

LITERACIA PARA A SAÚDE NA PERSPETIVA DAS CRIANÇAS, EM MEIO ESCOLAR

Health Literacy From The Perspective Of Children In School

Magdalena Vieira

Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal
magdalena.vieira@gmail.com

Alcinda Reis

Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal
alcinda.reis@essaude.ipsantarem.pt

Isabel Barroso

Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal
Isabel.barroso@essaude.ipsantarem.pt

RESUMO

A literacia para a saúde está associada à promoção da saúde e tem influência nos comportamentos, resultados e na cidadania em saúde. Com o objetivo de caracterizar as evidências obtidas no âmbito da literacia para a saúde das crianças participantes, desenvolveu-se um estudo de abordagem qualitativa, com orientação dedutivo-indutiva. Desenvolveram-se vinte entrevistas semiestruturadas, analisadas recorrendo à técnica de análise de conteúdo. A literacia para a saúde dos participantes caracteriza-se pela capacidade de compreensão, gestão e investimento, nas áreas da alimentação e controlo do peso, resultante da informação sobre saúde veiculada pelos profissionais de saúde, pais e professores, o que permite promover a saúde e prevenir doenças através da adoção de estilos de vida saudáveis. Identificamos falta de conhecimento relativamente à informação sobre a prevenção do baixo peso. A promoção da saúde revela-se como uma estratégia que contribui para a capacitação, 'empowerment', literacia para a saúde e cidadania em saúde.

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

ABSTRACT

Health literacy is associated with health promotion and influences on health behaviors, outcomes and citizenship. In order to characterize the evidence obtained within the scope of literacy for the health of the participating children, a qualitative study was developed, with a deductive-inductive orientation. Twenty semi-structured interviews were developed, analysed using the content analysis technique. The health literacy of the participants is characterized by the ability to

understand, manage and invest in the areas of food and weight control, resulting from the health information conveyed by health professionals, parents, teachers, which allows to promote health and prevent disease through the adoption of healthy lifestyles. We identified a lack of knowledge regarding information on the prevention of low weight. Health promotion is revealed as a strategy that contributes to training, 'empowerment', health literacy and health citizenship.

Keywords: Health Citizenship, Community Nursing, Health Literacy, Health Promotion

1 INTRODUÇÃO

Em 1974 ouviu-se pela primeira vez o termo Literacia para a Saúde (LS), pelo professor Scott Simonds (Simonds, 1974). Contudo, é na década de 90 que surgem as primeiras definições e desde então o tema tem vindo a ganhar grande destaque na saúde, pelo seu impacto nas contas públicas, e pelo seu potencial na Promoção da Saúde (PS) e qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (Sorensen, et al., 2012).

No âmbito da participação, na colheita de dados, no projeto de investigação nacional e internacional Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde (CrAdLiSa), realizou-se este estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de caracterizar as evidências obtidas no âmbito da LS das crianças participantes e com a finalidade de permitir aos enfermeiros promover a saúde em meio escolar considerando os conhecimentos das crianças sobre saúde.

Estudar a LS em crianças em meio escolar é pertinente, dado que as crianças têm capacidade para aprender coisas novas, sendo o meio escolar, o meio onde estas se encontram numa grande parte do seu tempo, o local propício para as aprendizagens (Hockenberry & Wilson, 2014).

As crianças participantes neste estudo têm idades compreendidas entre os 9 e 10 anos. Neste período de desenvolvimento a criança dirige-se para fora do grupo familiar, para o mundo mais amplo das relações com os seus pares. Existe um crescente desenvolvimento físico, mental e social, com maior realce no desenvolvimento de habilidades. Este é um período crítico do desenvolvimento do autoconceito, isto é, o modo como cada indivíduo se descreve e se conhece em relação às suas próprias crenças e convicções e tem influência na sua relação com os outros (Hockenberry & Wilson, 2014).

São vários os agentes responsáveis pelo desenvolvimento saudável da criança em idade escolar, entre eles os pais, os professores, os pares e os profissionais de saúde, entre estes os enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). Os pais são a influência primária na modelação da personalidade dos filhos e tem um papel importante na promoção da sobrevivência física e na saúde dos filhos, responsabilidades na educação da criança para que se tornem adultos independentes, no desenvolvimento da personalidade, na transmissão de valores culturais e crenças, na satisfação as suas necessidades biológicas e de afeto (Hockenberry & Wilson, 2014).

