na cave). Esta situação permite promover uma maior acessibilidade e proximidade à comunidade educativa, como se pode averiguar pela tabela 1.

Enfermeiras	Local trabalho (pólo)	Parque Escolar
Enf ^a Estela Sena	Charneca Caparica	Sobreda e Caparica
Enf. ^a Alexandra Soares	Charneca Caparica	Charneca de Caparica, Laranjeiro e Feijó
Enf. ^a Cristina Santana	Almada	Cova da Piedade, Costa da Caparica, Trafaria
Enf. ^a Emília Diogo	Almada	Almada, Pragal, Cacilhas

Tabela 1 – Distribuição das Enfermeiras de Saúde Escolar por freguesias

A equipa de enfermagem de saúde escolar funciona em estreita articulação com todos os profissionais que integram as unidades de saúde do ACES de Almada:

- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Saúde Familiares (USF);
- Unidade de Saúde Pública (USP);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);

Articula também com outras unidades de saúde, como:

- Centro de Diagnóstico Pneumológico;

E ainda com instituições:

- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Esta articulação é feita através de reuniões formais planeadas periodicamente e/ou reuniões informais de acordo com as necessidades surgidas, para além do contacto permanente por telefone, fax e correio eletrónico.

A articulação com a comunidade educativa é feita mensalmente através de reuniões previamente calendarizadas com a equipa de saúde escolar de cada estabelecimento de ensino, ou com as direções, e sempre que se justifique, marcam-se reuniões pontuais.

Quanto à articulação com os recursos da comunidade/ redes de apoio social (Ex.: hospitais, Juntas de Freguesia, Câmaras, IPSS, CPCJR, PSP, GNR, Escola Segura, Bombeiros, entre outros) esta é realizada através do envolvimento de todos os recursos necessários da equipa multidisciplinar, para a melhor resolução das situações problemáticas identificadas.

3.3. População alvo

O programa de saúde escolar do Concelho de Almada abrange uma população alvo de 26.500 alunos e 4.000 profissionais docentes e não docentes, distribuídos por 173 estabelecimentos de ensino, onde os cuidados de enfermagem são assegurados por 4 enfermeiras.

Esta comunidade educativa inclui jardins de infância públicos e IPSS, escolas públicas do ensino básico, secundário e profissional. São no total:

- 13 Agrupamentos Verticais de Escolas
- 8 Escolas Secundárias
- 31 IPSS

De acordo com o documento de Saúde Escolar, da Equipa de Enfermagem de Saúde Escolar da UCC de Almada:

JI e Pré-Escolar	4174 alunos	59 estabelecimentos
1º Ciclo	7542 alunos	42 estabelecimentos
2º Ciclo	3921 alunos	27 estabelecimentos
3º Ciclo	5349 alunos	37 estabelecimentos
Secundário	5277 alunos	8 estabelecimentos

Tabela 2 – Distribuição dos alunos por níveis de escolaridade

Existe ainda o Grupo de Avaliação e Gestão do Programa de Saúde Escolar do Concelho de Almada, que se encontra instalado na USP.

3.4. Objetivos/intervenções da saúde escolar da UCC de Almada

As intervenções dirigidas quer aos indivíduos, quer aos grupos, são desenvolvidas em parceria com as instituições de educação, procurando integrar os seus programas curriculares.

A UCC de Almada participa no Programa de Saúde Escolar em estreita articulação e integração da intervenção e de recursos com a Unidade de Saúde Pública de Almada, com a finalidade de:

- Promover e proteger a saúde, prevenir a doença na comunidade educativa (dando uma atenção especial à Saúde Mental, consumo de substâncias ilícitas);
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenção das doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA, implementando o projeto: “O gabinete da saúde está na escola” (que neste momento ainda não está implementado, pretendendo-se integrar em 2011 a Universidade Nova de Lisboa).

A essência das atividades deste programa incide no trabalho direto com a população escolar, pelo que os profissionais desenvolvem as suas atividades maioritariamente nos estabelecimentos de ensino. As restantes atividades são levadas a cabo nos pólos supracitados.

Realizam-se reuniões mensais da equipa, para a partilha, discussão e avaliação das atividades desenvolvidas.

Acompanhando o programa de saúde escolar é desenvolvido o Programa de Saúde Oral, cuja responsabilidade no ano letivo 2004/2005 se centrou nos enfermeiros de saúde escolar, tendo sido estabelecidos contratos com médicos dentistas das áreas de abrangência de cada centro de saúde, promovidas sessões de educação para a saúde e informação às crianças, profissionais de educação e encarregados de educação, desenvolvidos rastreios dentários, com encaminhamento das crianças com 7 anos de idade, de acordo com critérios estabelecidos pelos enfermeiros responsáveis pelo projeto e articulado trabalho com as equipas de saúde familiar, promovendo-se o envolvimento dos enfermeiros de família nas intervenções dirigidas ao seio familiar.

Ao nível do programa de saúde escolar são desenvolvidos programas e projetos específicos (educação sexual em meio escolar, prevenção de acidentes e primeiros socorros, educação alimentar, cidadania...), sendo transversais ao nível da equipa concelhia os seguintes objetivos:

1 - Proporcionar à população escolarizada do Concelho a aquisição de conhecimentos e motivação capazes de assegurar, a cada um: o reforço da auto-estima e sentimentos de pertença; um desenvolvimento harmonioso; condições de sucesso

escolar e educacional; utilização racional e responsável dos serviços e outros recursos de saúde; a redução das desigualdades perante a saúde.

2 – Assegurar a atualização do Programa Nacional de Vacinação nas comunidades escolares.

3 - Contribuir para a integração de crianças com Necessidades de Saúde Especiais nos estabelecimentos de educação e ensino.

4 - Apoiar as iniciativas de inovação pedagógica corretoras de eventuais disfunções psico-afectivas.

5 - Apoiar os alunos na descoberta do valor do seu potencial de saúde e na adoção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano, capazes de lhes proporcionar: competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico, indispensáveis à opção e adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; saberes e resistências que lhes permitam contactar e conviver diariamente com múltiplos factores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde.

6 - Apoiar a participação parental de modo a potenciar a função da escola no desenvolvimento dos alunos.

7 - Promover a qualidade ambiental e a segurança dos estabelecimentos de ensino de modo a que a escola: seja vivida como um local ecológico, seguro e agradável; possa responder às eventuais necessidades especiais das crianças e dos jovens

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que pelo menos 80% dos alunos que completam 6 anos até 31 dezembro de 2010, a frequentar escolas públicas do concelho de Almada, efetuem o EGS até ao final do ano letivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento das listas de alunos de cada estabelecimento de ensino. Determinação do Parque Escolar de cada escola / IPSS. Identificação de todas as crianças nascidas em 2004, pertencentes a cada escola / pré escola. Monitorização de todas as crianças nascidas em 2004, quanto à realização do EGS, através de consulta SINUS e SAPE. Análise dos processos de inscrição de cada criança que não apresente registo de EGS realizado, em cada sede de agrupamento ou IPSS, para averiguação da entrega da Ficha de Ligação ou declaração do EGS na mesma. Convocação nas escolas de todas as crianças nascidas em 2004, até ao final do 1º Período, que não apresentem EGS dos 6 anos realizado, independentemente do CS onde se encontrem inscritas / local onde realizem vigilância de saúde infantil. 2ª Convocação nas escolas de todas as crianças nascidas em 2004, que não apresentem EGS dos 6 anos realizado até ao final do 2º Período. Articulação com a Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil de cada unidade de saúde (UCSP ou USF), nos casos mais difíceis para convocatória para o EGS. Realização do EGS, componente de enfermagem (avaliação estatuto ponderal, observação dentária, exame visual, exame auditivo, vigilância do PNV e inquérito de saúde) nas escolas / IPSS, sempre que o objetivo se encontre longe do proposto e depois de todas as anteriores estratégias terem sido implementadas sem sucesso (com prévia autorização dos encarregados de educação e estabelecimento de ensino). 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Nº de alunos que completam 6 anos até 31 Dezembro 2010, com EGS realizado/ Nº de alunos que completam 6 anos até 31 dezembro em análise * 100</u>

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que pelo menos 45% dos jovens com 13 anos, a frequentarem escolas públicas do concelho de Almada, efetuem o EGS até ao final do ano letivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinação do Parque Escolar de cada escola. Identificação de todas as crianças nascidas em 1997, pertencentes a cada escola / pré escola. Monitorização de todas as crianças nascidas em 1997, quanto à realização do EGS, através de consulta SINUS e SAPE. Análise dos processos de inscrição de cada jovem que não apresente registo de EGS realizado, em cada sede de agrupamento ou IPSS, para averiguação da entrega da Ficha de Ligação na mesma. Convocação nas escolas de todos os jovens nascidos em 1997, até ao final do 1º Período, que não apresentem EGS dos 13 anos realizado, independentemente do CS onde se encontrem inscritos / local onde realizem vigilância de saúde juvenil. 2ª Convocação nas escolas de todos os jovens nascidos em 1997, que não apresentem EG dos 13 anos realizado até ao final do 2º Período. Articulação com a Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil de cada unidade de saúde (UCSP ou USF), nos casos mais difíceis para convocatória para o EGS. Realização do EGS, componente de enfermagem (avaliação estatuto ponderal, observação dentária, exame visual, exame auditivo, vigilância do PNV e inquérito de saúde) nas escolas, sempre que o objetivo se encontre longe do proposto e depois de todas as anteriores estratégias terem sido implementadas sem sucesso. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Nº de alunos que completam 13 anos até 31 dezembro 2010, com EGS realizado/ Nº de alunos que completam 13 anos até 31 dezembro em análise *100</u>

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que pelo menos 97% dos alunos que completam 6 anos até 31 dezembro de 2010, a frequentar escolas públicas do concelho de Almada, cumpram do Plano Nacional de Vacinação (PNV). 	<ul style="list-style-type: none"> Determinação do Parque Escolar de cada escola / IPSS. Identificação de todas as crianças nascidas em 2004, pertencentes a cada pré escola / escola. Monitorização do PNV de todas as crianças nascidas em 2004, através de consulta SINUS. Análise dos processos de inscrição de cada criança, em cada sede de agrupamento ou IPSS, para consulta de cópia do Boletim Individual de Vacinação. Convocação nas escolas de todos as crianças nascidas em 2004, até ao final do 1º Período, que não apresentem PNV atualizado, independentemente do CS onde se encontrem inscritos. 2ª Convocação nas escolas de todos as crianças nascidas em 2004, que não apresentem PNV atualizado até ao final do 2º Período. Articulação com a Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil / Vacinação de cada unidade de saúde (UCSP ou USF), nos casos mais difíceis para convocatória para atualização do PNV. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Nº de alunos que completam 6 anos até 31 dezembro 2010 com PNV atualizado/</u> Nº de alunos que completam 6 anos até 31 dezembro em análise * 100

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que pelo menos 96% dos alunos que completam 13 anos até 31 dezembro de 2010, a frequentar escolas públicas do concelho de Almada, cumpram do Plano Nacional de Vacinação (PNV) 	<ul style="list-style-type: none"> Determinação do Parque Escolar de cada escola. Identificação de todas os Jovens nascidos em 1997, pertencentes a cada escola / secundário. Monitorização do PNV de todas os jovens nascidos em 1997, através de consulta SINUS. Análise dos processos de inscrição de cada jovem, em cada sede de agrupamento ou escola secundária, para consulta de cópia do Boletim Individual de Vacinação. Convocação nas escolas de todos os jovens nascidos em 1997, até ao final do 1º Período, que não apresentem PNV atualizado, independentemente do CS onde se encontrem inscritos. 2ª Convocação nas escolas de todos os jovens nascidos em 1997, que não apresentem PNV atualizado até ao final do 2º Período. Articulação com a Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil / Vacinação de cada unidade de saúde (UCSP ou USF), nos casos mais difíceis para convocatória para atualização do PNV. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nº de alunos que <u>completam 13 anos até 31 dezembro 2010 com PNV atualizado</u> / Nº de alunos que completam 13 anos até 31 dezembro em análise * 100

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar o encaminhamento adequado das crianças e jovens escolarizados, com necessidades de saúde especiais (NSE) e ou necessidades educativas especiais (NEE) em pelo menos 100% dos casos identificados 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento das listas de crianças e jovens com NSE ou NEE escolarizados no ensino público no concelho de Almada, já identificadas e acompanhadas nas IPSS / escolas / escolas secundárias. Participação nas reuniões de saúde escolar em cada IPSS / sedes de agrupamento / escolas secundárias, para identificação dos casos suspeitos de NSE e NEE. Participação nas reuniões de equipa multidisciplinar, promovidas nas / pelas unidades de saúde (UCSP / USF), para identificação dos casos suspeitos de NSE e NEE. Encaminhamento de cada potencial situação de NSE e NEE, de acordo com os recursos disponíveis e mais indicados para cada situação (equipa local de saúde, psicologia, consulta de desenvolvimento, pedopsiquiatria etc.). Registo em modelo próprio de todos os casos sinalizados (intervencções, encaminhamentos, articulações etc.). Validação e contabilização dos encaminhamentos efetuados. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Nº de crianças e jovens c/ NSE ou NEE alvo de intervenção da equipa de saúde escolar/ Nº de crianças e jovens referenciados com NSE e ou NEE identificadas * 100</u>
<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do ACES de Almada 100% das situações de risco identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> Participação nas reuniões de saúde escolar em cada IPSS / sedes de agrupamento / escolas secundárias, para identificação dos casos de potencial risco. Articulação com a Equipa de Enfermagem de Saúde Infantil de cada unidade de saúde (UCSP ou USF), para partilha de informação dos casos de risco. Sinalização através da Ficha de sinalização existente de todos os casos de potencial risco. Intervir em articulação com os elementos do NACJR. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> <u>Nº total de crianças e jovens em risco encaminhadas p/ NACJR / Nº de crianças e jovens em risco identificadas * 100</u>

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Realizar pelo menos 3 ações de formação para os profissionais da equipa de Saúde Escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação das necessidades de formação (individuais ou de grupo). Realização das ações de formação programadas. Apresentação oral ou por resumo escrito, à restante equipa, da síntese das ações de formação realizadas. 	Durante o ano letivo 2010/11	<ul style="list-style-type: none"> Nº de ações de formação para os profissionais saúde realizadas
<ul style="list-style-type: none"> Realizar pelo menos 3 reuniões de equipa de Saúde Escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reuniões mensais da equipa de enfermagem de saúde escolar, nos dois polos de forma alternada, para a partilha, discussão e avaliação das atividades desenvolvidas. Registo em modelo próprio de todas as reuniões realizadas. 	Durante o ano letivo 2010/11	<ul style="list-style-type: none"> Nº de reuniões de equipa realizadas
<ul style="list-style-type: none"> Realizar pelo menos 40 reuniões / ações de educação com pais / encarregados de educação e professores para formar, educar e informar sobre temáticas conducentes à promoção da saúde e prevenção da doença em meio escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de ações de educação para a saúde sobre alimentação saudável dirigida aos pais / encarregados de educação das crianças inscritas em todos os estabelecimentos de ensino público situados no concelho de Almada (IPSS, pré escolas e escolas do 1º ciclo do ensino básico). Realização de ações de educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas nos estabelecimentos de ensino expressas pelos responsáveis dos mesmos nas reuniões de saúde escolar e devidamente enquadradas nas atividades (projetos de departamento / turma...). O número de sessões será variável e de duração igualmente variável de acordo com as exigências da problemática, da população alvo ou da temática a abordar. Registo em modelo próprio de todas as SES realizadas. 	Durante o ano letivo 2010/11	<ul style="list-style-type: none"> Nº de reuniões / ações de educação com Pais / Encarregados de educação e Professores

OBJETIVOS	ATIVIDADES	PROGRAMAÇÃO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Realizar pelo menos 40 ações de educação para a saúde com alunos para formar, educar e informar sobre temáticas conducentes à promoção da saúde e prevenção da doença em meio escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de ações de educação para a saúde para os alunos, de acordo com as necessidades de formação levantadas e devidamente enquadradas nas atividades dos mesmos (projetos de departamento / turma / escola), em todos os estabelecimentos de ensino público situados no concelho de Almada (IPSS, pré escolas, escolas do 1º, 2º, 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário). O número de sessões será variável e de duração igualmente variável de acordo com as exigências da problemática, da população alvo ou da temática a abordar. Registo em modelo próprio de todas as SES realizadas. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nº de Ações de educação p. saúde realizadas com alunos
<ul style="list-style-type: none"> Colaborar na Implementação de 5 gabinetes da saúde na escola 	<ul style="list-style-type: none"> Negociação com as escolas secundárias do concelho, para a implementação de gabinetes da saúde na escola. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nº de gabinetes de saúde implementados nas Escolas
<ul style="list-style-type: none"> Colaborar/articular com a equipa de educação para a saúde responsável pelo gabinete do aluno em cada escola 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer um compromisso de articulação de enfermagem com a equipa de educação para a saúde em cada gabinete de saúde implementado nas escolas do concelho de Almada (3º ciclo do ensino básico e secundário). Proceder ao encaminhamento/articulação, personalizado e ou de grupo de cada jovem atendido sempre que se justifique. 	<p>Durante o ano letivo 2010/11</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nº de articulações efetuados nos gabinetes de Saúde nas escolas

Tabela 3 – Plano de Ação da Saúde Escolar, do ano 2010, da UCC de Almada (Fonte: Plano de Ação 2010 da UCC Almada)

3.4.1. Educação Alimentar

Uma das áreas de intervenção da divisão de Saúde Escolar é, como já foi referido anteriormente, a educação alimentar. A educação alimentar e as condições de higiene e sanitárias dos espaços de venda e consumo de produtos alimentares são uma preocupação crescente no espaço escolar.

A Divisão de Saúde Escolar da Direção-Geral da Saúde elaborou em fevereiro de 2006 um documento orientador para as equipas de saúde escolar com o objetivo de servir de modelo à elaboração de projetos de Promoção de uma Alimentação Saudável que a comunidade educativa pretenda desenvolver.

Neste documento é dado a conhecer os objetivos da intervenção da saúde escolar que visam o desenvolvimento de competências, no adquirir de conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares saudáveis. Assim temos como objetivos: (DGS, 2010).

- Colaborar no diagnóstico de situação alimentar da população escolar, a qualidade dos alimentos e das refeições servidas no refeitório e no bufete;
- Sensibilizar o órgão de gestão para a importância da alimentação saudável;
- Potenciar as aprendizagens curriculares; colaborar na formação da comunidade educativa, em especial manipuladores de alimentos e responsáveis de cantinas escolares;
- Apoiar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, no refeitório, bar e bufete escolar, tendo em conta o equilíbrio nutricional;
- Detetar e encaminhar os alunos com distúrbios do comportamento alimentar;
- Avaliar as condições higieno-sanitárias das cozinhas, refeitórios, bares e bufetes; participar na avaliação do projeto.

A metodologia de implementação do projeto passa por: diagnóstico da situação, fixação de objetivos, população alvo e recursos/parcerias. As atividades a desenvolver são fruto do diagnóstico da situação, da dimensão da escola, do sentido da mudança e da qualidade de vida. Nesse documento encontram-se apresentados vários exemplos de projetos, com sucesso, já desenvolvidos pelas escolas e centros de saúde.

Em 2006 o Ministério da Educação, pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, em conjunto com a Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, publicou um documento “Educação Alimentar em meio Escolar - Referencial

para uma Oferta Alimentar Saudável” que visou contribuir no sentido de sensibilizar a comunidade educativa para uma correta educação alimentar. Este documento é um referencial, no qual se encontram linhas orientadoras destinadas aos estabelecimentos de ensino, para os auxiliar a disponibilizar serviços mais de acordo com os princípios orientadores da educação alimentar e da alimentação saudável.

Neste documento podemos encontrar a explicação para a seleção de alguns alimentos em prejuízo de outros, justificando as várias opções num contexto mais alargado, o dos receios que partilhamos com outras nações e organismos europeus e mundiais. Aqui, tem-se como objetivo que este guião possa contribuir para o diálogo entre os vários elementos da comunidade educativa, visto que novos comportamentos e hábitos exigem debate, reflexão e cooperação entre todos. Este referencial (Quadro 1.1.) foi elaborado de modo a constituir uma ferramenta de apoio a outros documentos que surgiram, legislação, para um melhor sucesso nesta área (Baptista, 2006).

Com a crescente autonomia das escolas e a concessão de exploração dos refeitórios escolares a empresas de restauração colectiva foi necessário uniformizar critérios que fossem ao encontro da educação alimentar escolar. Assim o Ministério da Educação tornou público em 15 de maio de 2007 a circular nº 11/DGIDC/2007, que dá recomendações para os bufetes escolares e publicou em 25 de maio de 2007 outra circular nº14/ DGIDC/2007, na qual esclarece algumas normas gerais de alimentação em refeitórios escolares.

A Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (DRELVT) publica todos os anos no seu portal *on line*, na área da ação social escolar, as ementas a serem seguidas pelas empresas de restauração coletiva que exploram os refeitórios escolares.