A escola é o segundo agente socializador mais importante na vida da criança, é neste meio que aprendem sobre os efeitos dos comportamentos que se desviam das expectativas da sociedade, e é aqui que ocorre a interação entre estas e o professor, considerado uma pessoa importante e significativa na vida da criança, estes incentivam o desenvolvimento intelectual e a capacidade de resolver criativamente os problemas (Hockenberry & Wilson, 2014). A escola é o contexto ideal para o desenvolvimento das relações com os pares que são importantes para o desenvolvimento infantil normal, e servem como agentes de transmissão de valores da sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde das crianças, suas famílias e comunidades, com os quais estabelece um contacto diário e direto, são por isso elementos privilegiados para promoção, prevenção e manutenção da saúde (Stanhope & Lancaster, 2016).

Em termos conceptuais a LS pode ser definida como a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento”. O desenvolvimento destas capacidades contribui favoravelmente para o exercício da cidadania em saúde (Saboga-Nunes, 2014, p. 95), o que implica uma forte aposta na PS (Saboga-Nunes, Freitas, & Cunha, 2016).

A capacidade de compreensão refere-se ao modo como a pessoa apreende os estímulos do meio, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara, isto é, a capacidade de compreender a informação. A capacidade de gestão está relacionada com a aptidão individual para interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação e mobilizar os recursos (pessoais ou sociais) disponíveis e adequados para responder às suas necessidades. Por fim a capacidade de investimento diz respeito à forma como a pessoa comunica e utiliza a informação que permite a tomada de decisão, no sentido de melhorar ou manter a saúde, e depende da motivação da pessoa para investir a sua energia na resolução dos problemas e satisfação das suas necessidades (Saboga-Nunes, 2014; Antonovsky, 1993).

Para Saboga-Nunes, et al. (2016) cidadania em saúde é poder desenvolver a capacidade de compreensão, gestão e investimento, forças determinantes para o desenvolvimento do sentido de coerência, que se define como a capacidade com a qual um indivíduo, com um sentimento de confiança persistente e dinâmico, encara os estímulos providos do meio interno/externo da sua existência como estruturados, previsíveis e explicáveis (Saboga-Nunes, 1999; Antonovsky, 1988).

A saúde é uma experiência de vida em evolução, que depende da competência da pessoa para modificar o seu comportamento de acordo com os seus objetivos em saúde, capacidade para o autocuidado e relacionamento satisfatório com os outros, enquanto mantém a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes relevantes (Pender, 2011). As doenças, são eventos que ocorrem ao longo da vida, de forma aguda ou crónica, que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde (Pender, 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um direito humano fundamental pelo que todas as pessoas devem ter acesso a recursos para a saúde, o que implica que as políticas públicas no âmbito da saúde se direcionem no sentido da PS individual e comunitária e bem-estar (World Health Organization (WHO), 1998).

De acordo com a OMS, a PS é o processo que visa a capacitação dos indivíduos e comunidades com o objetivo de melhorar a saúde e bem-estar, sendo essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (WHO, 1986; 1997; 1998; 1978).

Capacitar no contexto da PS significa estabelecer parcerias com os indivíduos ou grupos favorecendo o ‘empowerment’, através da mobilização de recursos humanos e materiais, para promover e proteger sua saúde (WHO, 1986). No mesmo contexto, ‘empowerment’, é o processo através do qual os indivíduos ganham maior controlo sobre decisões e ações que afetam a sua saúde (WHO, 1986).

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

A melhoria da saúde das crianças implica uma corresponsabilização social, em que todos os setores devem estar envolvidos, família, escola e profissionais de saúde, sobretudo quando as suas atividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos (DGS, 2015b). Stanhope & Lancaster, (2016) reforçam esta ideia afirmando que a enfermagem comunitária é complementar à PS e prevenção da doença, utilizando para planear e implementar intervenções com vista a resolução de problemas de saúde, uma abordagem interdisciplinar e multisectorial.

2 MÉTODO

No decorrer deste estudo procuramos dar resposta à questão “Como se caracteriza a Literacia para a saúde das crianças de 9 e 10 anos de idade, em meio escolar?” com a finalidade de permitir aos enfermeiros promover a saúde em meio escolar considerando os conhecimentos das crianças sobre saúde, isto é, considerando a sua LS.

Este estudo emerge da participação, na colheita de dados, no âmbito do projeto de investigação nacional e internacional CrAdLiSa.

Definida a questão de investigação, elaboramos três subquestões:

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

Considerando a problemática deste estudo, optou-se por uma investigação de abordagem qualitativa, com orientação dedutivo-indutiva.

O movimento dedutivo-indutivo utilizado nesta pesquisa, justifica-se pela mobilização prévia de alguns dos indicadores do Inquérito sobre Literacia para Saúde em Portugal (HLS-EU), movimento dedutivo. O movimento indutivo ocorre à posteriori, durante a exploração do material, onde foram identificados outros indicadores que permitiram dar resposta à problemática em estudo.

A colheita de dados decorreu entre o dia 27 de maio e o dia 18 de junho de 2019 e foi realizada mediante a aplicação de uma entrevista semiestruturada a 20 crianças de 9 e 10 anos de idade selecionadas em duas escolas. As entrevistas transcritas foram analisadas recorrendo à técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2018).

Em matéria de procedimentos éticos, o projeto de investigação CrAdLiSa contava já com a aprovação pela Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) - Inquérito n.º 0447300003, onde constam as orientações para o pedido de autorização às direções dos agrupamentos escolares envolvidos no estudo; e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) n.º 9156/2014, onde estão definidas as orientações para a elaboração dos consentimentos informados a apresentar aos representantes legais e crianças, a recolha e tratamento de dados de forma lícita, conforme os termos da Lei n.º 67/98 (1998), e prazo de conservação dos dados colhidos, um mês após o término do estudo. Além destes, foi enviado e posteriormente aprovado o pedido de parecer para a realização deste estudo à comissão de ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém – parecer 152019Saúde. Aos senhores diretores dos agrupamentos escolares onde o estudo se desenvolveu, foi enviado por e-mail um pedido de autorização para a realização do estudo, de acordo com o descrito por Creswell (2010) especificando a duração, o impacto potencial e os resultados da pesquisa.

A participação das crianças no estudo dependeu da assinatura do consentimento informado apresentado aos pais/representantes legais dos participantes do estudo. Às crianças foi igualmente pedido o consentimento, nos termos explícitos no consentimento informado apresentado aos pais/representantes legais.

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

Neste estudo as entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo, assim e no sentido de garantir que o anonimato dos participantes fosse mantido, não foram proferidos os seus nomes ao longo da entrevista, assim como o rosto destes não foi visível nas gravações de vídeo. Por sua vez, na transcrição das entrevistas, estas foram identificadas utilizando um código ordinal.

3 RESULTADOS – ANÁLISE E DISCUSÃO

Durante a análise e discussão dos resultados deste estudo, procuraremos fazer revelar através dos dados, as respostas à questão de investigação. Através da análise do discurso dos participantes emergiram 4 temas conforme apresentado na tabela 1:

Tabela 1

Sistema de categorias

TEMA	CATEGORIAS
1. Caraterísticas individuais	1.1. Conceito de Saúde
	1.2. Significado de Literacia para a Saúde
2. Informações sobre saúde	2.1. Informação Veiculada por Profissionais de Saúde, Pais, Professores
	2.2. Importância de Compreender a Informação
3. Alimentação	3.1. Alimentação Saudável
	3.2. Alimentação não Saudável
4. Controlo do peso	4.1. Prevenção da Obesidade
	4.2. Problemas Associados a Obesidade
	4.3. Prevenção do Baixo Peso
	4.4. Problemas Associados ao Baixo Peso

Na definição de saúde, os participantes fizeram emergir duas das dimensões do conceito de saúde da OMS, nomeadamente saúde é bem-estar e ausência de doença (WHO, 1998) numa perspetiva subjetiva e dinâmica. Do mesmo modo Pender (2011) e Saboga-Nunes (1999) defendem que as doenças são eventos que ocorrem ao longo da vida, de forma aguda ou crónica, e que determinam o seu bem-estar psíquico, físico e social, isto é, o seu estado de saúde/doença:

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

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

Na procura pela definição de saúde os participantes consideram que saúde é ter aptidão física, na medida em que esta dá-lhes energia e vitalidade para desenvolver as atividades diárias:

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

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

Prevenir doenças emerge como fazendo parte do conceito de saúde e como resultado do estado de saúde, por sua vez, a adoção de estilos de vida saudáveis, através de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico, surgem como as vias através das quais a saúde pode ser alcançada:

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

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

Esta associação da saúde com a prevenção de doenças e com a adoção de estilos de vida saudáveis, que por sua vez promovem a saúde, revelam-se do mesmo modo nos vários documentos da OMS sobre PS (WHO, 1986; 1997; 1998).

Pender, Parsons, & Murdaugh (2018) sugerem que a prevenção da doença ou proteção da saúde compreende comportamentos do indivíduo, motivados pelo seu desejo de evitar a doença, detecção precoce ou manutenção das suas funções de acordo com as limitações da doença.