BIBLIOGRAFIA

- BAPTISTA, M. I. M. - **Educação Alimentar em meio Escolar, Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável**; Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2006, Outubro). Disponível em: <http://sitio.dgide.min-edu.pt>
- FARIA, H. A. e Carvalho, G. S. de. - **Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde**. In Revista Portuguesa de Saúde Pública, Promoção da Saúde, n.º 22, (2), pp. 79 – 88. (2004, julho/dezembro). [Consult. 8 novembro 2011] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-07-2004.pdf>
- FIGUEIREDO, Martins; ALBERTO, Túlio; MACHADO, Taqueti; [Et al] - **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. (2008) In Ciência e Saúde Colectiva, Vol. 15, N.º. 2, Março 2010, pp. 397-402 - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva, Brasil. [Consult. 8 novembro 2011] Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63012321011>
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho – **A inserção do enfermeiro na saúde escolar**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991. Coleção Campi, volume 3. ISBN: 85-314-0042-2
- GOMES, José Precioso – **As Escolas Promotoras de Saúde, uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar – in Revista Educação**, Porto Alegre, vol. N.º 32, n.º1, pp. 84-91- Abril, 2009 - [Consult. 8 Setembro 2011] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10193/1/Revista%2520Educa%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520Brasil.pdf>
- MANDIM, José F. Oliveira - **As dinâmicas para a Promoção da Saúde numa Escola do Ensino Básico do Porto: um estudo de caso** - Porto: Universidade Aberta, 2007. [Consult. 2 maio 2011] Disponível em: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/LC324.pdf>
- NAVARRO, F. - **Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária**. In Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 13, nº 4, pp. 77-83. (1995b)

- NAVARRO, F. - **Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas.** AAVV. Atas do I congresso Nacional de Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho, pp. 13-28. 1999.
- NAVARRO, F. – **Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundário. - A Educação para a Saúde. Papel da Educação Física na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis: simpósio.** Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. (1995a).
- PRECIOSO, J. e SILVA, S. – **As escolas promotoras de saúde na educação alimentar: um estudo efectuado em alunos do 2º ciclo.** In revista Alimentação Humana, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Vol. 10, nº2, 2004.
- SAMPAIO, D.; BAPTISTA, M.; MATOS, M.; SILVA, M. – **Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Relatório preliminar.** Lisboa: Ministério da Educação, 2005

OUTROS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

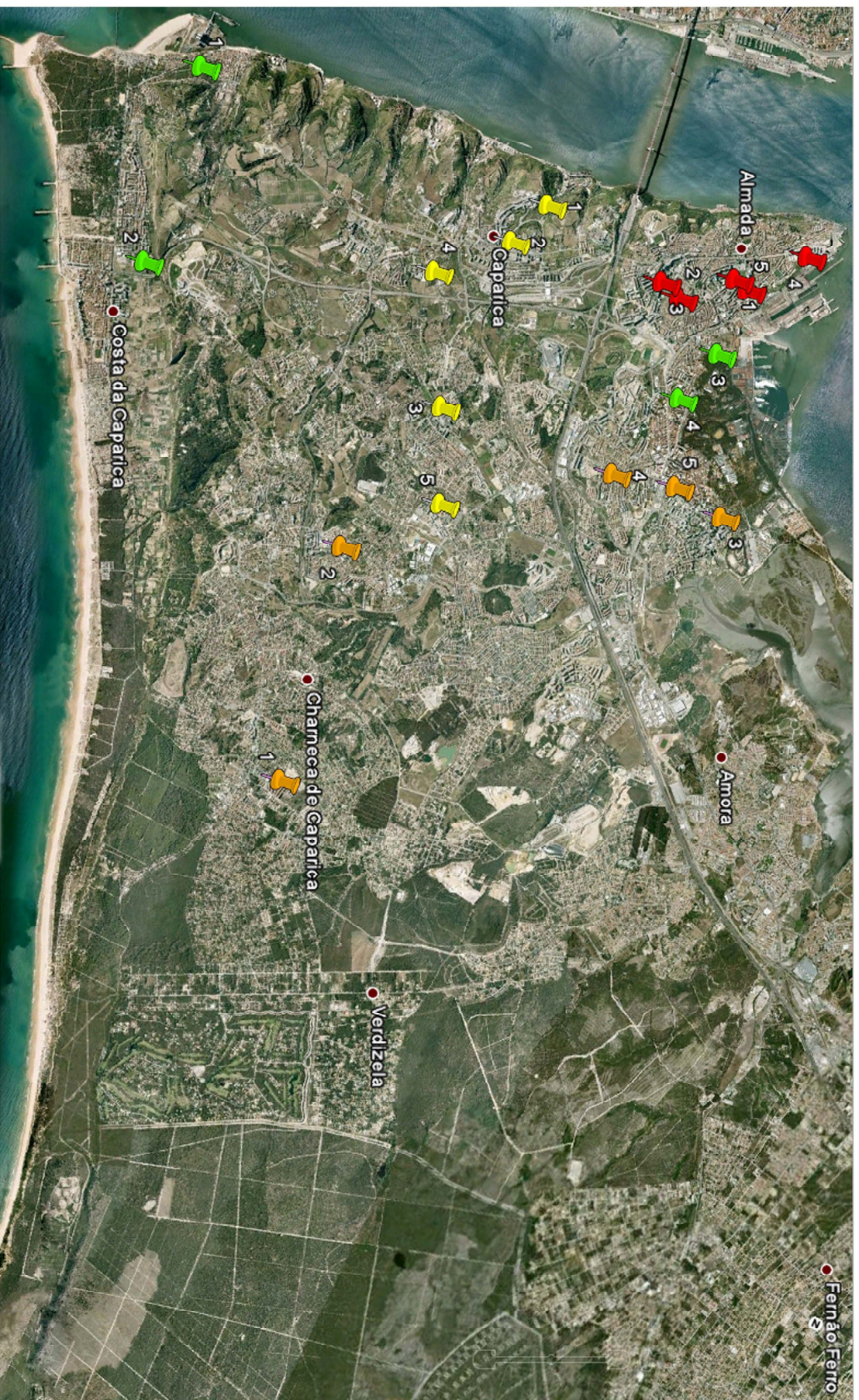
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada – A Outra Margem - **Plano de Ação, 2010** - ACES de Almada, 2010
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada – A Outra Margem - **Plano de Atividades 2011** - ACES de Almada, 2011
- Agrupamento de Centros de Saúde de Almada - Unidade de Apoio à Gestão – Gabinete de Gestão da Informação - **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde** - ARSLVT, 2009
- Agrupamento de Centros de Saúde de Almada - Unidade de Apoio à Gestão – Gabinete de Gestão da Informação - **Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde** - ARSLVT, 2010
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1.ª Série, n.º 38 - **Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro** – Caracterização geral e criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde

- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a série, n.º74 - **Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril** – Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade
- DIRECÇÃO GERAL DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - **Circular Normativa n.º 23 /SEO- Princípios Orientadores de Saúde Primários**. Lisboa, 1989
- DIRECÇÃO GERAL DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - **Norma de Serviço n.º 12/SEO - Saúde Escolar, finalidade, especificidade e tipos de intervenção**. Lisboa, 1986
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Escolar** – Lisboa, 2007. [Consult. 19 maio 2011] Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. - **A rede europeia e portuguesa das escolas promotoras de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 1998
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. - **A rede nacional de escolas promotoras de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2001
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. - **Rede Europeia e Nacional de Escolas Promotoras de Saúde**. Lisboa: Ministério da Educação. 1998
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. - **Risco-Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde**. Lisboa: CCES DGS. 2002
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: DEB. - **A Educação Pré-Escolar e os Cuidados para a Infância em Portugal**. Lisboa: ME: DEB. 2000
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direção-Geral de Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: Ministério da Saúde, DGS. 2005. [Consult. 19 maio 2011]. Disponível em: http://www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/saude_escolar/programa_nacional_saude_escolar_2005.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1997**. Lisboa: Ministério da Saúde. 1996
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do Século 1998-2002. Orientações para 1998**.Lisboa: IGIF. 1998
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Saúde: um compromisso. A estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)**. Lisboa: MS 1999

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direção-Geral de Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. [Consult. 4 maio 2011] Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- OMS, COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, CONSELHO DA EUROPA - **A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde**. Lisboa: ME. 1994.
- OMS. Health 21 - **Health for all in the 21st century**. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional/Europeia da Saúde para Todos**. Lisboa: MS/Departamento de Estudo e Planeamento. 1985
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **As Recomendações da Conferência de Adelaide - Políticas Favoráveis à Saúde**. Lisboa: DGCSP. 1998
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. (Direção Geral de Saúde, trad.) Versão Portuguesa “Uma Conferência Internacional para a promoção de saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canadá. 1986 [Consult. 10 setembro 2011] Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Declaração de Jakarta sobre a promoção de saúde no XX**. (Texto Policopiado). 1997
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **L'Éducation par la Santé. Manuel d'Éducation pour la Santé dans l'optique de Soins de Santé Primaires**. Genève: OMS. 1990
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Santé 21. La politique-Cadre de la Santé pour tous pour la region européenne de l'OMS**. Copenhagen:OMS. 1999
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, CONSELHO DA EUROPA - **Promover a Saúde da Juventude Europeia. Educação para a saúde nas escolas. Manual de Formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens**. Lisboa: ME. 1995

Anexo II – Poster “Parque Escolar de Almada”

P A R Q U E E S C O L A R



Enf.ª Estela Sena

Freguesias:

- Caparica
- Sobreda

Agrupamentos:

1. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS MIRADOURO DE ALFÂNAMA
Rua do Casal / Casal de Caparica
2825-015 Caparica
2. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS MONTE BE CAPARICA
Rua do Teófilo Ribeiro
2825-002 Caparica
3. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS ELIAS GARCIA
Eduardo Elias Garcia
Rua Manuel Pereira
2835-905 Sobreda
4. ESCOLA SECUNDÁRIA DO MONTE DE CAPARICA
Rua Projectada V. da Rua da Urna
2825-105 Caparica
5. ESCOLA SECUNDÁRIA DANIEL SAMPAIO
Rua Dr. Alberto Araújo
Vila Filadelfa
2835-813 Sobreda



Enf.ª Emília Diego

Freguesias:

- Almada
- Póvoa
- Caparica
- Trafalgar

Agrupamentos:

1. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS DO ANTONIO DA COSTA
R. 2.º D. António da Costa
Av. Prof. Edgar Moitz
2804-437 Almada
2. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS ARLEJO DE ANDRADE
Rua Simão de Andrade
2805-529 Almada
3. ESCOLA SECUNDÁRIA TERMOLOMENDES INTOS
Rua das Sarras/Pedreira
2804-427 Almada
4. ESCOLA SECUNDÁRIA CAQUINA - TEO
Incapalil Vinte
2800-098 Almada
5. ESCOLA SECUNDÁRIA ENLINO NAVARRO
Av. Rina de Costa Lenor
2805-009 Almada



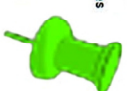
Enf.ª Cristina Simões

Freguesias:

- Covada Pedada
- Costa de Caparica
- Trafalgar

Agrupamentos:

1. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS DA TRAVARIA
Edu. J.ª Trarava
5.ª Trav. J.ª Trarava
2825-951/950 Almada
2. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS DE COSTA DA CAPARICA
Rua João Lopes
2825-471 Costa da Caparica
3. AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS COMANDANTE CONCEIÇÃO SILVA
Escola Bricol 23 Comandante Conceição S. Silva
Rua Comendante Eugénio Conceição S. Silva
2804-513 Almada
4. ESCOLA SECUNDÁRIA ANTONIO GEDÉÃO
Alameda Guerra Junqueiro
Laranjeiro
2824-520 Almada



Enf.ª Alexandra Soares

Freguesias:

- Charneca de Caparica
- Fajó
- Laranjeiro

Agrupamentos:

1. AGRUPAMENTO VERTICAL CHARNECA DE CAPARICA
Praça Frederico de Freitas - Quinhinas
2515-504 Charneca de Caparica
2. AGRUPAMENTO VERTICAL VALE ROSAL
Praça João Viana - Vale Fajal
2820-075 Charneca de Caparica
3. AGRUPAMENTO VERTICAL PROF. ANÍBAL VILASBOAS
Avenida Professor Rui Luís Gomes
2814-504 Laranjeiro
4. AGRUPAMENTO VERTICAL ROMEU CORREIA
Rua Virgília Moura
2814-501 Fajó
5. AGRUPAMENTO DE ESCOLAS FRANCISCO SIMÕES
Avenida Pereira - Laranjeiro
2817-255 Almada



Realizada por
Enf.ª Célia Oliveira
Especialidade em Farmacogenética
Instituto Células da Saúde
Maio 2011

Anexo III – Dados do diagnóstico de situação

ALUNOS DA ESCOLA BÁSICA 2º + 3º CICLOS DA ALEMBRANÇA							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
6	M	7º	B	15	46	1,67	16
9	M	7º	B	14	50	1,72	17
10	M	7º	B	13	36	1,48	16
11	F	7º	B	12	46	1,48	21
12	M	7º	B	12	45	1,52	19
13	F	8º	B	15	54	1,75	18
14	F	8º	B	14	49	1,66	18
15	F	8º	B	15	49	1,63	18
16	M	8º	C	14	61	1,74	20
19	F	7º	C	13	36	1,45	17
21	M	7º	C	15	54	1,71	18
23	F	8º	B	14	40	1,54	17
25	F	8º	B	16	53	1,58	21
27	F	9º	A	14	49	1,58	20
28	F	9º	A	14	55	1,61	21
29	F	9º	A	15	60	1,60	23
30	F	9º	A	15	54	1,63	20
31	M	9º	A	15	46	1,64	17
32	M	9º	A	14	60	1,76	19
33	F	9º	A	14	52	1,70	18
34	F	9º	A	15	49	1,56	20
62	F	9º	B	16	55	1,51	24
63	F	9º	B	14	43	1,64	16
64	M	9º	B	15	69	1,67	25
65	F	9º	B	15	48	1,64	18
66	F	9º	B	14	65	1,71	22
71	F	7º	C	12	47	1,61	18
72	F	7º	C	13	45	1,48	21
75	F	7º	C	14	47	1,60	18
76	F	7º	C	12	36	1,49	16
87	M	7º	A	14	41	1,59	16
88	F	7º	A	12	42	1,57	17
89	M	7º	A	13	70	1,81	21
90	F	7º	A	13	53	1,59	21
91	M	7º	A	14	41	1,59	16
92	F	8º	C	16	40	1,50	18
93	F	8º	C	15	54	1,58	22
94	F	7º	C	12	56	1,65	21
95	M	7º	C	12	53	1,64	20
96	M	7º	C	12	49	1,62	19
97	F	7º	C	13	55	1,58	22
98	F	7º	C	13	40	1,60	16
99	F	8º	C	14	75	1,65	27
100	M	8º	C	14	55	1,66	20
101	F	8º	C	14	60	1,64	22
102	F	8º	C	14	46	1,55	19
103	M	8º	C	15	60	1,68	21

ALUNOS DA ESCOLA BÁSICA 2º + 3º CICLOS DA ALEMBRANÇA							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
104	M	8º	C	15	88	1,74	29
105	M	8º	C	15	71	1,70	25
106	F	8º	C	13	43	1,47	20
107	F	8º	C	14	56	1,75	18
108	F	8º	C	13	51	1,58	20
109	F	8º	C	17	74	1,58	30
110	M	8º	C	16	68	1,76	22
111	M	8º	C	14	47	1,65	17
112	F	8º	B	13	43	1,50	19
113	M	8º	B	15	57	1,64	21
114	M	9º	A	17	55	1,79	17
115	M	7º	C	13	65	1,69	23
116	F	9º	B	14	57	1,68	20
117	F	9º	B	15	54	1,62	21
118	M	8º	C	14	28	1,48	13
119	M	8º	C	16	68	1,76	22
120	F	8º	C	13	43	1,47	20
121	F	7º	A	12	54	1,59	21
122	F	7º	A	12	53	1,54	22
123	F	7º	A	13	56	1,67	20
124	F	9º	B	15	51	1,57	21
125	M	8º	A	14	46	1,71	16
126	F	8º	A	13	48	1,56	20
127	F	8º	A	13	39	1,55	16
128	F	9º	B	14	54	1,59	21
129	M	9º	B	16	60	1,74	20
130	M	8º	A	14	46	1,71	16
131	M	8º	A	14	62	1,68	22
132	M	8º	A	13	48	1,57	19
133	F	8º	A	14	56	1,62	21
134	F	8º	A	13	35	1,51	15
135	F	8º	A	13	45	1,60	18
136	F	8º	A	13	49	1,65	18
137	F	8º	A	13	53	1,62	20
138	M	8º	A	13	56	1,58	22
139	M	8º	A	13	55	1,76	18
140	M	8º	A	14	63	1,74	21
141	M	9º	B	14	44	1,60	17
142	M	8º	A	13	37	1,51	16
143	F	8º	A	14	41	1,55	17
144	F	8º	A	14	51	1,58	20
150	M	8º	A	14	54	1,75	18
151	M	8º	A	13	45	1,45	21
152	M	8º	A	14	65	1,83	19
153	F	8º	A	14	43	1,61	17
154	M	8º	A	13	89	1,65	33

Nota: O IMC encontra-se arredondado à unidade, tal como o peso, por opção da autora do projeto.

Legenda:

	7º ano escolaridade
	8º ano escolaridade
	9º ano escolaridade
	IMC \leq 18

Na tabela seguinte podemos encontrar distribuídos por ano de escolaridade do 3º ciclo, o número de alunos avaliados na Feira da Saúde e o número de alunos com I.M.C. igual ou inferior a 18 valores.

	Avaliados	Com IMC \leq 18
Nº alunos do 7º ano	25	12
Nº alunos do 8º ano	48	19
Nº alunos do 9º ano	20	6
Nº TOTAL ALUNOS	93 = 100%	37 = 39,8%

Tabela 2 – Distribuição dos alunos da Escola 2º + 3º Ciclos da Alembrança com IMC \leq 18 por ano de escolaridade.

Na tabela seguinte podemos encontrar os alunos distribuídos por sexo e ano de escolaridade, com correspondência ao IMC \leq 18.

		Nº alunos do 7º ano	Nº alunos do 8º ano	Nº alunos do 9º ano	Nº TOTAL POR SEXO
Masculino	Avaliados	11	22	6	39
	IMC \leq 18	6	7	3	16
Feminino	Avaliados	14	26	14	54
	IMC \leq 18	6	12	3	21
Nº TOTAL ALUNOS	Avaliados	25	48	20	
	IMC \leq 18	12	19	6	

Tabela 3 – Distribuição dos alunos da Escola 2º + 3º Ciclos da Alembrança por sexo, ano de escolaridade e IMC \leq 18.

Conclusões:

- Do total de alunos avaliados (93 alunos) do 3º ciclo da Escola EB 2+3 Alembrança, existe 37 alunos com IMC \leq 18, valor que relata magreza excessiva, de acordo com a OMS. Destes 37 alunos, 16 são do sexo masculino e 21 são do sexo feminino.
- Destes 37 alunos, 12 são do 7º ano, 19 são do 8º ano e 6 são do 9º ano de escolaridade.
- Embora a maior percentagem de magreza se encontre em alunos do 8º ano de escolaridade, estes dados não permitem concluir que sejam os alunos deste ano os mais magros, uma vez que foram os que mais se voluntariaram para serem avaliados.

ALUNOS DA ESCOLA 3º CICLO + SECUNDÁRIA ROMEU CORREIA							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
1	F	12º	TAP	18	49	1,59	19
2	M	12º	B1	18	60	1,64	22
3	M	12º	B1	17	59	1,69	21
4	F	12º	TAP	18	51	1,58	20
5	F	12º	B1	17	59	1,69	21
6	F	12º	B1	18	62	1,80	19
7	F	12º	B1	17	44	1,58	18
8	M	12º	B1	17	58	1,77	18
9	F	12º	B1	17	51	1,62	19
10	M	12º	B1	18	70	1,79	22
11	M	12º	A3	19	77	1,76	25
12	M	12º	B1	20	74	1,76	24
13	M	12º	TAP	18	110	1,87	31
14	M	12º	D1	18	61	1,68	21
15	F	12º	B1	17	52	1,68	19
16	F	11º	TAP	16	59	1,58	23
17	F	11º	TAP	17	62	1,61	24
18	F	11º	A3	17	51	1,62	19
19	M	11º	A1	16	69	1,74	23
20	M	11º	A3	18	66	1,70	23
21	F	11º	A3	16	48	1,64	17
22	M	11º	A1	16	60	1,72	20
23	M	11º	A1	16	67	1,80	21
24	M	11º	A3	18	64	1,76	21
25	F	11º	TAP	17	50	1,55	21
26	F	11º	TAP	17	59	1,71	20
27	M	11º	B1	17	67	1,80	21
28	M	11º	A3	16	70	1,85	20
29	F	11º	TAP	17	54	1,49	24
30	M	11º	A3	16	56	1,63	21
31	F	10º	B3	16	57	1,59	22
32	M	10º	A3	16	52	1,58	21
33	F	10º	A4	15	54	1,50	24
34	F	10º	B3	15	58	1,65	21
35	M	10º	B3	16	56	1,69	20
36	M	10º	A1	15	66	1,75	22
37	F	10º	B3	16	55	1,58	22
38	M	10º	B3	16	52	1,57	21
39	F	10º	B1	15	60	1,76	20
40	F	10º	C1	16	51	1,60	20
41	M	10º	A3	15	52	1,60	20
42	F	10º	C1	16	51	1,61	20
43	F	10º	B3	16	64	1,57	26
44	F	10º	B1	15	67	1,67	24
45	M	10º	B3	16	60	1,80	18
46	M	10º	B3	15	56	1,59	23
47	F	10º	B3	15	41	1,51	18

ALUNOS DA ESCOLA 3º CICLO + SECUNDÁRIA ROMEU CORREIA							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
48	F	10º	B3	16	53	1,60	21
49	F	10º	C1	16	49	1,64	18
50	F	10º	A1	15	46	1,61	18
51	F	10º	B3	15	46	1,57	19
52	F	10º	B3	15	51	1,63	19
53	M	10º	B3	15	51	1,67	18
54	F	10º	C1	16	60	1,63	23

Legenda:

	10º ano escolaridade
	11º ano escolaridade
	12º ano escolaridade
	IMC ≤ 18

Na tabela seguinte, podemos encontrar distribuídos por ano de escolaridade do secundário, o número total de alunos avaliados e o número de alunos com I.M.C. ≤ a 18.

	Avaliados	Com IMC ≤ 18
Nº alunos do 10º ano	24	5
Nº alunos do 11º ano	15	1
Nº alunos do 12º ano	15	2
Nº TOTAL ALUNOS	54 = 100%	8 = 14,8%

Tabela 4 - Distribuição dos alunos da Escola 3º Ciclo + Secundária Romeu Correia com IMC ≤ 18 por ano de escolaridade.

Na tabela seguinte podemos encontrar os alunos distribuídos por sexo e ano de escolaridade, com correspondência ao IMC ≤ 18.

		Nº alunos do 10º ano	Nº alunos do 11º ano	Nº alunos do 12º ano	Nº TOTAL POR SEXO
Masculino	Avaliados	8	8	8	24
	IMC ≤ 18	2	0	1	3
Feminino	Avaliados	16	7	7	30
	IMC ≤ 18	3	1	1	5
Nº TOTAL ALUNOS	Avaliados	24	15	15	
	IMC ≤ 18	5	1	2	

Tabela 5 - Distribuição dos alunos da Escola 3º Ciclo + Secundária Romeu Correia por sexo, ano de escolaridade e IMC ≤ 18.

Conclusões:

- Do total de alunos avaliados (54 alunos) do ensino secundário, existe 8 alunos com IMC ≤ 18, valor que relata magreza excessiva, de acordo com a OMS. Destes 8 alunos, 3 são do sexo masculino e 5 são do sexo feminino.
- Destes 8 alunos, 3 são do 10º ano, 1 é do 11º ano e 1 é do 12º ano de escolaridade.

- Embora a maior percentagem de magreza se encontre em alunos do 10º ano de escolaridade, mais uma vez aqui também não se pode concluir que sejam os alunos deste ano os mais magros, uma vez que eles estão em maioria.

ALUNOS DA ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DO PINHEIRINHO							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
41	?	8º	C	14	55	1,65	20
42	?	8º	C	14	68	1,70	24
43	?	8º	C	14	47	1,68	17
44	?	8º	C	14	52	1,59	21
45	?	8º	C	14	47	1,65	17
46	?	8º	C	14	75	1,81	23
47	?	8º	B	16	49	1,70	17
48	?	8º	B	15	56	1,74	18
49	?	8º	B	16	57	1,67	20
50	?	8º	B	14	51	1,59	20
51	?	8º	B	14	56	1,64	21
52	?	8º	B	14	52	1,66	19
53	?	8º	B	14	54	1,57	22
54	?	8º	B	14	57	1,60	22
55	?	8º	B	14	45	1,55	19
56	?	8º	B	14	43	1,64	16
57	?	8º	B	14	54	1,66	20
257	?	8º	A	17	40	1,65	15
258	?	8º	A	14	37	1,51	16
259	?	8º	A	14	52	1,60	20
260	?	8º	A	14	54	1,35	30
261	?	8º	A	14	46	1,64	17
262	?	8º	A	17	54	1,55	22
263	?	8º	A	15	59	1,57	24
264	?	8º	A	14	47	1,61	18
266	?	8º	A	14	45	1,59	18
439	?	8º	C	15	49	1,69	17
440	?	8º	C	15	43	1,59	17
441	?	8º	C	14	30	1,42	15
442	?	8º	C	16	59	1,78	19
443	?	8º	C	15	61	1,79	19
444	?	8º	C	14	56	1,66	20
445	?	8º	C	14	36	1,48	16
446	?	8º	C	15	65	1,83	19
447	?	8º	C	14	54	1,65	20
448	?	8º	C	14	49	1,62	19
449	?	8º	C	14	55	1,73	18
450	?	8º	C	14	94	1,75	31
451	?	8º	C	14	58	1,57	24
452	?	8º	C	14	46	1,66	17
453	?	8º	C	14	48	1,63	18

ALUNOS DA ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DO PINHEIRINHO							
Nº de identificação aluno	Sexo	Ano escolaridade	Turma	Idade (anos)	Peso (Kg)	Altura (m)	I.M.C.
454	?	8º	C	14	49	1,67	18
455	?	8º	C	14	56	1,76	18
456	?	8º	C	16	50	1,71	17
457	?	8º	C	14	100	1,78	32
458	?	8º	C	14	43	1,52	19
459	?	8º	C	14	54	1,71	18
460	?	8º	B	14	50	1,69	18
461	?	8º	B	14	54	1,66	20
462	?	8º	B	14	44	1,58	18
463	?	8º	B	15	55	1,63	21
553	?	8º	A	15	58	1,59	23
554	?	8º	A	14	43	1,56	18
555	?	8º	A	14	63	1,64	23
556	?	8º	A	15	54	1,63	20
557	?	8º	A	15	75	1,76	24
558	?	8º	A	14	49	1,68	17
559	?	8º	A	14	49	1,65	18
560	?	8º	A	14	44	1,67	16
561	?	8º	A	15	37,5	1,52	16
562	?	8º	A	14	42	1,49	19
563	?	8º	A	16	70	1,70	24
564	?	8º	A	14	63	1,77	20
565	?	8º	A	14	51,5	1,65	19
566	?	8º	A	16	46	1,67	16
658	?	9º	A	16	48	1,58	19
659	?	9º	A	16	54	1,59	21
660	?	9º	A	15	46	1,55	19
661	?	9º	A	15	62	1,62	24
663	?	9º	A	15	31	1,42	15
664	?	9º	A	15	39	1,60	15
666	?	9º	A	15	51	1,69	18
667	?	9º	A	17	85	1,84	25
668	?	9º	A	16	49	1,57	20
669	?	9º	A	15	47	1,57	19
670	?	9º	A	15	57	1,68	20
671	?	9º	A	15	35	1,50	16
672	?	9º	A	15	40	1,63	15
674	?	9º	A	15	45	1,58	18
675	?	9º	A	18	57	1,50	25
676	?	9º	A	15	46	1,53	20
677	?	9º	A	16	69	1,56	28
678	?	9º	A	15	43	1,59	17
679	?	9º	A	16	46	1,70	16
681	?	9º	A	16	46	1,64	17
682	?	9º	A	?	41	1,71	14

Legenda:

	8º ano escolaridade
	9º ano escolaridade
	IMC \leq 18

Na tabela seguinte, podemos encontrar distribuídos por ano de escolaridade, o número total de alunos avaliados e o número de alunos com I.M.C. \leq 18 valores.

	Avaliados	Com IMC \leq 18
Nº alunos do 8º ano	65	29
Nº alunos do 9º ano	21	10
Nº TOTAL ALUNOS	86 = 100%	39 = 45,3 %

Tabela 6 - Distribuição dos alunos da Escola Básica Integrada do Pinheirinho com IMC \leq 18 por ano de escolaridade.

Conclusões:

- Do total de alunos avaliados (86 alunos) do 3º ciclo, existem 29 alunos do 8º ano e 10 alunos do 9º ano com IMC \leq 18, valor que relata magreza excessiva, de acordo com a OMS.
- Não é possível calcular o n.º total de alunos com IMC \leq 18, distribuídos por sexo, uma vez que este dado não nos foi fornecido pela escola.
- Mais uma vez não se pode concluir que os alunos do 8º ano são os mais magros, pois sendo os que se encontram em maior número representado, estatisticamente há a probabilidade de apresentarem maior número de IMC \leq 18 valores.

Anexo IV – Enquadramento teórico dos Distúrbios do Comportamento Alimentar

ÍNDICE

1.	A ALIMENTAÇÃO E AS SUAS INFLUÊNCIAS	128
2.	PROMOÇÃO DA SAÚDE	132
1.1.	As escolas na promoção de uma alimentação saudável	138
2.	ANOREXIA E BULIMIA	141
2.1.	Definição	142
3.2.	Prevalência	145
3.3.	Motivos e causas	148
3.4.	Como se apresenta a doença	149
3.5.	O que fazer	154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores condicionantes do comportamento dos jovens em relação à saúde.	134
--	-----

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Forma como as pessoas com anorexia se vêem	153
---	-----

1. A ALIMENTAÇÃO E AS SUAS INFLUÊNCIAS

O estado de saúde de uma população está diretamente relacionado com o modo de vida adotado e, a alimentação, para além de ser uma necessidade fundamental, é um dos fatores do ambiente que mais afeta a saúde em todas as fases do seu ciclo de vida. O ato de comer, para além de satisfazer necessidades energéticas e biológicas inerentes ao bom funcionamento do nosso organismo, é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. (Nunes e Breda, sem ano).

A alimentação tem sido, ao longo da história, uma constante nas preocupações do Homem. Já um velho ditado diz que “somos o que comemos”, pelo que os hábitos alimentares condicionam grandemente o estado de saúde (Martinez *et al.*, 1998 *in* Gonçalves, 2006).

No entanto, não basta ter acesso a bens alimentares. É preciso saber comer, saber escolher os alimentos de forma adequada. Muitas das doenças crónicas do mundo ocidental (obesidade, cancro, doenças cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão diretamente relacionadas com a prática alimentar. (Nunes e Breda, sem ano). Torna-se por isso decisivo promover uma alimentação saudável e uma educação alimentar ao longo da vida.

Apesar de cada vez mais se reconhecer a importância de uma alimentação saudável e se ter evoluído no conhecimento científico em alimentação e nutrição, tem-se verificado que “(...) *à medida que os países se desenvolvem e a população adquire maior poder de compra se regista um aumento do erros alimentares.*” (Precioso e Silva, 2004). Como consequência, tem aumentando o número das doenças relacionadas com os hábitos alimentares.

Até aos anos 90 os hábitos alimentares dos portugueses baseavam-se na dieta mediterrânica. A partir de 1990 verificou-se que estes hábitos sofreram modificações em resultado da melhoria das capacidades económicas das famílias portuguesas e do progresso económico do nosso país. Constatou-se um crescimento das grandes superfícies comerciais, o aumento do poder de compra em geral, a inclusão do *fast-food* e o aparecimento de novos produtos alimentares vindos da Europa e da América, o que provocou uma alteração do tipo de alimentos usados nas casas dos portugueses (Instituto Nacional de Estatística [INE] (2010) e Valagão, 1992 (como citado em Barros, 2002, p.47) e Precioso (2004).

Inerente a todas estas transformações sócio-económicas por que Portugal estava a passar, verifica-se também a afetação da mulher no mercado de trabalho assalariado (que até aqui era essencialmente doméstica), o que provocou uma alteração das horas de refeição em família e conseqüentemente a alterações nos comportamentos alimentares. (Barros, 2002). Verificou-se uma simplificação dos pratos confeccionados (passaram a ser refeições rápidas) devido à falta de tempo para os preparar e confeccionar. Ora a consequência do trabalho da mãe fora de casa fez com que os jovens passassem mais tempo na escola e tomassem as refeições na escola. Assim, passa a haver uma socialização alimentar precoce, através de várias componentes educativas que não as da família (Barros, 2002).

Verifica-se simultaneamente uma melhoria do nível de escolaridade, assim como uma nova estrutura familiar - mononuclear. Surgem assim novos estilos de vida e valores, que levam a novos modelos alimentares. (Barros, 2002). Para além disto, houve um aumento muito significativo da população ativa do sector terciário, especialmente nos grandes centros urbanos, o que fez com que surgissem novas profissões e simultaneamente diferentes necessidades alimentares. Segundo Valagão, 1992 (citado em Barros, 2002, p.47), as novas tecnologias também fomentaram o incremento do sedentarismo na sociedade, visto que por exemplo, a existência de telemóveis facilitou a realização das tarefas laborais pois exigem menos deslocações.

O facto de um adolescente ambicionar ser independente, querer participar em atividades sociais (sair à noite, ir ao cinema com os amigos), ter um horário mais flexível com pouco tempo livre, facilitou que o mesmo tome as suas refeições mais fora de casa, e assim possa saltar refeições e tenha atitudes alimentares incorretas, como comer produtos de cafetarias (Moreira e Peres, 1996 *in* Gonçalves, 2006).

Precioso (2004) defende que os jovens estão cada vez mais a ingerir alimentos hipercalóricos, de fraca densidade nutricional, e em consequência disso e do aumento do sedentarismo, a obesidade infantil e na adolescência está a aumentar.

Os jovens ao passarem a maior parte do seu tempo na escola é lá que fazem grande parte das suas refeições, o que os obriga a ter que tomar decisões sobre o que comer longe da família. Sendo que a alimentação disponível remete-se ao refeitório, ao bar, à máquina de snacks e dramaticamente a cafés/restaurantes disponíveis nos arredores da escola, facilmente se depreende que este tipo de alimentação leva a consumos fáceis e desproporcionados face às necessidades alimentares, pois trata-se de uma alimentação coletiva, com alimentos de fácil preparação, padronizados e massificados. Esta

massificação é o resultado das mudanças sociais da sociedade portuguesa, em resultado aos novos estilos de vida, mais abundância, urbanização, etc. Para além disto, estas escolhas alimentares são muitas vezes condicionadas pela publicidade. Barros (2002) defende que a comunicação social exerce uma grande influência na socialização dos jovens, principalmente a televisão, levando à adoção de certas práticas alimentares de um modo muito significativo. Assim, a influência dos *media* nos comportamentos alimentares dos jovens faz-se pela produção e reprodução de conceitos padrão, associando alguns alimentos a um dado consumo simbólico. Esta influência leva à difusão de certas imagens ou características ligadas a determinados alimentos. Assim, existem certos alimentos dirigidos aos jovens, passando a fazer parte dos hábitos de consumo diário de crianças e jovens. Deste modo, a publicidade exerce uma grande influência sobre as práticas alimentares dos jovens, visto que faz uma ligação entre alguns alimentos e certas características e certas imagens (Barros, 2002).

Estes e outros fatores revelam a necessidade de promover a educação alimentar das populações.

Em 1996 a Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação (SPCNA), realizou um estudo designado por “Publicidade Alimentar na Televisão”, no qual se constata o grande impacto e eficácia da publicidade através da televisão sobre as práticas alimentares da sociedade portuguesa. Verificou-se que a televisão pode contribuir positivamente ou negativamente para a educação, informação e enriquecimento das crianças, adolescentes e adultos. Na verdade, a televisão pode ser usada como meio de sedução e de indução para promover bons hábitos alimentares. Pois não nos podemos esquecer que o objetivo da publicidade é convencer o consumidor a adquirir o produto. (Barros, 2002). De acordo com este estudo a maioria dos anúncios referem-se a alimentos do tipo batatas fritas de pacote, chocolates, flocos de cereais, etc., sendo que apenas 30% dos anúncios podiam ser incluídos nas Roda dos Alimentos.

A televisão e as revistas são provavelmente os meios com maior influência nos hábitos alimentares dos adolescentes (Brown *et al.*, 1998 *in* Cavalcanti e Melo, 2007).

Conclui-se que o comportamento alimentar do adolescente resulta da ação conjunta de fatores biológicos, ecológicos e de natureza psicossocial e cultural.

A OMS apresenta argumentos mais do que suficientes para a necessidade de uma alimentação saudável em todas as fases da vida do ser humano. Entre esses argumentos estão os seguintes (Who, 1998):

- a) Uma alimentação saudável ajuda as crianças a atingirem todo o seu potencial para a aprendizagem e favorece o seu desenvolvimento físico;
- b) Uma boa nutrição desde o início da vida contribui para uma maioridade e velhice saudáveis.
- c) Existe evidência epidemiológica suficiente para demonstrar que nas pessoas adequadamente alimentadas, as doenças agudas (como as doenças infecciosas do trato respiratório, as gastroenterites, etc.) tendem a ser menos frequentes, menos graves e de duração mais curta e as doenças não transmissíveis (como as doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, a diabetes, obesidade e outras) ocorrem com menos frequência em indivíduos bem alimentados;
- d) A alimentação saudável favorece uma melhor imagem corporal de extrema importância para a elevação da autoestima o que pode conduzir à diminuição dos riscos de ocorrência de doenças relacionadas com o comportamento alimentar, tais como a bulimia e anorexia;
- e) Sabe-se que as raparigas beneficiam particularmente da adoção de padrões alimentares corretos pois muitos dos problemas associados ao parto, podem ser reduzidos em gravidade por uma alimentação adequada no início da vida;
- f) Uma dieta saudável reduz o risco de osteoporose e ajuda também por isso a uma maior mobilidade na velhice, pois dietas ricas em cálcio ajudam a ter uma boa densidade óssea;
- g) Uma boa alimentação favorece também a economia individual, familiar e social. Pessoas bem nutridas são mais saudáveis, claramente mais produtivas e por isso melhoram a sua economia familiar e contribuem igualmente para a melhoria da economia nacional.

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a OMS a saúde é um estado completo de bem-estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doença. É também comumente aceite que a saúde depende de um equilíbrio constante, englobando fatores individuais, coletivos (comunitários), biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos e políticos.

Segundo Mandim (2007), de acordo com Lalonde (1977), para conceptualizar esta análise da saúde, com base na complexidade dos fatores que interferem com a saúde individual e coletiva, Marc Lalonde construiu o seu modelo de análise de saúde – o modelo “Campo de Saúde”, o qual permite separar as principais componentes da saúde. Segundo este modelo, a saúde reflete a interação de quatro fatores: a biologia humana (herança genética, processos de amadurecimento e envelhecimento, e aparelhos internos do organismo); o meio ambiente (inclui todos os fatores relacionados com a saúde que são externos ao corpo humano); o estilo de vida (conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação à sua saúde); e o sistema de saúde (inclui a quantidade, qualidade, índole e relações entre as pessoas e os recursos de saúde) (Lalonde, 1977).

Desta forma, este modelo permite servir de instrumento na análise dos problemas de saúde, e considera cada problema ocasionado pelos quatro fatores individualmente ou pela sua combinação, na sua interação. Assim, “*Este modelo possibilita a deteção de relações mais diretas dos problemas de saúde com as suas causas e a importância relativa dos diversos fatores que para ela contribuem.*” (Mandim, 2007, p.26).

Ainda segundo o mesmo autor (2007), de acordo com Lalonde (1977), este último considerou que o estilo de vida é fortemente influenciado pelo meio envolvente e que são estes fatores que mais influenciam a saúde dos cidadãos. A noção de que os estilos de vida têm um papel determinante na saúde foi ganhando consistência, ao longo dos anos. A análise das estatísticas de saúde nos últimos anos, nos países ocidentais desenvolvidos, permite concluir que os estilos de vida constituem variáveis importantes do processo de saúde/doença de cada pessoa e de cada comunidade (OMS, 1999).

Considerando-se que os estilos de vida constituem verdadeiros sinais de comportamentos, fortemente imbuídos do ambiente ou meio envolvente facilmente se aceita que o ambiente físico, social, cultural e os meios financeiros sejam também fatores importantes e, por vezes decisivos, na saúde e na doença.

Para além disto, a OMS (1985, p.62) diz-nos que “*(...) o estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interação entre os indivíduos e pela aprendizagem social*

os quais influenciam o ambiente social e são condicionados por ele.” A OMS defende ainda que os estilos de vida saudáveis estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspetos culturais, sociais e económicos, dependendo assim das características do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais.

Argyle (1997) segundo Mandim (2007) defende que a felicidade, o humor, e a saúde se interinfluenciam. Indica ainda um conjunto de fatores pessoais e sociais que influenciam a saúde, quer diretamente quer por influenciarem a felicidade e o humor. Estes fatores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral, a motivação para o trabalho, a classe social e a atividade física e lazer.

“Na realidade, a adoção de comportamentos relacionados com a saúde é um processo complexo que se relaciona com crenças, valores e atitudes individuais influenciadas constantemente pelos diferentes contextos de vida e pela comunidade da qual se faz parte, pelo que a promoção de uma melhor saúde pessoal só pode ser compreendida se englobada numa perspetiva de saúde comunitária.” (Mandim, 2007, p.27).

Se pensarmos mais especificamente nos nossos alunos, são também vários os fatores que direta ou indiretamente determinam o comportamento presente e futuro dos nossos jovens, no que diz respeito às questões de saúde.

Na opinião de Abbat (1992), citado por Mandim (2007), os hábitos de vida dos jovens são usualmente determinados pela conjugação de vários fatores (Figura 1).

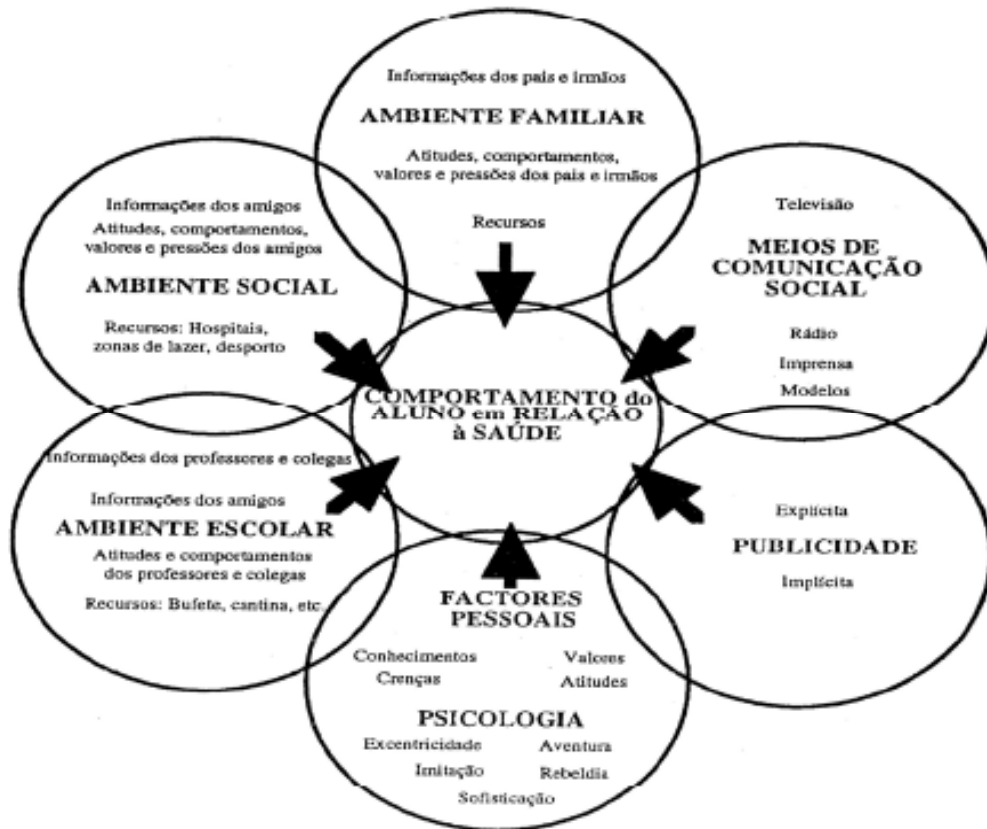


Figura 1 - Fatores condicionantes do comportamento dos jovens em relação à saúde.

(Fonte: Mandim, 2007)

A análise efetuada de todos os fatores intervenientes no processo saúde/doença que influenciam os jovens e, em particular os nossos alunos, permite-nos afirmar que o estilo de vida é sem sombra de dúvida, o fator que exerce mais influência. Por outro lado, sabendo-se que as questões da biologia humana são questões problemáticas, melhorar a saúde de um indivíduo/comunidade, pode ser viável através de intervenções sobre outras componentes, nomeadamente, sistema de saúde, meio ambiente e estilos de vida (Mandim, 2007).

Intervir sobre as componentes referidas, exige que os indivíduos e as comunidades possuam um melhor conhecimento de si próprios, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas inter-relações e dos fatores que influenciam a saúde, para que escolham e assumam as suas opções de vida responsabilizando-se pela sua saúde. É pois necessário capacitar as pessoas para que as suas escolhas sejam conscientes e, sobretudo, saudáveis, ou seja, é necessário investir na promoção/educação para a saúde (Mandim, 2007).

Os jovens podem realizar melhor o seu pleno potencial e adquirir atitudes mais saudáveis, se estiverem envolvidos nas decisões e nas ações que dizem respeito às famílias e às comunidades e, acima de tudo, nas decisões que dizem respeito diretamente às suas vidas. (Mandim, 2007)

Desde a realização da Conferência de Alma-Ata em 1978, que o conceito de promoção de saúde foi sendo construído e clarificado ao considerar-se que, para além das tradicionais medidas de prevenção e luta contra as doenças, era necessário o desenvolvimento progressivo das comunidades de modo a que se capacitassem para a resolução dos seus problemas de saúde (Mandim, 2007).

No documento *As Metas de Saúde para Todos*¹, publicado pela OMS em 1985, foram apontadas trinta e oito metas que serviriam de suporte para que, baseando-se nas suas necessidades, nas capacidades e valores, cada país fixasse metas de intervenção específicas com o objetivo de melhorar o seu nível de saúde. Como principal intervenção, o documento refere a promoção da saúde individual e coletiva.

Contudo, a grande impulsionadora do conceito de promoção da saúde foi, sem dúvida a Carta de Ottawa². Nesta carta, a promoção da saúde foi definida como um processo participativo facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com e sobre o meio. Assim sendo, a visão holística de saúde está subjacente nesta definição por se considerar a possibilidade de um indivíduo ou grupo poderem, por um lado, realizar as suas ambições e satisfazer as suas necessidades e, por outro, evoluir com o meio e adaptar-se a este. Para a concretização deste processo identificaram-se cinco estratégias específicas: a reorientação dos serviços de saúde; a criação de meios envolventes favoráveis; o desenvolvimento de capacidades pessoais; o fortalecimento da ação comunitária e a construção de uma política favorável à saúde. Embora haja interdependência das cinco estratégias a exigência de uma ação concertada, a construção de uma política favorável à saúde é o fator que torna exequível as outras quatro (OMS, 1986).

A análise da definição de promoção da saúde expressa pela OMS permite-nos concluir que esta constitui um processo que possibilita à pessoa/comunidade interferir na sua saúde, controlando-a ou melhorando-a.

¹ Este documento surgiu da preocupação que os 33 Estados Membros constituintes do Bureau Regional da Europa tinham em melhorar a saúde das duas populações e em elaborar políticas de saúde análogas.

² A carta de Ottawa constitui o documento elaborado na 1ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, que se realizou de 17 a 21 de Novembro de 1986, em Ottawa.

As recomendações da Conferência de Adelaide³ seguiram as linhas orientadoras da conferência de Ottawa e reforçaram a necessidade do desenvolvimento das cinco estratégias apontadas nesta e já referidas, sobretudo no que diz respeito a construção de políticas favoráveis à saúde. As recomendações referem que as políticas favoráveis à saúde facilitam a opção por uma via salutar por parte dos cidadãos e propiciam um ambiente físico e social que promova a saúde (OMS, 1988).

De acordo com Mandim (2007), Antonovsky (1984) apresenta no seu modelo salutogénico de promoção de saúde, que esta depende da capacidade/competência que cada indivíduo tem em interpretar a realidade contextual, e nos momentos de crise, identificar e mobilizar recursos que possam fazer face à realidade. Defende ainda que o grau de empenhamento na utilização desses recursos é importante na procura da saúde. Considera-se assim, que sendo a promoção da saúde uma questão global e universal que consiste na faculdade que cada indivíduo tem para reconhecer os fatores internos que sejam geradores de saúde e na possibilidade de, em contextos não geradores de condições positivas de saúde, mobilizar todo o seu potencial interno de forma a manter-se saudável. Assim nesta definição, verificamos o realce das capacidades individuais e as características do meio, ou seja, a promoção da saúde faz-se, através do aumento do sentido de coerência das pessoas tornando-se mais aptas quer para resistirem a fatores adversos intrínsecos e extrínsecos, quer para intervirem no ambiente em que vivem através do exercício efetivo de participação (Mandim, 2007).

O aspeto mais importante da promoção da saúde é portanto, a participação ativa e o reforço do poder – *empowerment* – das pessoas/comunidade. A efetiva participação em todos os processos e estratégias promotoras de saúde permitirá a cada pessoa e a cada comunidade desenvolver um elevado grau de autonomia de decisão sobre a sua vida e a sua saúde, ou seja o esforço do poder (Tones, 1995).

Também segundo Navarro (1995b, p.79), a necessidade de uma efetiva participação de todos os intervenientes no processo de promoção de saúde é indispensável, considerando que para tornar as pessoas mais ativas no seu processo de vida e saúde são fundamentais duas condições:

- que as pessoas sintam necessidade de obter informação, que deve estar disponível, atualizada e ser de fácil compreensão, por forma que a possam utilizar;

³ 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, de 5 a 9 de Abril de 1988.

- que haja desenvolvimento de todas as suas capacidades e competências nas áreas cognitivas, afetivas, psicomotoras, sensoriais e sociais.

A recente Conferência de Jakarta⁴ reforçou as estratégias apontadas na Carta de Ottawa, como meios de promoção da saúde afirmando que: (OMS, 1997).

- as abordagens compreensivas ao desenvolvimento/promoção da saúde são mais efetivas do que as abordagens lineares;

- os enquadramentos particulares, como as comunidades locais, o local de trabalho e as escolas oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias globais;

- as pessoas têm que estar no centro da ação de promoção da saúde e dos processos de tomada de decisão para que estes sejam efetivos, isto é, a participação é essencial para manter esforços;

- o acesso à informação e à educação é essencial para se distinguir a participação efetiva e capacitação para que as pessoas e comunidades tomem decisões saudáveis

Para Coelho (1997), a promoção da saúde deve ser abordada numa perspectiva de “modelo comunitário”, na qual devem ser considerados dois pressupostos:

- “por um lado, o de que os problemas de saúde sejam tratados, quer em termos de estudo, quer em termos de intervenção, ao nível de toda a comunidade (ou partes bem definidas) - isto é, ao nível das instituições;

- por outro lado, o de que a solução dos mesmos não pode assentar unicamente no sector da saúde, tendo obrigatoriamente de ser multidisciplinar e intersectorial e requerendo, para além disso, a participação ativa das próprias populações” (Coelho, 1997, p.7).

A promoção da saúde é portanto, um processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e assim melhorar a sua própria saúde e a sua qualidade de vida. Esta qualidade de vida, é neste contexto a participação por parte dos indivíduos na gestão das suas vidas e da sua saúde, as suas necessidades estão satisfeitas e não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação não obstante, o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas. A participação dos indivíduos neste processo é essencial (OMS, 1986).

⁴ A Declaração de Jakarta emergiu da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, sob o lema “Novos Actores para a Nova Era - Adaptar a Promoção de Saúde ao Século XXI”, que decorreu em Jakarta, de 21 a 25 de Julho de 1997.

Em síntese, existem vários conceitos de promoção da saúde mas, quer sejam direcionados para a adoção de estilos de vida saudáveis e contextos políticos e sociais favoráveis à sua adoção, quer sejam empreendedores de resistências positivas face aos factos adversos à saúde (sentido de coerência), exigem a efetiva participação de todos os intervenientes.

1.1. As escolas na promoção de uma alimentação saudável

A educação alimentar começa no seio da família, continua na escola e deve prosseguir ao longo da vida. A promoção de uma alimentação saudável e a educação alimentar na escola deve seguir o modelo das Escolas Promotoras de Saúde (EPS). Isto implica que, para além do tema da alimentação ser abordado curricularmente, a escola tem o dever de proporcionar alimentos saudáveis, nas cantinas e bufetes escolares, por um lado para proporcionar oportunidades para os alunos se alimentarem corretamente e por outro para reforçar os conceitos que são aprendidos nas aulas.

Desta forma, a educação alimentar, quer em termos curriculares, quer na oferta da escola sempre constituiu um critério de seleção a ser cumprido pela escola para poder integrar a Rede Nacional das EPS (Loureiro, 2004).

A OMS também considera que uma via bastante promissora para promover a saúde, a educação para a saúde em geral e alimentar em particular dos alunos, de toda a comunidade escolar e envolvente, é através das Escolas Promotoras de Saúde. O empenhamento destas na promoção de uma alimentação saudável e na educação alimentar dos alunos é fulcral, uma vez que a educação em alimentação mostrou ter um efeito significativo em promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis (Who, 1998).

Uma EPS é caracterizada como uma instituição que procura constantemente um estilo de vida de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (Who, 2001). Neste sentido, *“Uma escola promotora de saúde é a que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os fatores que a influenciam. Para isso, são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado.”* (DGS, 2010)

Fundamentalmente a EPS utiliza todo o seu potencial organizativo para promover a saúde entre os alunos, pessoal do quadro, famílias e membros da comunidade.

Assim, a DGS (2010) diz-nos que a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida. A intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados.

Loureiro (2004) corrobora ao defender que o trabalho desenvolvido na promoção da saúde na escola visa o investimento na aquisição de competências pelos jovens e adultos mas também na alteração e desenvolvimento do ambiente físico e social, de forma a permitir tomar opções saudáveis de um modo mais fácil.

Os princípios orientadores das EPS têm por base a Carta de Otava (OMS, 1986 *in* Loureiro, 2004) assim como na Convenção dos Direitos da Criança (1989). Uma escola promotora de saúde chega até ao aluno como um indivíduo completo, na medida em que os valores e as oportunidades condicionam procedimentos que estão interligados de um modo sistemático (Loureiro, 2004).

Desde 1998 até 2001 verificou-se nas escolas da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde e centros de saúde um aumento de interesse nas questões relacionadas com a educação alimentar (Pimenta, 1998 *in* Loureiro, 2004).

A 7 de fevereiro de 2006 os Ministérios da Educação e da Saúde assinaram um protocolo que visou a dinamização da promoção da saúde no meio escolar, o que revela o seu cuidado nas questões da alimentação, que sempre foram uma preocupação para a saúde e educação das crianças.

Neste protocolo os dois ministérios comprometem-se a: (DGS, 2010).

- dinamizar no sistema educativo os princípios e as práticas da promoção da saúde em meio escolar;
- dinamizar nos serviços de saúde a execução do Programa Nacional de Saúde Escolar, tendo em vista a promoção da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa e a obtenção de ganhos em saúde e a incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das Escolas Promotoras da Saúde.
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

As atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar inscrevem-se em várias áreas, nomeadamente a avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino, e o apoio ao desenvolvimento de projetos nas áreas de promoção da saúde prioritárias (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, segurança, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar) (DGS, 2010).

As metas criadas pela OMS para 2015 foram que 50% das crianças que frequentam os jardins de infância e 95% das que frequentam escolas básicas e secundárias sejam estabelecimentos de educação promotores de saúde (DGS, 2010).

2. ANOREXIA E BULIMIA

Antes de proceder à definição destes tipos de DCA, pareceu-nos pertinente definir o período da adolescência, no sentido de perceber onde começa e termina a adolescência e a juventude, e também para consolidar a sua contextualização, quando se refere que é neste período de vida que se verifica uma maior tendência a desenvolver DCA.

A OMS considera, na maioria dos seus documentos, adolescência e juventude como os períodos da vida que medeiam entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 24 anos, respetivamente (Prazeres, 1998).

A adolescência é uma fase do crescimento que implica um processo de desenvolvimento da identidade, em que conceitos como a autoestima, o autoconceito, a autoimagem e a autonomia, fazem parte. Sendo o autoconceito a avaliação que se faz de si próprio, e a autoestima (componente afetiva do autoconceito) a capacidade de acreditar em si como pessoa de boas qualidades e acreditar que os outros conhecem e apreciam essas qualidades.

Na adolescência verifica-se o desenvolvimento da aceitação da imagem corporal, aceitação da identidade sexual, e o desenvolvimento de sistema de valores próprios, a independência dos pais, assim como o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão.

É, portanto, uma etapa de grandes mudanças físicas e psicológicas, bem como de grandes mudanças nas interações e relações sociais (WHO, 2010). Grande parte dos adolescentes passa por esta fase de um modo saudável, mas outros não. Os problemas de saúde que os afeta durante a adolescência são vários tais como: suicídio, violência, aborto e doenças relacionadas com HIV e cancro do pulmão resultante do uso de tabaco, que apenas se manifestam na fase adulta mas são resultado da sua adolescência (WHO, 2010). Para além da saúde dos adolescentes ter efeitos nas gerações seguintes, em termos económicos há motivos bastante fortes para se investir na saúde dos adolescentes. Por um lado porque ao melhorarmos a sua saúde vamos ter um melhor rendimento escolar e conseqüentemente um maior sucesso, e por outro porque estamos a diminuir a morbilidade de muitas doenças na sociedade.

Apesar da anorexia nervosa permanecer como uma doença relativamente rara, e não constar na lista dos problemas mais frequentes nos jovens, isto não significa que se incorra na despreocupação com a questão, uma vez que é uma doença com profundo impacto na família e na escola, com tratamento difícil e prolongado. E, a situação, por

se verificar mais frequentemente na adolescência, torna-se mais grave, porque se encontram em fase de crescimento e têm por isso necessidades acrescidas.

2.1. Definição

As doenças do comportamento alimentar, anorexia e bulimia nervosas, são caracterizadas por uma atitude rígida, obsessiva e distorcida face ao peso, alimentação e gordura corporal (Sampaio, et. al., 1999).

São doenças que ainda hoje são mal conhecidas e por isso difíceis de aceitar como doenças psicológicas. Levantam problemas de várias ordens, físicos e psicológicos, e podem ter consequências irreversíveis e com uma profunda interferência no desenvolvimento global. São doenças que surgem tipicamente na adolescência e que traduzem a dificuldade em lidar com as tarefas maturativas desta fase da vida, particularmente a autonomia e a identidade. Por todos estes motivos, necessitam de uma abordagem compreensiva e multidisciplinar. Não podem ser encaradas com complacência ou banalização, subestimando a sua gravidade, pela ideia de que são manias da moda que irão passar com o tempo. (Sampaio, et. al., 1999).

Neste sentido, torna-se importante fazer o diagnóstico o mais precocemente possível. Este diagnóstico requer-se preciso pois existem outras doenças como por exemplo a colite ulcerosa ou a doença de Crohn que podem simular uma anorexia nervosa.

O manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) estabelece a designação e a definição de todas as doenças do foro psíquico, definindo anorexia nervosa por: (DSM-IV-TR, 2002)

- a) Recusa em manter um peso corporal normal mínimo, para a idade e altura, isto é, perda ponderal de 15% ou falência no ganho de peso correspondente ao período de desenvolvimento, levando a um peso 15% abaixo do esperado. Não se deve, contudo, ficar-se à espera deste valor para fazer o diagnóstico, se os outros critérios estiverem presentes.
- b) Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal;
- c) Distúrbio na forma como o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é, a pessoa queixa-se que se “sente gorda” mesmo quando está emagrecida,

acredita que uma zona do corpo é “demasiado gorda” mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal;

d) No sexo feminino, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia primária ou secundária). Contudo, para a avaliação correta deste critério é necessário excluir a toma de pílulas contraceptivas, que podem provocar os spottings, por estimulação exógena, sem estar a haver a menstruação espontânea.

O critério a) fornece orientações para determinar quando a pessoa tem baixo peso, o que também pode ser determinado, de forma mais restrita, pelos Critérios de Diagnóstico para Investigação da Classificação Internacional de Doenças (ICD-10), em que é a pessoa é considerada com peso abaixo do mínimo normal quando tem um IMC igual ou inferior a 17,5 (DSM-IV-TR, 2002).

O DSM-IV-TR (2002) refere ainda que a anorexia nervosa encontra-se subdividida em dois tipos: o bulímico (ou tipo purgativo), em que durante o episódio de anorexia nervosa a pessoa se envolve em episódios frequentes de voracidade alimentar e o não bulímico (ou tipo restritivo), em que isto não acontece.

Segundo Carmo (1994, p.46) “(...) o tipo de anorexia bulímica acontece ou em raparigas mais velhas, ou na evolução da anorexia nervosa sob tratamento, muitas vezes naquelas que arrastam a doença há mais tempo.”.

Carmo (1994, p. 46) conceptualiza de uma forma muito simples esta doença ao dizer que “*Muito do que se passou com os grevistas da fome é idêntico ao que se passa com as jovens anoréticas. Hiperativas, boas alunas, trabalhadoras, não param o corpo, fazem ginástica em qualquer intervalo, sobem, descem escadas, procuram controlar o seu corpo magro e a sua família aflita, têm um prazer terrível em não comer*”.

O problema da anorexia nervosa insere-se no quadro mais vasto das perturbações do comportamento alimentar.

O bulímico, como o anorético, rejeita os alimentos, mas em determinadas alturas come desenfreadamente. Depois, sentindo-se culpado, adota comportamentos compensatórios inapropriados, tais como: provoca o vómito; recorre a laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou exercício físico excessivo. Tudo para não aumentar o peso. (DSM-IV-TR, 2002)

Um dos critérios de diagnóstico da bulimia obriga a que os episódios de ingestão compulsiva seguidos de manobras compensatórias de eliminação, devem ocorrer pelo menos 2 vezes por semana durante pelo menos 3 meses (Sampaio et.al, 1999).

A distorção da imagem corporal e do peso é uma característica essencial comum aos dois tipos de distúrbios (DSM-IV-TR, 2002).

Carmo (1994) diz-nos que há uma outra noção importante a ter e que pode servir de alerta para os que lidam com adolescentes. É que, para além dos casos declarados, existem os casos sub-clínicos ou de doença parcial, que não preenchem todos os pontos da definição de anorexia nervosa, mas que têm alguns sintomas. “*É o caso das raparigas que têm peso normal ou abaixo e que, apesar disso, fazem dieta e perdem peso porque se sentem “gordas”, com verdadeira deformação da sua imagem, mas não tendo, no entanto, ausência de menstruação.*” (Carmo, 1994, p.50).

A questão que se coloca é se a deformação da imagem corporal e as práticas de dieta proporcionam uma maior ocorrência de anorexia nervosa entre as populações adolescentes que as praticam.

Alguns autores defendem que existe um *continuum* entre o ideal de magreza, a prática de dieta e a síndrome de anorexia nervosa. Outros autores contrariam esta premissa ao dizerem que entre ter a doença parcial até se instalar a doença, vai uma grande diferença, pois é necessário coexistir uma série de fatores, como a amenorreia ou mesmo defeitos do ego, ou sentimentos de ineficácia e perturbações na imagem corporal e na perceção visceral (Sampaio, et. al., 1999). Porém, mesmo não aceitando o conceito de *continuum*, estes investigadores consideram que se deve estar atendo a síndromes parciais ou formas subclínicas, que podem evoluir para formas completas.

Segundo Sampaio et. al. (1999) um estudo realizado por Patton em 1990, em raparigas de 15 anos das escolas de Londres, verificou que a prática de dieta era comum, mas benigna e transitória. No entanto, o risco de vir a ter anorexia nervosa era oito vezes maior nas que praticavam dieta do que nas outras.

Existe outro estudo, de Simone French e colegas de 1995, prospetivo, que nos revela que jovens do sexo feminino praticantes de dietas restritivas têm mais insatisfação corporal e desejo de emagrecer, vômitos voluntários, uso de laxantes e menor autoestima, embora a situação neste grupo estudado não se agravou ao longo dos 3 anos. Interpretaram assim que a prática da dieta era um padrão de comportamento

comum entre as adolescentes, conduzindo a uma postura pouco saudável, mas que não atuava como fator causal de doença psicológica (Sampaio, et.al. 1999).

Sampaio et. al. (1999, p.37) conclui que “Apesar de haver um aumento da incidência da prática da dieta e simultaneamente um aumento da incidência da anorexia nervosa parecendo que uma está ligada à outra, fica, no entanto, por demonstrar se a prática da dieta e os comportamentos alimentares não saudáveis são ou não um fator causal da ocorrência da anorexia nervosa e outras doenças do comportamento alimentar.” Contudo, embora seja controverso o conceito de *continuum*, devemos estar atentos às práticas de dietas pois podem ser um terreno propiciador de DCA, para além de que entre as praticantes de dieta poderão estar casos de anorexia nervosa na sua fase inicial.

Neste estudo deve-se ressaltar dois pontos importantes:

- Apenas se considera como DCA a anorexia e a bulimia, deixando de parte a obesidade por esta ainda não ter sido associada a uma síndrome comportamental ou psicológica (DSM-IV-TR, 2002).

- O termo anorexia é paradoxal, porque no caso da anorexia nervosa aqui explícita, a perda de apetite é rara (DSM-IV-TR, 2002).

3.2. Prevalência

É possível encontrar uma maior evidência de casos de anorexia nervosa no sexo feminino, representando 90% dos casos com tendência a aumentar com o passar dos anos (Fonseca e Tapadas, 2009/2010; Sampaio et.al., 1999)

Esta doença é mais frequente nas pessoas de raça branca, nos países desenvolvidos e nas classes socio-económicas média e alta (Fonseca e Tapadas, 2009/2010; Carmo, 1994). Esta associação é óbvia quando percebemos que o culto à magreza está ligado às sociedades com essas coordenadas. Assim, os factores culturais também podem influenciar as manifestações da perturbação, em que “(...) *o ideal da magreza e a submissão à moda são caracterizadamente sujeições do sexo feminino, que têm que ver com o velho conceito da mulher-objecto.*” (Carmo, 1994, p.47) . Sampaio et.al. (1999) corrobora ao informar que os DCA parecem estar ligados à cultura e não à etnia.

Fonseca e Tapadas (2009/2010) referem que tem uma maior prevalência em sociedades industrializadas, nas quais existe uma abundância de alimentos,

especialmente quando nas mulheres a magreza está associada à beleza. A perturbação é mais corrente nos EUA, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul.

A última sentença é corroborada por Carmo (1994, p.47) quando refere que *“Sendo a anorexia um caso extremo do culto da magreza e do medo da gordura, a verdade é que o hábito das dietas sem necessidade é generalizado nas sociedades ditas desenvolvidas ocidentais.”*

Enquanto que a incidência da anorexia nervosa significa o número de novos casos surgidos em determinado ano ou conjunto de anos, a prevalência significa o número total de casos desta doença, existentes numa dada população num dado momento. Assim, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), a prevalência da anorexia nervosa ao longo da vida é, de aproximadamente 0,5 % nas mulheres. Os indivíduos com anorexia nervosa sub-clínica são mais comuns. Carmo (1994) corrobora quando menciona que há quem considere que entre as adolescentes 5 a 10 por cento são casos sub-clínicos. Azevedo e Ferreira realizaram um estudo em 1992 nas Escolas Secundárias de S. Miguel dos Açores a 1.234 jovens e verificaram que 0,76% das raparigas tinham o síndrome parcial comparativamente a 0,17% dos rapazes (Sampaio, et.al., 1999).

A prevalência da anorexia nervosa nos homens é aproximadamente igual a um décimo da das mulheres (1 rapaz para 10 raparigas). A sua incidência aumentou nas últimas décadas (Carmo, 1994; DSM-IV-TR, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a prevalência da bulimia nervosa entre adolescentes e jovens do sexo feminino tem uma taxa aproximada de 1 a 3%, enquanto a prevalência da perturbação nos indivíduos do sexo masculino trata-se, aproximadamente, de um décimo da das mulheres. Fonseca e Tapadas (2009/2010) referem ainda que existem estudos que sugerem que os homens com bulimia nervosa, têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres.

Segundo Sampaio et. al. (1999), das doenças psiquiátricas, a anorexia e bulimia nervosa são as que têm maior percentagem de morte em Portugal – 5% - e referem ainda que nos estudos de evolução de 20 anos, a mortalidade pode atingir 20%.

De um modo geral, todos os estudos internacionais mostram que a idade em que a anorexia nervosa ocorre se estende dos 10 aos 25 anos, embora haja casos excecionais fora destas idades (Carmo, 1994). Dentro deste leque, para alguns parece haver um domínio entre os 13 e os 14 anos e para outros entre os 15 e os 19 anos. Carmo (1994) menciona que nas suas doentes, situam-se predominantemente entre os 13 e os

16 anos. Já de acordo com Sampaio et. al. (1999), segundo o DSM-IV, a idade média de início da anorexia nervosa é aos 17 anos, havendo dados que sugerem picos bimodais aos 14 e aos 18 anos.

Segundo Carmo (1994), nos últimos anos, os números que se têm encontrado são da ordem de 1 anorexia nervosa em cada 100 raparigas das escolas secundárias britânicas e de 2 em 100 nas escolas americanas estudadas. Contudo, a mesma autora (1994, p.49) menciona que “(...) se os grupos estudados forem de bailarinas ou de modelos, a prevalência (...) passa a ser de 6,6 por cento, como demonstra um estudo feito no Canadá.” Assim, podemos dizer que o desporto é afectado por este tipo de patologia, com incidências no ballet, ginástica, patinagem artística, desportos por categorias de peso e desportos de resistência (Fonseca e Tapadas, 2009/2010).

Carmo (1994) acrescenta ainda que as raparigas estudantes ou profissionais de certas áreas são extremamente pressionadas e controladas para fazerem uma alimentação escassa, que leva à subnutrição, à amenorreia e também à hiperactividade que caracteriza a anorexia nervosa.

Em Portugal, temos apenas conhecimento de um estudo de 1994, coordenado pelo grupo de estudo da Consulta de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria (HSM), com a colaboração de professores de escolas secundárias, realizado a 2398 alunas dos distritos de Lisboa e Setúbal, em que se verificou a prevalência de 9 alunas (0,4%) com anorexia nervosa. Contudo, 257 (12,6%) tinham também alterações da imagem corporal e perda de peso, sem no entanto, deixarem de ser menstruadas, e 145 (7%) tinham alterações da imagem corporal sem perderem peso (Sampaio et.al. 1999) e Carmo (1994). Esta última autora (1994, p. 50) refere que “*Estes números mostram-nos como o fenómeno é cultural e como há numerosas raparigas que, não tendo ainda a doença em toda a sua dimensão, podem estar à beira de se precipitarem numa situação perigosa.*”.

Sampaio et. al. (1999) refere que habitualmente o estudo da prevalência é feito em amostras consideradas significativas, pelo que em relação à prevalência da anorexia nervosa têm sido estudadas especialmente populações femininas das escolas secundárias, por se considerar que este é o universo onde é mais provável o aparecimento de casos de anorexia nervosa.

Também o grupo de profissionais da consulta de DCA do HSM realizou um estudo para avaliar a prevalência de bulimia nervosa em 1542 estudantes raparigas da Universidade. Concluíram que as respostas de 3% das jovens configuravam o

diagnóstico de bulimia nervosa e 13,2% referiam pelo menos dois episódios de ingestões compulsivas por semana, sem manobras compensatórias (Sampaio et.al., 1999).

A anorexia nervosa acarreta múltiplas recidivas e pode evoluir para outras situações patológicas, algumas delas menos aparatosas mas não menos graves, como por exemplo a bulimia (Carmo, 1994). Sampaio et. al. (1999) referem que numa meta-análise verificou-se cerca de 43% dos doentes recuperaram totalmente, 36% melhoraram, embora com persistência de alguns sintomas, e 20% dos doentes têm evolução crónica, com mau prognóstico. A mortalidade ronda os 5%. O prognóstico das doenças do comportamento alimentar revela a gravidade destas afeções.

3.3. Motivos e causas

Já vimos que os casos de anorexia e bulimia estão a aumentar entre a juventude, especialmente no sexo feminino. Mas o que faz com que estes jovens caiam nestas perturbações?

As causas da anorexia não estão bem determinadas, nem são uniformes. Sampaio et. al. (1999) referem que a etiologia da anorexia nervosa permanece, em parte, desconhecida. Sabe-se no entanto, que esta afeção já existe desde há muitos anos e é determinada por um conjunto de causas, que concorrem num determinado momento para tornar evidente o quadro clínico.

Alguns especialistas costumam apontar fatores sociais e culturais, psicológicos, familiares e biológicos.

No que diz respeito aos fatores biológicos, pensa-se hoje que as anoréticas estão de alguma forma determinadas por uma vulnerabilidade, ocorrida nas primeiras fases do desenvolvimento, que as torna suscetíveis a determinados acontecimentos da sua evolução. Para outros autores, os fatores biológicos são de origem genética, em que os familiares do 1º grau de doentes com DCA têm um risco de contrair essa doença 6 a 10 vezes maior do que a população em geral (Sampaio et.al., 1999). Outras investigações chamam a atenção para a possível alteração nos neurotransmissores serotonina e noradrenalina.

Quanto à causa dita psíquica, há investigadores, de formação psicanalítica, que encontram na infância razões mais profundas para que o conflito estale na adolescência

e se manifeste sob a forma de um distúrbio alimentar. Outros veem a explicação principal na forte pressão cultural, havendo uma rejeição das formas femininas, um culto de magreza e um pavor social do “gordo”, que levam à restrição alimentar (Carmo, 1994).

No que concerne aos fatores ligados ao desenvolvimento, Sampaio et. al. (1999) assinalam que no percurso individual da pessoa com anorexia nervosa, pode surgir uma perturbação da relação precoce com a mãe, uma situação de abuso sexual (detetada em 30% dos casos dos doentes com DCA), mudanças na família e na escola, ruturas afetiva, e outras situações. Estes autores defendem que embora estas alterações não sejam específicas das doentes anoréticas, surgindo em muitas outras doenças psiquiátricas, determinam, porém, um percurso individual por vezes marcado por dificuldades relacionais, que podem contribuir para a vulnerabilidade já referida.

Contudo, muitos investigadores consideram que umas causas não excluem as outras, bem pelo contrário, consideram que há um conjunto de fatores que se conjuga para a ocorrência da doença (Carmo, 1994)

Sabemos que o culto da magreza, a sensação de capacidade de controlo do próprio corpo, e o receio de ver a balança apontar mais algumas gramas, leva milhares de jovens a refugiar-se em dietas engendradas por eles próprios, que podem ter reflexos gravíssimos na saúde.

Movido por um descontentamento com o próprio corpo e uma preocupação excessiva em relação ao peso, o anorético reduz drasticamente a quantidade de alimentos ingeridos, e em casos extremos recusa mesmo alimentar-se. Daqui resultam graves transtornos psicológicos e físicos, que podem conduzir à morte.

É de realçar ainda que segundo Sampaio (et. al., 1999, p.89) *“a obesidade na infância ou na puberdade é um fator de risco para uma DCA, se outros fatores se associarem que determinem em conjunto a excessiva preocupação com a imagem corporal e o controlo de peso.”*

3.4. Como se apresenta a doença

Quando a doente comparece no médico, a doença já tem quase sempre vários meses de evolução. É uma situação que se instala gradualmente e de início passa despercebida aos familiares, que não dão importância aos primeiros sintomas. Só já

quando a(o) adolescente se encontra muito magra(o), é que os familiares se apercebem de que algo não está bem.

É normalmente a família que leva a doente ao médico, dado que a própria - apesar de reconhecer, em alguns casos, a necessidade de tratamento - recusa aceitar a gravidade da situação, opondo-se a aumentar de peso visto não sentir a sua vida ameaçada pelo estado de magreza a que chegou.⁵

Frequentemente rejeita mesmo a ideia de estar excessivamente magra, explicando que se sente cheia de energia e que as capacidades intelectuais se mantêm intactas ou mesmo aumentadas.⁶

Apesar de para os outros esta perda excessiva de peso parecer alarmante, a própria doente dificilmente admitirá esse facto e continuará, pelo contrário, a achar que está demasiado gorda. Ela achará sempre, até o processo de tratamento começar a evoluir para a cura, que não tem qualquer problema, que não há necessidade de ir ao médico, que se sente bem assim (Carmo, 1994). De facto, mesmo os outros poderão não se aperceber da gravidade da situação durante algum tempo, uma vez que a veem a comer grandes quantidades de "alimentos saudáveis" (obviamente dietéticos). Estes alimentos anunciados como "light" pela publicidade começam a ser exclusivos na sua alimentação.

O livro DMS-IV-TR (2002, p.584) menciona até que *“As pessoas com anorexia nervosa não têm habitualmente consciência ou negam o problema e podem contar histórias pouco fiáveis. É por isso necessário obter informação dos pais ou de outras fontes para avaliar o grau de perda de peso e outras características da doença.”*

A perda de peso é vista como uma aquisição impressionante e sinal de uma extraordinária autodisciplina, enquanto o aumento de peso é sentido como um falhanço inaceitável do autocontrolo (Sampaio, et. al., 1999). Assim, cada pesagem com perda de gramas é considerada um triunfo, havendo uma verificação diária do peso.

Há a perseguição do corpo magro e cada vez mais magro, apesar da acentuação da perda de peso. O medo de ganho ponderal aumenta à medida que a perda se vai acentuando.

Os anoréticos quando iniciam uma dieta para perder peso, têm normalmente o objetivo de perder apenas uns quilos. Contudo, após atingirem este patamar de peso,

^{5,6}, Disponível em: <http://www.comportamentoalimentar.pt/>

não resolveram o seu problema de se sentirem mal com a sua imagem e torna-se mais intenso o medo de recuperarem o peso perdido se passarem a alimentar-se sem restrições. Pensam mesmo que se perderem mais uns quilos o organismo habitua-se e ficará sempre magro (Sampaio, et. al. 1999).

A doente tipicamente localiza a “gordura” ou “as partes gordas” nas ancas, nas coxas e nas nádegas, apesar de estar com um aspeto esquelético. Não obstante esta distorção da imagem corporal, a doente com anorexia nervosa veste roupas largas, grandes blusas sobrepostas umas sobre as outras, calças a esconder as pernas, dando a ideia que, de facto, procura esconder da família e do médico a sua magreza (Carmo, 1994).

Verifica-se também a contagem obsessiva das calorias ingeridas acompanhado por um grande interesse e conhecimento de culinária, assim como a satisfação de ver os outros a alimentarem-se bem. A par da restrição alimentar, a maioria dos anoréticos faz intenso exercício físico diário e raramente se mantém sentados, com o objetivo de queimar calorias (Sampaio, et. al. 1999).

Demoram muito tempo a comer, mastigam muito bem os alimentos e dividem-nos em porções muito pequenas, de modo a acalmar a fome (Sampaio, et. al. 1999).

As doentes costumam alegar que não comem mais porque não conseguem, porque se sentem cheias. *“A ração alimentar diária é reduzida e extremamente insuficiente – algumas bolachas integrais, iogurtes magros, vegetais (onde predomina a cenoura), alguma fruta e garfadas insignificantes de peixe ou carne, por insistência da família”* (Carmo, 1994, p.55).

“Seja por desejo de gastar energia através do exercício, seja por mecanismos endógenos de hiperatividade, motivados por toda a situação psico-neuro-endócrina, seja por conjugação das suas causas, estes doentes não param. Sobem e descem escadas, escondem-se na casa de banho para fazer ginástica, percorrem a pé quilómetros dentro da cidade.” (Carmo, 1994, p.56). A médica dá ainda o exemplo de uma doente que antes de ser internada fazia diariamente percursos de corrida ao nível de uma maratona, e enquanto internada, dava voltas à cama do hospital, visto que o quarto era o único espaço de que dispunha.

Até certa altura o apetite está conservado, pelo que travam uma luta intensa contra a fome. Contudo, a partir de certo momento, perde-se a sensação de fome e qualquer alimento provoca dores de estômago, enfartamento e mal-estar (Sampaio, et. al. 1999). Apesar de comerem pouco, as anoréticas começam a ter sensação de enfartamento e

referem sempre ter o abdómen distendido, ou “cheio de gases”. Apresentam intolerância ao frio, e mesmo em pleno verão, vestem camisolas de lã, visto terem a pele muito fria, e ostentam mesmo hipotermia corporal. As mamas apresentam-se atrofiadas e o corpo cobre-se duma penugem semelhante ao lanugo fetal, predominantemente no tronco, braços e face. Revelam-se jovens com atrofia muscular generalizada, sem camada de gordura, podendo-se observar toda a estrutura óssea sob a pele, desidratadas, cabelo seco e baço, com peladas (Carmo, 1994). O hálito cetónico também pode ser frequente. Podem ainda ocorrer problemas cardíacos, renais, osteoporose (motivada pelo hipoestrogenismo), e apodrecimento dos dentes.

Segundo Carmo (1994, p.57) *“As doentes com anorexia nervosa têm uma grande resistência, que fica provada pelos meses e anos, durante os quais se arrasta esta situação” (...), o que se deve à “(...) idade que têm, à saúde que tinham inicialmente e à força da convicção com que travam esta batalha. No entanto, a partir de certo momento, se a doença ocorrer com agravamento, a hiperatividade começa a desaparecer e instala-se uma grande astenia, por vezes com sonolência. A tensão está baixa, o pulso fraco e começam a aparecer os inchaços das crianças desnutridas. Se não se trata esta evolução entram em coma e morrem.”*.

As pessoas do tipo restritivo apresentam uma personalidade mais controlada, com traços marcados de meticulosidade, são perfeccionistas por norma e bons alunos. Contudo, sentem-se inseguros, insatisfeitos e receosos do fracasso, e obrigados a viver segundo as expectativas que os outros têm acerca de si, na procura de uma perfeição que lhes acrescente a autoestima deficiente. Desta forma, a dieta restritiva gera, pelo seu simbolismo de autocontrolo, uma sensação de poder e vitória pessoal, por estar a ser vencida uma necessidade básica do corpo. *“Este sentimento de força invencível capaz de vencer a fome, dá aos doentes uma sensação de exaltação do humor e do afeto que preenche um espaço interno vazio e fraco.”* (Sampaio, et. al. 1999). Esta fase de “euforia” é transitória pois ao fim de algum tempo entra-se numa situação de inanição, apatia, devido à magreza extrema.



Imagem 1 – Forma como as pessoas com anorexia se vêem

(Fonte: <http://imagensdemarca.sapo.pt/marcasdodia/detalhes.php?id=575>)

No caso da bulimia nunca há este sentimento de vitória e poder, mas antes a “(...) dependência do impulso de comer e a incapacidade de o controlar que vai gerar sentimentos autodepreciativos, culpa, autopunição e humor deprimido ou irritável.” (Sampaio, et. al. 1999). Assim, a pessoa com bulimia sentir-se-á frequentemente culpada e envergonhada dos seus comportamentos mas tentará escondê-los custe o que custar.

Para além disso, ingerir grandes quantidades de comida e depois vomitar ou tomar laxantes poderá ser algo extremamente exaustivo e consumidor de tempo. Poderá afetar as suas performances académicas ou profissionais e certamente irá dificultar-lhe muito a sua vida social, pelo que admitir que tem um problema poderá ser extremamente positivo e causar grande alívio.

O doente bulímico faz jejuns prolongados seguidos de ingestão compulsiva de alimentos de alto valor calórico, a que se segue novo período prolongado de jejum ou provocando o vómito após uma ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos em curto espaço de tempo (Sampaio, et. al., 1999). “*Este ciclo ingestão compulsiva-vómito pode ocorrer diariamente e várias vezes ao dia nos casos crónicos e mais graves*” (Sampaio, et. al. 1999, p. 84).

O vómito é autoinduzido porque o enfiamento gástrico é intolerável e mesmo doloroso ou porque há a intenção de eliminar todas as calorias ingeridas. O doente

acaba por encontrar uma solução rápida para o dilema, porque além de saciar a fome, não aumenta de peso. Contudo, com o tempo, este ciclo ingestão compulsiva-vômito autoinduzido pode tornar-se uma resposta em situações de stress, ou quando se lida com sentimentos perturbadores como a raiva, ansiedade, depressão, rejeição e frustração (Sampaio, et. al. 1999).

Na bulimia deve-se ter em atenção o seu carácter secreto, pois ao contrário do que se passa com a anorexia nervosa, em que o aspeto emagrecido da jovem e o seu baixo peso tornam-na objeto de atenção por parte da família e da comunidade, na bulimia o peso da doente geralmente é normal e os sintomas são vividos de forma secreta. Assim, os doentes com bulimia, sob vigilância médica, com uma minoria. Isto também nos leva a inferir que o estudo de populações, referidas a cuidados de saúde primários, consultas psiquiátricas ou outros circuitos médicos, não pode dar resultados extrapoláveis para toda a população, porque a maioria dos doentes se mantém escondida (Sampaio, et.al., 1999).

Segundo o mesmo autor supracitado (1999), cerca de 2/3 dos doentes com bulimia nervosa recorrem regularmente ao vômito para controlarem o peso, sendo que os restantes recorrem ao abuso de laxantes, embora em muitos casos seja utilizada a combinação das duas estratégias.

Quanto às complicações fisiológicas, traduz-se em riscos de alterações hidroelectrolíticas (que podem pôr em risco a vida), lesões na garganta, dependência de laxante, edema da face e infeções nas glândulas salivares (devido às substâncias trazidas com a indução do vômito). Pode surgir situações de perda e conhecimento, resultantes quer da hipotensão, quer da hipoglicémia.

Os doentes do tipo purgativo são muitas vezes depressivos, com tendência a instabilidade emocional e comportamento impulsivo com baixa intolerância à frustração, o que é muitas vezes motivo para fazerem tentativas de suicídio.

3.5. O que fazer

Como já vimos, o ideal da magreza pode conduzir à ocorrência da doença nas raparigas mais vulneráveis. Esta conclusão leva-nos a admitir que devem ser tomadas medidas pedagógicas profiláticas de combate a este tipo de pressões culturais (Carmo, 1994).

São habitualmente os familiares a aperceberem-se de que algo não está bem, ao repararem que a sua irmã ou filha não só está muito magra, como continua a perder peso.

O primeiro passo no tratamento destas perturbações alimentares é também o mais difícil de dar. Refere-se obviamente ao reconhecimento de que as mesmas se instalaram. Primeiramente, é preciso que a doente admita e assuma que tem um problema, e quanto mais depressa a doente ou os familiares admitirem que algo não está bem, melhor. O problema é demasiado grave para ser mantido em segredo e necessita de ajuda especializada.⁷

Depois disto, é indispensável recorrer de imediato a um médico psiquiatra ou psicólogo, preferencialmente numa consulta especializada, pois a anorexia pode mesmo levar à morte. O próprio médico de família poderá fazer esta ligação e conduzir o processo da melhor forma.

Contudo, os indivíduos com doenças do comportamento alimentar geralmente não estão habituados a partilhar os sentimentos, sobretudo com um terapeuta.⁸

Será essencial o envolvimento de todas as figuras de ligação importantes e também estes devem ter apoio psicológico/psiquiátrico, até porque na fase aguda da doença ocorre frequentemente a disfunção familiar.

Os grupos de suporte para familiares e amigos destes utentes são uma ajuda muito importante e eficaz na mobilização de capacidades da família para ultrapassar a resistência ao tratamento dos seus familiares doentes.

Ainda de acordo com a Dr.^a Dulce Bouça, do NDCA, *“O tratamento das doenças do comportamento alimentar processa-se numa longa e intensa interação entre a doente e o médico, assentando, mais do que em qualquer outra doença, numa forte relação de confiança a manter durante a evolução do tratamento. De qualquer das formas, o tratamento adequado para a Anorexia Nervosa deverá incluir: Terapia Individual; Terapia Familiar; Terapia de Grupo; Grupos de Apoio; Aconselhamento Nutricional; Medicação; Ambulatório; Alimentação. Em casos extremamente graves poder-se-á ter de recorrer ao internamento.”*⁹

De acordo com Sampaio *in* Carmo (1994, p. 92) *“A perspetiva sistémica, isto é, aquele olhar que permite abordar sob diferentes ângulos o problema da anorexia*

⁷, ⁹, ⁸ Disponível em: <http://www.comportamentoalimentar.pt/>

nervosa, tem sido útil na compreensão desta doença e na sua definição e execução da necessária ação terapêutica.”

Segundo Sampaio *in* Carmo (1994), com base em Vandereycken (1991), existem principalmente quatro níveis de intervenção, em cada um dos quais a participação e influência da família são diferentes:

1º - corresponde à deteção precoce da perturbação do comportamento alimentar. Aqui essencialmente é a discordância entre a ausência e pedido e o emagrecimento e/ou as atitudes estranhas, que deve levantar suspeitas.

2º - constitui o primeiro passo para o tratamento, em que a doente é avisada dos riscos de não comer, de vomitar, tomar diuréticos, ou recusar tratamento, ao mesmo tempo que é alertada para a sua desadequação em várias áreas do funcionamento psicossocial.

3º - inclui a intervenção terapêutica em ambulatório (de preferência consulta externa hospitalar ou consultório de técnico especializado em doença de comportamento alimentar), de natureza psicoterapêutica, sempre com vigilância médica por médico de saúde familiar ou endocrinologia.

4º - corresponde ao tratamento intensivo, que algumas vezes inclui internamento hospitalar. Sampaio *in* Carmo (1994) defende que a terapia familiar deve iniciar-se no hospital, e continuar após a alta da doente.

No internamento o papel do enfermeiro é central em todo o processo de tratamento, pois é ele que acompanha e assegura o cumprimento do plano terapêutico e estabelece a ligação com a família, o nutricionista e o psiquiatra ou psicólogo.

No caso dos doentes com bulimia, de acordo com o Dr. António Neves também do NDCA, de uma forma geral, estes quando procuram tratamento, normalmente estão mais motivados para a mudança do que um doente com Anorexia Nervosa.¹⁰

Eles sabem que os sintomas de Bulimia Nervosa perturbam-nos e alteram a sua vida quotidiana. Contudo, põem do mesmo modo a condição de não aumentar de peso para abandonar as crises bulímicas. Por outro lado, esperam que a cura seja rápida e radical e, sendo impulsivos na sua personalidade, não suportam a ideia que a supressão das crises bulímicas seja lenta e sujeita a recaídas.¹¹

¹⁰, ¹¹ <http://www.comportamentoalimentar.pt/>

“O primeiro objetivo no tratamento é o de acabar com o ciclo de ingestão compulsiva, seguida de manobras purgativas ou de jejum prolongado. Por isso, é necessário que seja aceite o estabelecimento de um padrão alimentar regular e disciplinado. Assim, é fundamental nesta doença que seja discutido com o paciente uma terapia onde os objetivos sejam clarificados e as etapas fiquem bem definidas.” (Dr. António Neves)¹². Ainda de acordo com o mesmo médico, terão de ser analisados, e modificados, os pensamentos, crenças e sentimentos que desencadeiam e perpetuam o ciclo bulímico. A correção dos erros alimentares, e a introdução de um padrão de refeições regulares, deve ser acompanhado por um nutricionista e constará de informação adequada sobre o valor dos alimentos e sua função prática. Um tratamento adequado da Bulimia Nervosa deverá incluir: Tratamento Psicológico; Medicação; Aconselhamento Nutricional. Em casos muito graves poder-se-á ter de recorrer ao Internamento.

De acordo com um estudo epidemiológico feito por Whitaker em 1992, referenciado em Sampaio et. al. (1999), entre raparigas de escolas secundárias existe muitos casos subclínicos ou iniciais de anorexia nervosa que não são tratados, pelo que este autor acha que se deve incluir na história clínica dos adolescentes a pesquisa dos sintomas de doenças do comportamento alimentar.

“Detetar uma síndrome parcial pode evitar o desenvolvimento da síndrome plena. (Sampaio, e tal, 1999)

¹² <http://www.comportamentoalimentar.pt/>

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, M. A. R. - **As Práticas Alimentares dos jovens em idade escolar**. Oeiras: Serviço Municipal de Informação e Apoio ao Consumidor, 2002
- BARROS, T. - **Hábitos Alimentares dos Portugueses**. 2008. [Consult. 10 janeiro 2012] Disponível em: <http://dietnaturr.webnode.com/news/habitos-alimentares-dos-portugueses/>
- CARMO, Isabel do – **A Vida Por Um Fio** – Lisboa: Relógio D`Água Editores, 1994. ISBN: 972-708-237-8 Colaboradores: TELES, Alberto Galvão; SAMPAIO, Daniel; REIS, Dinis; FLORES, Teresa.
- COELHO, A. - **A saúde pública no limiar do século XXI**. In Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 15, nº 3, pp-5-10. 1997
- DSM-IV-TR – **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002
- FONSECA, M.S. e TAPADAS. A.F. – **Perturbações do Comportamento Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosa** – Tese de Licenciatura em Psicologia; Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares, Campus de Almada. Ano letivo 2009/2010. [Consult.10 setembro 2011] Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/55221037/Anorexia-Bulimia>
- GONÇALVES, I. - **Hábitos alimentares em adolescentes**. In Revista Portuguesa de Clínica Geral, vol. 22, pp. 163-172. 2006.
- LOUREIRO, I. - **A importância da educação Alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde**. In Revista Portuguesa de Saúde Pública, N.º 22, (2), pp. 44-53; 2004
- MANDIM, José Fernando Oliveira - **As dinâmicas para a Promoção da Saúde numa Escola do Ensino Básico do Porto: um estudo de caso** - Porto: Universidade Aberta, 2007. [Consult. 2 maio 2011] Disponível em: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/642/1/LC324.pdf>
- NAVARRO, F. - **Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária**. In Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 13, nº 4, pp. 77-83. (1995b)

- NAVARRO, F. - **Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas.** AAVV. Atas do I congresso Nacional de Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho, pp. 13-28. 1999.
- NAVARRO, F. – **Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundário. - A Educação para a Saúde. Papel da Educação Física na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis: simpósio.** Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. (1995a).
- NUNES, Emília e BRENDA, João – **Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância** – Lisboa: Direção Geral de Saúde, (sem ano). ISBN: 972-9425-94-9
- PRAZERES, Vasco – **Saúde dos adolescentes: princípios orientadores.** Lisboa: DGS, 1998
- PRECIOSO, J. e SILVA, S. – **As escolas promotoras de saúde na educação alimentar: um estudo efectuado em alunos do 2º ciclo.** In revista Alimentação Humana, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Vol. 10, nº2, 2004.
- SAMPAIO, Daniel; BOUÇA, Dulce; CARMO, Isabel; JORGE, Zulmira – **Doenças do Comportamento Alimentar** – Laboratórios Bial. Lisboa: Edições ASA, SA. 1999
- TONES, K. - **The health promoting hospital.** Health education Research, Vol. 10, nº 2, pp.i-v. 1995
- TONES, K. - **Promover a Saúde: a contribuição da educação.** Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão de Educação para a Saúde.D.G.C.S.P. 1998

OUTROS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Escolar** – Lisboa, 2007. [Consult. 19 maio 2011] Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional/Europeia da Saúde para Todos.** Lisboa: MS/Departamento de Estudo e Planeamento. 1985

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **As Recomendações da Conferência de Adelaide - Políticas Favoráveis à Saúde**. Lisboa: DGCS. 1998
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. (Direção Geral de Saúde, trad.) Versão Portuguesa “Uma Conferência Internacional para a promoção de saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canadá. 1986
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Declaração de Jakarta sobre a promoção de saúde no XX**. (Texto Policopiado). 1997
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – **Local action: creating health promoting schools**. Geneva: WHO, 2001 [Consult. 17 novembro 2011] Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/88.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). - **Nutrition: An Essential Element of a health promoting School**. Geneve: Who. 1998 [Consult. 17 novembro 2011] Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/428.pdf

**Anexo V – Pedido de autorização à Direção do Agrupamento de Escolas
Romeu Correia para aplicação do projeto**

Pedido de autorização ao Agrupamento de Escolas Romeu Correia

A/C Direção da Escola,
com conhecimento da Coordenadora do
Programa Educar para a Saúde (PES), Prof.ª Luz Baião.

Exmo. Sr. Diretor Professor António Mateus,

Eu, Enfermeira Cátia Oliveira do Hospital Garcia de Orta, frequento o Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa, e encontro-me a estagiar na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada) do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada.

Neste momento estou a desenvolver um estudo sobre a prevalência de sintomas de distúrbios do comportamento alimentar em alunos do 3º ciclo, das escolas do Concelho de Almada.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes:

- Inicialmente far-se-á um levantamento de dados do Índice de Massa Corporal (IMC) dos alunos;
- Posteriormente, já no início do ano letivo 2011-2012, realizar-se-á um questionário aos alunos, no âmbito do projeto de saúde da escola, inserido nas sessões de educação para a saúde a realizar pela Enfermeira de saúde escolar. Este questionário é composto por:
 - Grupo de questões, intitulado por EAT 26 (Eating Attitudes Test), tendo como objetivo medir atitudes alimentares, comportamentos de dieta, preocupação com os alimentos e doenças do comportamento alimentar.
 - Teste de imagem corporal, que avalia a insatisfação corporal.

Venho por este meio pedir autorização à Direção Escolar que me disponibilize os dados de IMC dos alunos do Agrupamento de Escolas Romeu Correia, anteriormente calculados pela Escola, para efeitos de estudo estatístico. Assim como me autorize a realização deste estudo.

Agradeço a colaboração.

Subscrevo-me com cordiais cumprimentos,

Cátia Susana Oliveira

25 de Maio de 2011 - Almada

(Para qualquer esclarecimento contacte XXXXXXXX, ou XXXXXX@hotmail.com)

Anexo VI – Sessões de Educação para a Saúde “Alimentação Saudável e os DCA” e avaliação das mesmas pelos alunos

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E OS DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR



AGRUPAMENTO DE ESCOLAS ROMEU CORREIA
ENF. CÁTIA OLIVEIRA
ENF. ALEXANDRA SOARES
SETEMBRO 2011



- > A alimentação é essencial na nossa vida.
- > Comer bem não é comer muito, é comer de forma inteligente e saudável.

> A alimentação deve ser:



IMPORTÂNCIA

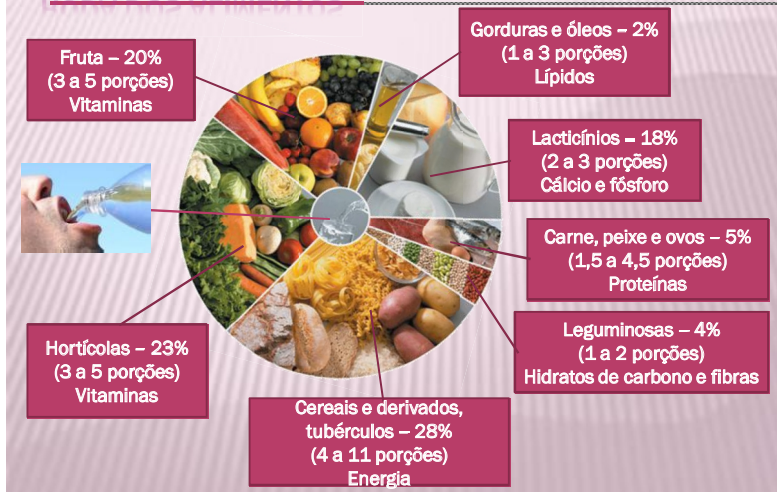


O que se come e como se come é determinante do estado de saúde ou de doença de uma pessoa.



O estado de saúde é determinado não só pela carência de certos nutrientes mas também pelo excesso de alguns.

RODA DOS ALIMENTOS



REGRAS DE OURO

1. Beber muita água (+/- 2 Litros), começando em jejum e ao longo de todo o dia.
2. Nunca comer demasiado, optando por pequenas refeições, várias vezes ao dia – 5 a 6 refeições / dia.
3. Não estar mais de 3 h a 3 ½ h sem comer ;
4. Fazer pequenos lanches entre as refeições principais;
5. Não sair de casa sem pequeno-almoço.
6. Comer sopa de legumes 1 vez por dia;
7. Ingerir peixe pelo menos 5 vezes por semana;
8. Preferir cereais completos, por exemplo o pão e os cereais integrais;



9. Reforçar sempre as refeições principais com quantidades generosas de salada crua ou legumes cozidos.
10. Guardar o pão e fruta para comer nos intervalos das refeições principais.
11. Eliminar o açúcar que é adicionado às bebidas e evitar o consumo de sumos e refrigerantes.
12. Mastigar bem tudo o que se come.
13. Cozinhar de forma simples, à base de cozidos, grelhados ou estufados sem gordura.
14. Preferir cozinhados sem gordura ou com azeite em quantidade moderada.



➤ Partilhar as refeições, à mesa, com a família...

À volta da mesa partilha-se a tradição, o conhecimento e a alegria



Manter um peso saudável... e praticar exercício físico.

A leitura cuidadosa dos rótulos é fundamental. Sob a designação de açúcares engloba-se por ex. a sacarose, dextrose, frutose, glucose...

Evitar o sal

Evitar doces

Evitar refeições rápidas

EVITAR

- Não existem maus alimentos
- Existem alimentos, que pelas suas características não devem ser ingeridos regularmente.



Quando?



Excepcionalmente,
apenas em dias de
festal



OBESIDADE



É uma doença em que se verifica o excesso de gordura corporal... capaz de atingir proporções que afectam a saúde.

ANOREXIA



Recusa em manter um peso corporal normal mínimo, para a idade e altura

Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal;

No sexo feminino, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia)

Distúrbio na forma como o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é, a pessoa queixa-se que se "sente gorda" mesmo quando está emagrecida, acredita que uma zona do corpo é "demasiado gorda" mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal;

BULIMIA



O bulímico, como o anoréctico, rejeita os alimentos, mas em determinadas alturas come desenfreadamente. Depois, sentindo-se culpado, adopta comportamentos compensatórios inapropriados, tais como: provoca o vómito; recorre a laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou exercício físico excessivo. Tudo para não aumentar o peso.

PROMOVER HOJE... PARA PREVENIR AMANHÃ!

Pequenas grandes mudanças nos nossos hábitos alimentares poderão fazer uma grande diferença na nossa saúde!

Uma vida sem saúde não tem graça nenhuma.



PROJECTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - EDUCAÇÃO SEXUAL 2010-2011

Avaliação da Actividade

Actividade:

Data: setº e outº 2011

Dinamizador: Enfermeiras Alexandra e Cátia

Ano: 9º

Turma: todas

Assinala com X o valor que atribuis a cada item (1, o mais baixo; 5, o mais alto!)

AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5	N responde	Total
1 - A sessão foi importante		1	4	28	47		80
2 - A linguagem foi clara			1	22	57		80
3 - Os materiais foram interessantes	1	2	7	35	34		79
4 - O tempo da sessão foi suficiente	1	5	4	31	39		80
5 - Aprendeste coisas novas	3	2	16	25	31		77
% do total	1%	3%	8%	35%	52%	0%	400

AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5	N responde
1 - A sessão foi importante	0%	1%	5%	35%	59%	0%
2 - A linguagem foi clara	0%	0%	1%	28%	71%	0%
3 - Os materiais foram interessantes	1%	3%	9%	44%	43%	0%
4 - O tempo da sessão foi suficiente	1%	6%	5%	39%	49%	0%
5 - Aprendeste coisas novas	4%	3%	21%	32%	40%	0%

O que mais gostaste?	O que menos gostaste?
tudo; medir a altura; pesar; explicação das doenças; falar sobre as doenças; aprender coisas novas; falar sobre os alimentos; powerpoint; simpatia das enfermeiras; roda dos alimentos;	pesagem/medição ; Falar de anorexia, obesidade e bulimia



APRECIÇÃO GLOBAL (ASSINALA COM UM X)			
Nada interessante		Interessante	
Pouco interessante		Muito Interessante	

Sugestões/Observações: Mais sessões e mais tempo (2) ; Mais atividades práticas (2); Jogos: saber comer. Mais aulas deste tipo, ao longo do ano.

Anexo VII – Questionário aplicado



Caro aluno do Agrupamento de Escolas Romeu Correia,

Sou a Enfermeira Cátia Oliveira, trabalho no Hospital Garcia de Orta, e neste momento frequento o curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Neste âmbito pretendo desenvolver um estudo intitulado por “*Prevalência de sintomas de distúrbios do comportamento alimentar nos alunos das escolas do concelho de Almada*”.

Neste questionário importa-me conhecer atitudes alimentares, comportamentos de dieta, preocupação com os alimentos e doenças do comportamento alimentar, de um grupo de alunos das escolas do Concelho de Almada.

Deste modo, gostaria de obter a tua colaboração preenchendo o questionário que se segue. Será garantida a confidencialidade das respostas.

Para responder a este instrumento de colheita de dados não vais precisar de mais de 10 minutos.

As informações recolhidas destinam-se apenas a tratamento estatístico.

A falta de preenchimento de qualquer campo implica a anulação do questionário.

A tua colaboração é muito importante. Por favor, responde com sinceridade e escolhe apenas uma resposta para cada pergunta. Agradeço a tua ajuda!

Se concordares em participar neste estudo por favor assina no espaço abaixo.

Eu tomei conhecimento do objectivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em participar não terá consequências para mim. Assim declaro aceito participar

Assinatura _____

Cátia Susana Lourenço Oliveira

(Setembro 2011)

A TUA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Ano: _____ Turma _____ Nº _____

Idade: _____ anos Peso: _____ kg Altura: _____ m

QUESTIONÁRIO EAT 26• **Questão n.º 1**

Este grupo contém 26 questões fechadas que abordam atitudes alimentares. Para cada pergunta, assinala com uma cruz (X) no quadrado que mais se adequa ao que sentes e pensas neste momento. (Escolhe apenas uma resposta!)

	Sempre	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Fico apavorado/a com o excesso de peso.						
2. Sei quantas calorias contêm os alimentos que como.						
3. Evito particularmente alimentos com alto teor de hidratos de carbono (pão, batata, massa, etc).						
4. Sinto-me muito culpado/a após comer.						
5. Penso muito em ser mais magro/a.						
6. Penso em queimar calorias quando faço exercício físico.						
7. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.						
8. Afasto-me de comidas que contenham açúcar.						
9. Como comida de dieta.						
10. Sinto-me mal após comer doces.						

	Sempre	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
11. Estou a fazer dieta.						
12. Gosto de estar com o estômago vazio.						
13. Gosto de experimentar novas comidas calóricas.						
14. Passo muito tempo a pensar em comida.						
15. Já tive ataques de voracidade nos quais sentia que não ia conseguir parar de comer.						
16. Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais.						
17. Sinto que a comida controla a minha vida.						
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.						
19. Tenho vontade de vomitar após comer.						
20. Evito comer quando estou com fome.						
21. Corto a minha comida em pedaços pequenos.						
22. Vomito depois de comer.						
23. As outras pessoas acham que sou magro demais.						
24. Levo mais tempo que os outros a comer.						
25. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
26. Demonstro auto-controlo em relação à comida.						

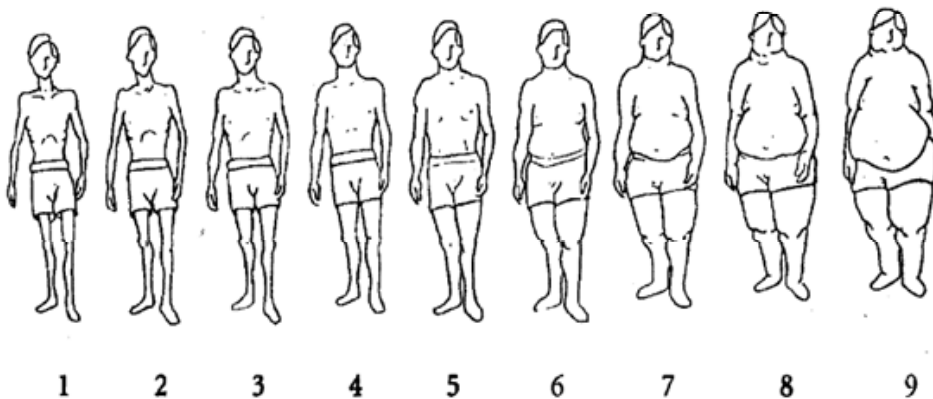
Teste EAT-26, adaptado do estudo de ALEXANDRE [et al.] – Comportamento Alimentar em doentes bipolares – diferenças entre os sexos na pontuação do EAT 26. *Revista de Informação e divulgação científica da NDCA*, vol. 5, n.º 11, 2008

• **Questão n.º 2**

Perante a imagem abaixo, responde colocando um número que corresponda à tua opinião:

a) Qual é a figura que achas mais parecida com o teu corpo? _____

b) Qual é a figura que mais se parece com o corpo que gostarias de ter? _____



Teste de Imagem Corporal, retirado do estudo de MONTEIRO, Ana Isabel Jorge (2001-2002), disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54809/1/67671_02-05T_TL_01_P.pdf

Obrigada pela participação!

Anexo VIII – Resultados do questionário

TURMA 9° B							
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTU	I.M.C	RESULTADO E	TESTE IMAGEM COR
1	F	14	50	1,66	18,1	4	-2
2	F	13	45	1,64	16,7	6	-1
3	M	13	49	1,58	19,6	3	0
4	F	15	53	1,54	22,3	3	1
5	F	14	59	1,65	21,7	32	1
6	F	16	54	1,65	19,8	8	0
7	M	15	71	1,71	24,3	3	0
8	F	16	65	1,66	23,6	16	2
9	M	14	46	1,62	17,5	0	(sem resposta)
10	M	13	65	1,67	23,3	3	1
11	M	14	54	1,68	19,1	1	0
12	M	14	71	1,75	23,2	11	1
13	F	15	58	1,61	22,4	5	1
14	M	14	68	1,74	22,5	8	0
15	F	14	42	1,56	17,3	8	-1
16	F	14	93	1,79	29,0	8	1
17	M	15	50	1,68	17,7	32	-6
18	M	14	61	1,7	21,1	5	0
19	M	15	75	1,66	27,2	4	1
20	M	15	75	1,79	23,4	3	0
21	F	16	49	1,68	17,4	4	-2
22	F	14	57	1,62	21,7	2	1
23	F	15	49	1,64	18,2	6	(sem resposta)
24	M	14	69	1,81	21,1	3	0
25	M	15	55	1,67	19,7	5	0
26	M	15	105	1,72	35,5	18	2
27	M	13	72	1,67	25,8	30	2
28	M	13	54	1,71	18,5	9,0	-3

Legenda:

- IMC > 25 Kg/m²
- IMC < 18,5 Kg/m²
- EAT ≥ 20
- BSQ ≥ 1

TURMA 9ª C

ALUM	SEXO	IDAD	PESO	ALTU	I.M.C	RESULTADO E	TESTE IMAGEM COR
1	F	14	52	1,63	19,6	3	0
2	F	14	72	1,68	25,5	32	5
3	F	13	51	1,56	21,0	10	1
4	F	14	51	1,6	19,9	12	1
5	M	15	53	1,66	19,2	5	1
6	M	14	60	1,7	20,8	1	0
7	F	13	66	1,7	22,8	3	1
8	M	14	61	1,6	23,8	7	0
9	F	14	62	1,55	25,8	5	1
11	F	13	48	1,6	18,8	0	-1
12	F	14	52	1,62	19,8	22	1
13	M	14	52	1,7	18,0	6	0
14	M	14	49	1,61	18,9	4	0
15	F	14	51	1,57	20,7	2	0
16	F	14	54	1,6	21,1	0	0
17	F	14	55	1,6	21,5	5	0
18	F	14	52	1,62	19,8	3	-1
19	M	15	67	1,72	22,6	1	(sem resposta)
20	M	15	78	1,7	27,0	8	1
20	F	14	51	1,64	19,0	3	0
24	M	14	66	1,72	22,3	0	(sem resposta)
25	M	14	66	1,79	20,6	0	-1
26	F	15	54	1,56	22,2	23	2
28	F	13	43	1,61	16,6	3	-1
29	M	14	38	1,58	15,2	3	-1

Legenda:

MC > 25 Kg/m²
 MC < 18,5 Kg/m²
 EAT ≥ 20
 BSQ ≥ 1

TURMA 9º D

ALUM	SEXO	IDAD	PESO	ALTU	I.M.C	RESULTADO E	TESTE IMAGEM COR
1	F	17	51	1,58	20,4	1	-1
3	F	14	50	1,6	19,5	2	-1
4	M	17	78	1,78	24,6	5	2
5	M	15	60	1,63	22,6	5	1
6	M	15	59	1,77	18,8	3	0
7	F	16	52	1,63	19,6	3	0
10	M	14	55	1,65	20,2	3	-1
11	F	14	52	1,63	19,6	0	0
12	M	15	56	1,74	18,5	2	0
13	M	14	55	1,68	19,5	12	0
14	M	17	63	1,76	20,3	0	-1
15	F	15	48	1,61	18,5	3	0
16	M	14	47	1,6	18,4	6	0
17	F	16	60	1,6	23,4	4	0
18	M	13	50	1,68	17,7	0	-1
19	M	15	61	1,86	17,6	6	0
20	F	13	43	1,57	17,4	18	-1
21	M	14	56	1,68	19,8	3	0
23	M	14	45	1,54	19,0	8	0
24	M	14	73	1,72	24,7	14	3
26	M	14	57	1,8	17,6	2	0
27	M	???	59	1,63	22,2	10	0
28	M	14	49	1,52	21,2	12	1
29	F	14	50	1,59	19,8	4	2

Legenda:

IMC > 25 Kg/m²

IMC < 18,5 Kg/m²

EAT ≥ 20

BSQ ≥ 1

TURMA 9ª A							
ALUM.	SEXO	IDAD	PESO	ALTU	I.M.C	RESULTADO E	TESTE IMAGEM CO
1	M	13	59	1,81	18,0	7	-1
2	F	14	62	1,75	20,2	2	0
5	M	14	60	1,6	23,4	22	2
6	F	14	53	1,56	21,8	0	1
7	M	14	48	1,7	16,6	12	-1
8	M	14	54	1,65	19,8	4	1
9	F	14	58	1,65	21,3	2	0
10	M	14	65	1,72	22,0	4	2
11	M	14	70	1,65	25,7	2	0
12	F	14	58	1,63	21,8	2	1
13	F	14	41	1,56	16,8	4	-2
14	F	15	63	1,56	25,9	13	2
15	M	13	49	1,49	22,1	2	1
17	F	14	61	1,68	21,6	4	0
18	F	14	44	1,61	17,0	5	-1
19	F	14	45	1,59	17,8	2	-1
20	M	13	94	1,65	34,5	14	1
21	M	14	56	1,78	17,7	11	-1
22	M	14	51	1,64	19,0	2	0
23	M	14	54	1,6	21,1	5	0
24	F	13	49	1,57	19,9	13	1
25	F	13	36	1,53	15,4	2	-1
27	M	13	42	1,52	18,2	1	0
28	F	17	60	1,65	22,0	14	2

Legenda:

- IMC > 25 Kglm²
- IMC < 18,5 Kglm²
- EAT ≥ 20
- BSQ ≥ 1

TURMA 9ª B							
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTURA	I.M.C.	RESULTADO EAT	TESTE IMAGEM CORPORAL
2	F	16	56	1,59	22,2	24	3
3	M	14	70	1,62	26,7	2	1
4	M	14	75	1,7	26,0	2	1
6	F	14	53	1,56	21,8	9	1
7	F	13	44	1,61	17,0	3	0
8	M	17	53	1,69	18,6	8	-1
9	F	14	60	1,52	26,0	3	3
10	F	14	54	1,73	18,0	4	0
11	M	14	59	1,66	21,4	11	0
12	F	13	44	1,57	17,9	5	2
13	M	14	72	1,7	24,9	10	1
14	M	13	70	1,72	23,7	5	2
15	F	15	50	1,66	18,1	6	0
16	F	16	52	1,67	18,6	2	-1
17	F	14	69	1,52	29,9	2	2

Legenda:
 IMC > 25 Kg/m²
 IMC < 18,5 Kg/m²
 EAT ≥ 20
 BSQ ≥ 1

TURMA 9ª C							
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTURA	I.M.C.	RESULTADO EAT-26	TESTE IMAGEM CORPORAL
1	F	14	64	1,69	22,4	0	0
2	F	13	56	1,57	22,7	0	0
3	M	14	48	1,68	17,0	4	-1
4	M	14	33	1,51	14,5	2	-1
6	F	13	47	1,47	21,8	8	1
7	M	15	65	1,77	20,7	6	0
9	F	14	71	1,66	25,8	16	3
10	M	15	62	1,71	21,2	5	1
11	F	14	56	1,75	18,3	1	-1
14	M	15	61	1,64	22,7	0	0
16	M	14	55	1,68	19,5	5	0
18	M	15	107	1,88	30,3	12	2
18	M	14	74	1,71	25,3	0	1
19	M	16	60	1,71	20,5	7	0
20	F	14	46	1,55	19,1	2	0
21	F	14	60	1,63	22,6	0	1

Legenda:
 IMC > 25 Kg/m²
 IMC < 18,5 Kg/m²
 EAT ≥ 20
 BSQ ≥ 1

TURMA AO								
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTURA	I.M.C.	RESULTADO EAT-26	TESTE IMAGEM CORPORAL	
1	F	18	62	1,64	23,1	33	2	
2	M	15	55	1,74	18,2	2	-2	
3	M	16	65	1,79	20,3	13	0	
4	M	15	63	1,62	24,0	18	0	
5	F	16	101	1,64	37,6	38	2	
6	F	16	70	1,75	22,9	4	0	
7	M	15	65	1,8	20,1	6	0	
8	F	15	54	1,58	21,6	9	-1	
9	M	15	70	1,72	23,7	64	-4	
10	M	17	57	1,81	17,4	9	-1	
11	M	17	69	1,71	23,6	27	0	
12	M	16	53	1,69	18,6	3	-1	
13	M	15	82	1,73	27,4	5	0	

Legenda:
 IMC > 25 Kg/m²
 IMC < 18,5 Kg/m²
 EAT ≥ 20
 BSQ ≥ 1

TURMA OJ								
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTURA	I.M.C.	RESULTADO	TESTE IMAGEM	
1	M	18	64	1,6	25,0	12	2	
2	F	15	47	1,59	18,6	6	0	
3	M	16	60	1,68	21,3	7	0	
4	M	16	62	1,74	20,5	7	-1	
6	M	16	72	1,71	24,6	7	1	
7	M	17	67	1,68	23,7	4	0	
8	M	15	66	1,68	23,4	3	0	
9	M	16	55	1,72	18,6	4	0	

Legenda:
 IMC > 25 Kg/m²
 IMC < 18,5 Kg/m²
 EAT ≥ 20
 BSQ ≥ 1

TURMA PA								
ALUNO	SEXO	IDADE	PESO	ALTURA	I.M.C.	RESULTADO EAT-26	TESTE IMAGEM	
1	F	15	62	1,63	23,3	33	2	
4	M	16	59	1,63	22,2	11	-1	
7	M	15	64	1,77	20,4	8	(sem resposta)	
8	F	15	46	1,49	20,7	3	0	
9	F	15	54	1,67	19,4	4	-3	
10	F	16	82	1,65	30,1	19	1	
11	M	17	70	1,81	21,4	6	-1	
12	M	16	74	1,88	20,9	3	-1	
13	F	15	50	1,59	19,8	5	0	
Legenda:								
IMC > 25 kg/m ²								
IMC < 18,5 Kg/m ²								
EAT ≥ 20								
BSQ ≥ 1								

Anexo IX – Folheto sobre os DCA



ESTUDOS REALIZADOS...



- 1 em cada 10 alunos do secundário apresenta sintomas significativos de sofrer perturbações do comportamento alimentar, como anorexia e bulimia.

O n.º de estudantes portugueses que pode sofrer de perturbações do comportamento alimentar é semelhante aos números registados no resto da Europa e nos EUA.

(Segundo um estudo epidemiológico realizado em 2004 pelo departamento de Pedopsiquiatria do Hospital M.ª Pina em 688 alunos).

- Num estudo realizado em 2011 a alunos do 9º ano de duas escolas do concelho de Almada, pelas Enf.ª Cátia Oliveira e Alexandra Soares (UCC de Almada) verificou-se que dos alunos que responderam ao Eating Attitudes Test (n=181), 7,2% apresentam perturbações sugestivas de distúrbios do comportamento alimentar.

No que concerne à imagem corporal, no presente estudo, mais de metade dos alunos (58,6%) revelou insatisfação com a sua figura corporal, e desajava a maior parte (33,8%) desejava uma figura de menor dimensão.



SERVIÇOS DE APOIO

- Existem seis hospitais no país a disponibilizar um departamento específico para este tipo de doenças:

Porto: Hospital S. João e Magalhães Lemos

Lisboa: Hospital Santa Maria

Setúbal: Hospital Distrital de Setúbal

Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra

Sintra: Hospitais Fernando da Fonseca

Viseu: Hospital Distrital de Viseu

- Associação dos Familiares e Amigos dos Anorécticos e Bulímicos (AFAAB)
21432167—Lisboa e 229385644 — Porto (2.ª, 4.ª e 6.ª feira das 15H às 18H)
- APARECE. Tel.: 213932477; email: aparece@oninet.pt.
- Linha SOS Adolescente: 800202484.
- Núcleo Doenças de Comportamento Alimentar: www.comportamentoalimentar.pt

▶ PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR - ANOREXIA E BULIMIA



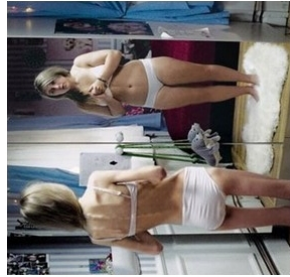
Programa Nacional de Saúde Escolar 2010-2011
UCC Almada — Outra Margem

Enf.ª Cátia Oliveira — estudante do CME
Especialidade de Enfermagem Comunitária —
Universidade Católica Portuguesa, orientada
pela Enf.ª M.ª Céu Gonçalves, e co-orientada
pela Enf.ª Alexandra Soares

Novembro, 2011

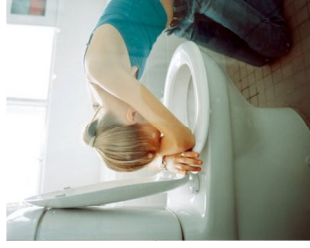


Situações de Risco e de Alerta



ANOREXIA

- Emagrecimento rápido sem causa aparente;
- Redução na quantidade de alimentos ingeridos;
- Escolha de produtos magros ou de baixas calorias;
- Grande interesse e conhecimento em culinária e calorias, assim como satisfação em ver os outros a alimentar-se bem;
- Desculpas frequentes para não comer;
- Mudança de humor (maior agressividade, irritabilidade e isolamento social);
- Prática de exercício físico em excesso;
- Vestir roupas largas e quentes;
- Atitude crítica em relação à imagem;
- Amenorreia, desidratação e hipotermia.



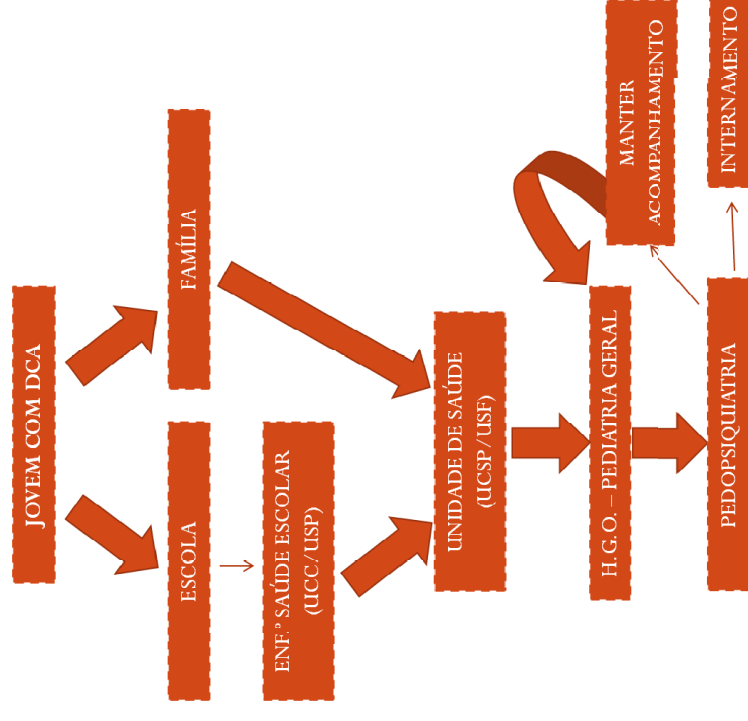
BULIMIA

- Ingestão de grandes quantidades de comida e de seguida vomitar;
- Muitas vezes são pessoas com peso normal, excesso de peso ou obesidade moderada;
- Lesões na garganta e nos dedos das mãos;
- Erosão do esmalte e hipertrofia das parótidas;
- Perda de peso sem dieta — (come bem mas "escoa" os alimentos);
- Idas frequentes à casa de banho a seguir às refeições.

⇒ A distorção da imagem corporal e do peso é uma característica essencial comum aos dois tipos de distúrbios.

⇒ É importante o diagnóstico precoce no sentido de aumentar a eficiência do tratamento!

FLUXOGRAMA de encaminhamento



"Não quero ser gorda. Tenho estas partes gordas. Gostava de ser como... Linda Evangelista, Claudia Shiffer, Naomi Campbell...". Um dos médicos comenta: "Parecem cabides para pendurar fatos. Eu acho que elas são assim porque é mais fácil para os costureiros." Francisca reage com força: "Mas é bonito assim (...). Gostaria de ser assim.". O médico comenta então que aquelas mulheres são criações artificiais. Explica que há filmes em que a vedeta tem várias duplas - uma para as pernas, outra para a barriga, outra para o peito. O personagem acaba por ser um puzzle. Aquilo não é gente.

(Carino, 1994, p.89)

**Anexo X – Sessão de Formação a Profissionais de Saúde do ACES de
Almada**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PREVALÊNCIA DE SINAIS DE DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM DUAS ESCOLAS DO CONCELHO DE ALMADA

Projecto de estágio
Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária



Mestranda: Cátia Oliveira
Tutora: Prof.ª Amélia Simões Figueiredo
Orientadora: Enl.ª Maria Cêu Gonçalves
Co-orientadora: Enl.ª Alexandra Soares



• Apresentação do projecto de estágio



PREVALÊNCIA DE SINAIS DOS DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM 2 ESCOLAS DO CONCELHO DE ALMADA



• Abordagem dos Distúrbios do Comportamento Alimentar (DCA)

ANOREXIA



BULIMIA



DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR



Etiologia multifactorial (predisposição genética, sociocultural, vulnerabilidade biológica e psicológica)



Situações complexas... podem levar à morte



Têm início na adolescência (obsessão pelo aspecto físico)

Mas... não são uma moda!

ANOREXIA

(DSM-IV, 2002)



Recusa em manter um peso corporal normal mínimo, para a idade e altura

Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo, mesmo tendo peso abaixo do normal

No sexo feminino, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos quando era esperado ocorrerem (amenorreia)

Distúrbio na forma como o peso corporal, o tamanho e a imagem são vividos, isto é, a pessoa queixa-se que se "sente gorda" mesmo quando está emagrecida, acredita que uma zona do corpo é "demasiado gorda" mesmo quando obviamente tem um peso abaixo do normal

5

09-10-2012

Situações de alarme... na anorexia:



- Dietas limita o consumo a alimentos light;
- Interesse exagerado em comida, culinária e contagem de calorias;
- Uso de roupas largas (ocultar a magreza);
- Mudança de comportamento;
- Prática excessiva de exercício físico;
- Demorar muito tempo a comer, dividir a comida em porções pequenas e esconder comida.

6

09-10-2012

BULIMIA

(DSM-IV, 2002)



O bulímico, como o anorético, rejeita os alimentos, mas em determinadas alturas come desenfreadamente. Depois, sentindo-se culpado, adopta comportamentos compensatórios inapropriados, tais como provoca o vômito, recorre a laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou exercício físico excessivo. Tudo para não aumentar o peso.

7

09-10-2012

Sinais



Bulimia

Peso normal, excesso de peso ou obesidade moderada

Lesões na garganta e nos dedos das mãos

Edema generalizado ou das extremidades inferiores

Alterações hidro-eletrólíticas

Hipertrofia das parótidas, erosão do esmalte.

Anorexia

Perda de peso
Amenorreia

Hálito cetónico

Alterações hídricas e eletrólíticas

Hipotermia corporal nos meses de inverno


Atrofia no início, em seguida hipertrofia da musculatura paratiária



8

09-10-2012

Como se apresentam os distúrbios?




Inicialmente parece despercebida
 A doente nega o problema
 A família leva a doente ao médico

“As pessoas com anorexia nervosa não têm habitualmente consciência ou negam o problema e podem contar histórias pouco fiáveis. É por isso necessário obter informação dos pais ou de outras fontes para avaliar o grau de perda de peso e outras características da doença.”
 (DSM-IV, 2002)

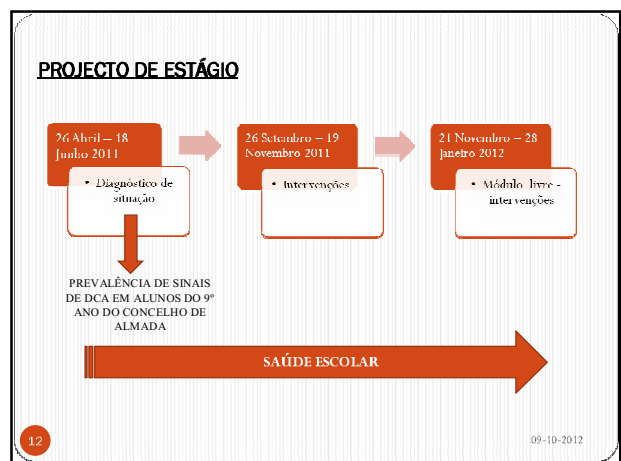
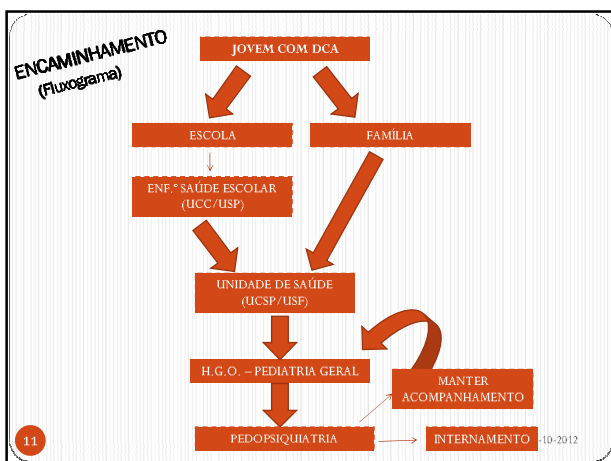
09-10-2012

O que fazer?

- Necessário que a doente assuma que tem um problema
- O tratamento envolve uma equipa multidisciplinar – psicólogo, nutricionista, médico de família, enfermeira.
- Tem como parceiros a comunidade onde o jovem vive – escola e família.
- Em casos graves poder-se-á ter que recorrer ao internamento.



09-10-2012



II MÓDULO (26 Abril a 18 Junho de 2011)

• **Diagnóstico**

Como chegámos ao diagnóstico?

- As escolas trabalham mais os jovens com IMC elevados.
- Não há percepção da representatividade da problemática da anorexia e bulimia nas escolas dos agrupamentos de Almada;
- Foi solicitado por alunos do 9º ano da escola Romeu Correia a abordagem do tema dos DCA aos psicólogos.
- Escola 2+3 Alembração solicitou a participação na Feira da Saúde – levantamento dos dados do IMC dos alunos presentes.
- Torna-se pertinente abordar esta temática pois representa 5% de mortes dentro das doenças de foro psiquiátrico.

13

09-10-2012

	Avaliados	Com IMC ≤ 18
Nº alunos do 7º ano	25	12
Nº alunos do 8º ano	48	19
Nº alunos do 9º ano	20	6
Nº TOTAL ALUNOS	93 = 100%	37 = 39,8%

ESCOLA BÁSICA DO 2º E 3º CICLO DA ALEMBRAÇÃO

	Avaliados	Com IMC ≤ 18
Nº alunos do 8º ano	63	29
Nº alunos do 9º ano	21	10
Nº TOTAL ALUNOS	86 = 100%	39 = 45,3%

ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA CHARNECA DA CAPARICA

	Avaliados	Com IMC ≤ 18
Nº alunos do 10º ano	24	5
Nº alunos do 11º ano	15	1
Nº alunos do 12º ano	15	2
Nº TOTAL ALUNOS	54 = 100%	8 = 14,8%

ESCOLA SECUNDÁRIA + 3º CICLO ROMEU CORREIA

14

09-10-2012

Objectivos do estudo



- Determinar o n.º de jovens do 9º ano com IMC ≤ 18;
- Determinar a prevalência de jovens do 9º ano em risco de desenvolver DCA, através do EAT-26 e do Teste de Imagem Corporal;
- Salientar a importância de uma alimentação saudável para a melhoria da qualidade de vida dos jovens.
- Sensibilizar a comunidade educativa e profissionais de saúde, para:
 - Existência de DCA, os seus riscos e consequências;
 - Identificação precoce de desvios do comportamento alimentar;
 - Encaminhamento casos suspeitos de perturbações do comportamento alimentar;
 - Saber agir perante jovens com DCA;
 - A importância da articulação de jovens com DCA entre diferentes instituições de saúde.

15

09-10-2012

II MÓDULO (26 de Setembro a 19 de Novembro)

• **Intervenções**

- Realização de uma SES sobre alimentação saudável e os distúrbios do comportamento alimentar

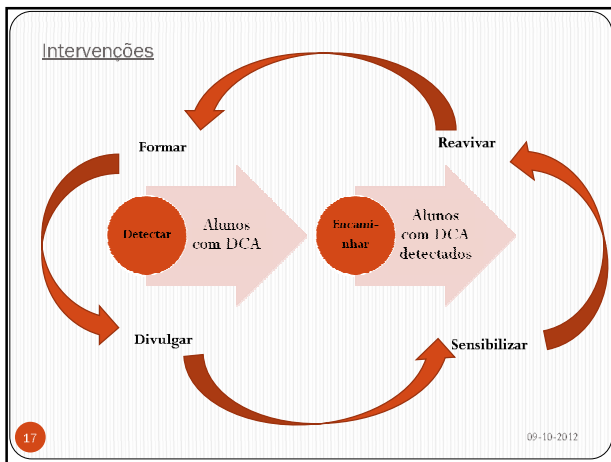
Que actividades fizemos para dar resposta aos objectivos propostos?

ESTRATÉGIA

Na aplicação do questionário e novo levantamento do IMC de todos os alunos do 9º ano

16

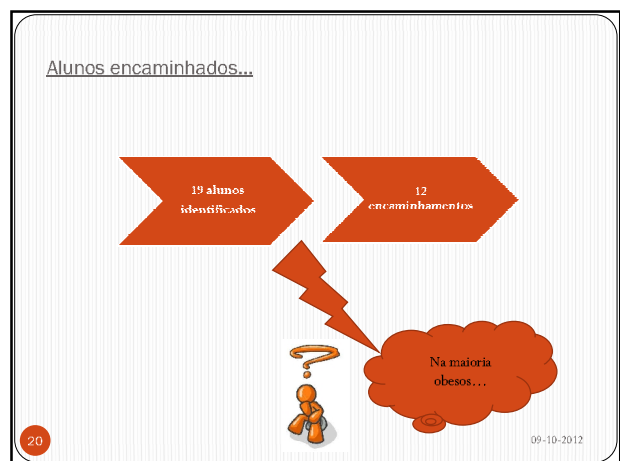
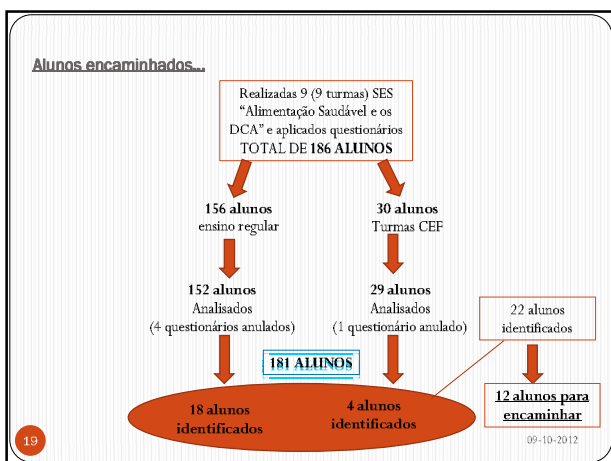
09-10-2012



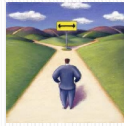
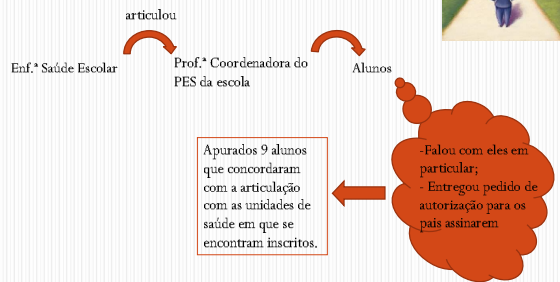
Resultados...

	Escola 3º ciclo e secundária Romeno Correia		Escola 2º e 3º ciclo da Alemebrança	TOTAL
	Alunos regular	Turmas CEF		
Nº alunos com IMC < 18,5 Baixo peso	17	1	15	33 (18,2%)
Nº alunos com IMC entre 18,5 – 24,9 Peso normal	72	23	30	125 (69%)
Nº alunos com IMC entre 25,0 – 29,9 Pré-obesidade	6	?	8	16 (8,8%)
Nº alunos com IMC entre 30,0 – 34,9 Obesidade grau I	1	1	?	4 (2,2%)
Nº alunos com IMC entre 35,0 – 39,9 Obesidade grau II	2	1	0	3 (1,6%)
Nº alunos com FAT-26 > 20	6	5	2	13 (7,2%)
Nº alunos insatisfeitos com a sua imagem corporal:				
- querem emagrecer	32	6	25	63 (33,8%)
- querem engordar	21	10	12	43 (23,7%)
TOTAL ALUNOS	97	29	55	181 (100%)

18 09-10-2012



Como foram encaminhados...



21

09-10-2012

No futuro... (III MÓDULO)



- Apresentação do projecto às unidades de saúde
- Criação de um artigo com os alunos (embaixadores da saúde) da Escola Romcu Correia, sobre os DCA, para publicar no site da escola.
- Entrega de um folheto sobre DCA às escolas do Agrupamento de Escolas.
- Entrega de um folheto às unidades de saúde com o fluxograma de encaminhamento e contactos / parcerias importantes na área dos DCA.
- Realização da actividade "Aprender a bem comer", no refeitório da escola.

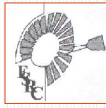
22

09-10-2012

COLABORADORES



Serviço de Pediatria
Unidade de pedopsiquiatria



Agrupamento de escolas
Romcu Correia



Enfermeiras da Equipa de Saúde Escolar
UCC Almada

23



24

OBRIGADA ...



... pela vossa presença

25

09-10-2012

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, M. A. R. - *As Práticas Alimentares dos jovens em idade escolar*. Oeiras: Serviço Municipal de Informação e Apoio ao Consumidor, 2002
- BARROS, T. - *Hábitos Alimentares dos Portugueses*. 2008. Disponível em: <http://dietaforum.welnode.com/news/habitos-alimentares-dos-portugueses/>
- CARMO, Isabel do - *A Vida Por Um Fio* - Relógio D'Água Editores, 1994, Lisboa. ISBN: 972-708-237-8
Colaboradores: TELES, Alberto Galvão; SAMPAIO, Daniel; REIS, Dinis; FLORES, Teresa.
- CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Servir a comunidade a garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados* - Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009
- COSTA, Rita Barbosa Martins - *Avaliação das Atitudes e Comportamentos Alimentares de Crianças e Adolescentes Saudáveis do 1º e 2º Ciclo de Escolaridade e Seus Progenitores*. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2008. Disponível em: http://repositorio.abaerto.up.pt/bitstream/10216/54660/1/123211_0858TCDS6.pdf

26

09-10-2012

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Programa nacional de saúde escolar*. Despacho n.º 12.045/2006. Diário da República - II Série
- MONTEIRO, Ana Isabel Jorge - *Avaliação do Contexto Alimentar e Comportamental de um Grupo de Adolescentes Jogadores de Futebol*. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2001-2002. Disponível em: http://repositorio.abaerto.up.pt/bitstream/10216/54809/1/67671_02-05T_TT_01_P.pdf
- NOGUEIRA, Fernando; e MADALENO, Maria - *Papel do Enfermeiro na Unidade de Saúde Pública* - GrASP (Grupo de Apoio de Saúde Pública) - Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, 2009
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional/Europeia da Saúde para Todos*. OMS, 1985. Lisboa: MS/Departamento de Estudo de Planeamento
- PRAZERES, Vasco - *Saúde dos adolescentes: princípios orientadores*. Lisboa: DGS, 1998
- SAMPAIO, Daniel; BOUÇA, Dulce; CARMO, Isabel; JORGE, Zulmira - *Doenças do Comportamento Alimentar* - Laboratórios Bial. Lisboa: Edições ASA, S.A. 1999

27

09-10-2012

- REDE EUROPEIA e PORTUGUESA DE ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE. Brochura Edição OMS, PES e MS. 1999
- FRECIOSO, J.; SILVA, S. - *As escolas promotoras de saúde na educação alimentar: um estudo efectuado em alunos do 2º ciclo*. In revista Alimentação Humana, Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, Vol. 10, nº2, 2004.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - *Programa Nacional de Saúde Escolar* - Lisboa, 2007
- DSM-IV - *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 1996
- FONSECA, M.S.; TAPADAS, A.F. - *Perturbações do Comportamento Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosa* - Tese de Licenciatura em Psicologia; Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares, Campus de Almada. Ano lectivo 2009/2010. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/55721037/Anorexia-Bulimia>
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição, 1993.

28

09-10-2012

Anexo XI – Plano de ação da atividade “No refeitório com o Chef”

Exmo. Chefe Hernâni Ermida,

no seguimento da nossa conversa telefónica do dia 13 de dezembro, serve esta carta para formalizar o pedido de apadrinhamento da atividade na escola 3º ciclo + secundária Romeu Correia, no Feijó e contextualizar a proposta de realização da mesma.

O meu nome é Cátia Oliveira, sou Enfermeira no Hospital Garcia de Orta - serviço de Cirurgia II – em Almada. Neste momento encontro-me a finalizar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O curso implica a realização de um estágio, o qual iniciei em abril de 2011 na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde de Almada, tendo selecionado para trabalhar, a área da Saúde Escolar. O referido estágio é tutorado pela Professora Enfermeira Amélia Simões Figueiredo, orientado pela Enfermeira Coordenadora Maria Céu Gonçalves e coorientado pela Enfermeira Alexandra Soares.

Como se sabe, o programa de saúde escolar tem como objetivo promover a saúde e prevenir a doença a todos os intervenientes na comunidade escolar, principalmente dos alunos. Desta forma, e enquanto objetivo do próprio estágio, desenvolveu-se um projeto na área da alimentação saudável, concretamente sobre os distúrbios do comportamento alimentar. Realizou-se um diagnóstico de situação centrado na “Prevalência de sinais de distúrbios do comportamento alimentar em duas escolas do concelho de Almada”.

Selecionou-se o agrupamento de escolas Romeu Correia, como alvo da investigação, mais concretamente, todos os alunos do 9.º ano de escolaridade (181 alunos). Esta opção recaiu sobre o facto de ter sido a escola que mais acompanhei no estágio de saúde escolar e porque os seus elementos integrantes (profissionais docentes e não docentes) sempre se mostraram bastante recetivos a qualquer atividade que trouxesse benefícios na área da saúde.

Um dos objetivos da investigação foi o de identificar e sinalizar casos de anorexia e bulimia, verificando-se, no entanto, uma elevada frequência de casos de distúrbios alimentares ao nível da obesidade. Assim, desde Abril de 2011 que fizemos um diagnóstico de saúde, realizámos várias sessões de educação para a saúde a todas as turmas do 9º ano, medimos e pesámos os alunos, e aplicámos um questionário já existente na comunidade científica: o *EAT-26*.

Da análise dos resultados obtidos constatou-se que em 181 (100%) alunos do 9º ano de escolaridade, 16 alunos (8,8%) apresentam IMC entre 25 e 29,9 (pré-obesidade), 4 (2,2%) alunos com obesidade grau I e 3 (1,6%) alunos com obesidade grau II. Dos alunos que responderam ao questionário *Eating Attitudes Test* (N=181), 13 alunos (7,2%) apresentaram pontuações sugestivas de distúrbios do comportamento alimentar.

Relativamente aos alunos identificados, importa-nos, enquanto Enfermeiras, fazer um encaminhamento correto, para que sejam acompanhados por profissionais peritos na área, no sentido de melhorarem o seu IMC. A título de exemplo, alguns destes alunos já têm consulta de médico de família marcada e consulta de enfermagem juvenil marcada, para que sejam encaminhados posteriormente para nutricionista. Portanto, houve certamente ganhos em saúde com este projeto.

A alimentação destes jovens é preocupante, constatando-se ser deficiente, embora não de forma global. As escolas compreendidas no estudo possuem o seu próprio refeitório, nas quais a comida é servida por cozinheiras de uma empresa privada, contratualizada pela DREL. Verifica-se que há preocupação em servir comida saudável e que a ementa é feita para que a alimentação seja variada e equilibrada. Contudo, as escolas possuem máquinas de snacks, as quais são utilizadas frequentemente e, muitas vezes, servem o pequeno-almoço destes jovens. Para além disto, os jovens optam frequentemente por ir comer a cafés nas imediações da escola, onde pagam mais por um cachorro quente e um refrigerante, do que pelo menu completo e mais saudável do refeitório da escola. A acrescentar ainda que durante a nossa passagem pelas turmas, os jovens queixaram-se de que a salada do refeitório continha muito sal, tendo nós tomado as devidas providências no sentido de encaminhar esta situação.

No fundo, foram uma série de atividades feitas e uma série de situações que nos levaram a ter a ideia de convidar um Chefe de cozinha para ir à escola fazer uma atividade com os responsáveis pela confeção dos menus, bem como com os jovens que frequentam o refeitório, no sentido de os instruir a serem eles próprios educadores ativos da sua alimentação saudável, bem como pela dos outros.

Também de forma a agradecer toda a recetividade da escola, e de forma a agradecer a todos os alunos o facto de terem participado no estudo e também porque a Direção da escola manifestou que existe necessidade em passar as informações relativas à alimentação saudável para a prática, houve a necessidade de terminar o estágio com uma atividade prática e distinta. Pois sendo verdade que o conhecimento dos jovens está imensamente divulgado, está na altura de colocar em prática atividades que os ajudarão a fomentar os seus conhecimentos sobre alimentação saudável. Desta forma, e dado que o Chefe Hernâni é sobejamente conhecido na região de Almada (dado cooperar com o Lidl para a “Dica da Semana”), seria inteiramente gratificante tê-lo na escola a desenvolver uma atividade prática com os alunos, para que estes se interessem mais por comida saudável, culinária saudável (em detrimento do fast-food) e que posteriormente possam replicar as suas aprendizagens em casa, por exemplo.

Para além de tudo isto, é do nosso conhecimento a participação do Chefe Hernâni no livro “O meu primeiro livro de receitas” que para além de promover um conjunto de comportamentos saudáveis, integra várias receitas saudáveis. Tivemos também conhecimento que o Chefe Hernâni já tem experiência em atividades no âmbito da saúde escolar, tal como a que apadrinhou em Maia, atividade esta intitulada por “O pequeno-grande Almoço”.

Por tudo isto, e por sabermos que é uma pessoa interessada em projetos relacionados com alimentação saudável e também por sabermos que a sua presença fará muitos jovens felizes e terá um grande impacto nesta comunidade escolar, pedimos-lhe que apadrinhe esta atividade.

O **objetivo geral** será realizar uma atividade no refeitório da escola, da parte da manhã, na presença de todos os alunos do 9º ano da escola, que por lá passem no refeitório, para que no final da atividade (à hora do almoço) todos os alunos que possuam a senha de almoço possam provar as suas iguarias.

A atividade será intitulada por “**No refeitório com o Chefe**”.

A ideia será o Chefe Hernâni chegar ao refeitório cerca das 09h (ou pelo menos à hora a que as cozinheiras chegam) e reunir-se com estas, no sentido de lhes explicar as receitas dos pratos do menu pré-estabelecido. Nesta fase será dado um acompanhamento às cozinheiras para que confeccionem o menu, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Chefe Hernâni. Cerca das 11h até às 12h o Chefe Hernâni irá estar posicionado numa mesa em frente à cozinha, virado para o refeitório, onde dispõe de um fogão elétrico e de todo o material/ingredientes indispensáveis para a confeção dos pratos que os alunos irão degustar ao almoço. Durante esta hora o Chefe irá mostrar aos alunos do 9º ano de escolaridade como se confecciona um menu saudável. Cerca das 12h o refeitório é aberto a toda a população estudantil, a qual irá degustar o almoço apadrinhado pelo Chefe Hernâni.

Já solicitei à Dr.ª Paula Sousa, Coordenadora do departamento de Educação e Juventude da Câmara Municipal de Almada, uma reunião urgente no sentido de pedir reportagem e cobertura fotográfica.

Também no dia 15 de Dezembro a equipa de saúde escolar teve uma reunião com a Direção da escola e com a equipa do projeto educar para a saúde, onde expusemos esta ideia tendo sido recebida com bastante agrado. Nesta reunião ficaram esclarecidos alguns pontos importantes, que partilho agora consigo e que podem ser discutidos:

- Dado que a gestão das cozinheiras do refeitório e do próprio menu da escola pertence a uma empresa privada, não se pode abolir a sua presença no dia da atividade. Assim, o sugerido foi as cozinheiras colaborarem com o Chefe na confeção do menu;
- Ainda por ser uma empresa privada e, portanto, não se poder ignorar no dia da atividade as compras dos ingredientes, que já fazem parte do orçamento mensal dessa empresa, a escola propôs que se faça a listagem dos ingredientes juntamente com o Lidl, de forma a que a aquisição dos ingredientes seja, sensivelmente, metade-metade, e também para que no dia da atividade não falte nenhum material/ingrediente indispensável à confeção.
- Dado que os alunos que participaram no estudo foram todos os alunos do 9º ano (9 turmas), estes terão o privilégio de estar presentes no refeitório, na hora em que o Chefe fará a demonstração de como se confeccionam os pratos do menu a servir neste dia (das 11h às 12h, por exemplo). Os alunos estarão presentes de forma ordenada e sempre na presença de um professor a assistirem à própria confeção.
- Foi solicitado equipamento áudio à escola, a qual dispõe de 3 microfones, amplificador e 2 grandes colunas de som, para o caso do Chefe Hernâni querer usar o microfone.
- Os alunos irão ficar encarregues de toda a decoração do refeitório.
- por fim, o dia sugerido por toda a equipa pedagógica presente na reunião e pela Direção, para a realização da atividade, foi o dia **26 de Janeiro**, que esperamos ser um dia favorável para o Chefe Hernâni.

Sendo que o menu escolar integra a sopa, prato principal e sobremesa, pedimos-lhe que faça este menu, para ser, posteriormente enviado para a Sr.ª Luísa - responsável pela cozinha da

escola - e para a equipa do Lidl, no sentido de conseguirmos obter, com antecedência, todo o equipamento necessário à confeção.

PLANO DA AÇÃO:

DATA	26 de janeiro de 2012
HORA DA ATIVIDADE	Das 09h-14h (a combinar com o Chefe Hernâni)
DURAÇÃO DA ATIVIDADE	4 horas
LOCAL	Refeitório da Escola 3ºciclo e Secundária Romeu Correia, no Feijó.
TÍTULO	<i>No refeitório com o Chefe</i>
ORGANIZAÇÃO	Cátia Oliveira, estudante do curso de mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa.
PARCERIAS ENVOLVIDAS	Agrupamento de Escolas Romeu Correia; Agrupamento de Centros de Saúde de Almada – Unidade de Cuidados na Comunidade “Outra Margem”; Lidl; Câmara Municipal de Almada.
OBJETIVO GERAL	- Realizar uma ação no âmbito da alimentação tendo como padrinho/mentor principal o Chefe Hernâni.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Instruir /cativar os jovens a comerem no refeitório da escola, optando por refeições mais económicas e saudáveis. - Promover um conjunto de comportamentos nos jovens que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis, através da observação de receitas saudáveis e confeção saudável.
ATIVIDADE	Execução de um menu completo (sopa, prato principal e sobremesa) pelo Chefe Hernâni na cozinha do refeitório, juntamente com as cozinheiras do mesmo, e sensibilização dos jovens na adoção de estilos de vida saudáveis/alimentação saudável. Fases da atividade: - 1ª Fase: o Chefe Hernâni chega ao refeitório da parte da manhã, e reúne-se com as cozinheiras, no sentido de lhes explicar as receitas de um menu pré-estabelecido. Nesta fase será dado um acompanhamento às cozinheiras para que confeccionem o menu, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Chefe Hernâni. - 2ª Fase: será demonstrado aos alunos a forma como se confeccionam os pratos do menu do dia. O Chefe prepara os “pratos” em contexto real. Ao mesmo tempo, o Chefe interage com os alunos, no sentido de lhes explicar o que é alimentação saudável e de que forma se pode cozinhar nestes moldes um prato agradável. - 3ª Fase: à hora de abertura do refeitório, dá-se as “boas vindas” aos pratos confeccionados pelas cozinheiras e o Chefe faz “a prova” dos mesmos.

Toda a proposta de atividade está aberta a discussão, no sentido de se poder chegar a um entendimento entre as partes o mais brevemente possível.

Agradeço toda a atenção dispensada ao assunto,

Cordiais cumprimentos,

Enf.^a Cátia Oliveira

P.S.: Para mais informações disponho o meu contacto pessoal xx xxx xx xx

Anexo XII – Fotografias representativas da atividade “No refeitório com o Chef”