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

Quando questionados sobre o significado de LS, os dados sugerem que os participantes se encontram num processo de construção do conceito, consideram que LS significa aprender sobre como promover a saúde:

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

Consideram ainda que LS está relacionada com a saúde pela associação da palavra literacia com saúde:

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

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

As três dimensões da definição de LS proposta por Saboga-Nunes (2014) estão presentes no discurso das crianças. A capacidade de compreender, através da leitura e aprendizagem sobre saúde; a capacidade de gestão, interpretando e avaliando a informação no sentido de prevenir a doença e a capacidade de investimento, tomando medidas para melhorar ou manter a saúde.

Na definição de PS de Pender et al. (2018) identificamos igualmente as três dimensões do conceito de LS de Saboga-Nunes (2014), as quais emergiram do discurso dos participantes e que nos leva a estabelecer uma relação entre os conceitos pela influência que a PS exerce na promoção da LS. Para Pender, et al. (2018) PS é o processo que visa capacitar os indivíduos, os grupos, as famílias e comunidades a obterem o controlo (‘empowerment’) sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde (implica a capacidade de compreensão) que lhes permitem optar por comportamentos saudáveis (capacidade de gestão), no sentido de aumentar o seu bem-estar e concretizar o seu potencial de saúde (capacidade de investimento).

Pender, et al. (2018) afirmam que os comportamentos das crianças são aprendidos e desenvolvidos com base no seu estadió de desenvolvimento, o ambiente social e físico onde estão inseridas e as suas experiências pessoais. Neste sentido a infância constitui-se como um período determinante na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, representando o potencial para obter uma sociedade saudável.

Os resultados sugerem que os participantes demonstram capacidade de compreensão, gestão e investimento nas áreas da alimentação, assim como no controlo do peso e exercício físico associado ao controlo do peso como veremos adiante, pela compreensão das informações de saúde que lhes são veiculadas pelos profissionais de saúde, pais, professores:

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

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

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

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

De realçar que os hábitos alimentares estão fortemente ligados aos aspetos socioculturais que têm influência na educação da criança, assim a raça, a etnia, a educação e o nível socioeconómico, são os fatores que exercem maior influência (Victor, et al., 2005; Pender, 2011; Pender, et al., 2018; Hockenberry & Wilson, (2014)

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

Os professores, nomeadamente os professores de educação física por serem os que estão mais capacitados nesta matéria, são um dos elementos mais importantes na promoção da atividade física das crianças e dos jovens no ambiente escolar (Andersen, et al., 2009).

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

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

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

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

Por outro lado, nos excertos pode ler-se que comer sopa está associada a uma vida mais saudável, o que parece promover o compromisso com o comportamento de PS:

“(...) Eu dantes embirrava mais, mas agora tipo, eu provo a sopa, sabe mal, mas os meus pais dizem que sabe bem (...) Eu ignoro a parte de saber àquilo que sabe. (E15)

Pender (2011) no Modelo de Promoção da Saúde (MPS), refere que os sentimentos em relação ao comportamento de PS (um dos fatores que influenciam comportamento), refletem uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável em relação ao comportamento. De acordo com Pender (2011) quando

emoções ou sentimentos positivos estão associados a um comportamento, a probabilidade de compromisso no comportamento de PS aumenta, uma vez que aumenta a autoeficácia percebida (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar um comportamento de PS) (Pender, 2011).

Deste modo, entende-se que além de ser importante compreender a informação sobre saúde para investir em comportamentos promotores de saúde, também são importantes os sentimentos em relação ao comportamento, uma vez que sentimentos positivos aumentam o compromisso com o comportamento de PS (Pender, 2011), a capacidade de investimento e logo, a cidadania em saúde (DGS, 2015b; Saboga-Nunes, et al., 2016).

No que diz respeito à alimentação os participantes identificaram adequadamente os alimentos saudáveis considerando que a alimentação saudável deve incluir os alimentos pertencentes à roda dos alimentos conforme propõe a DGS (2019c), identificam ainda as principais características alimentares como o consumo de hortofrutícolas e o consumo moderado de carnes vermelhas como benéficos para a saúde, corroborando com Carvalho et al. (2017) relativamente ao que é esperado que as crianças que se encontram no 1º ciclo, sejam capazes de identificar em relação à alimentação saudável:

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

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

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

Identificaram estratégias de seleção alimentos, nomeadamente pela leitura dos rótulos, através do qual consultam informações sobre as quantidades de açúcar e sal, as calorias, a validade, e a origem dos alimentos, conforme preconizado para esta faixa etária (Carvalho, et al., 2017):

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

À semelhança do descrito no referencial de educação para a saúde, os participantes referem que a alimentação saudável é um recurso para a saúde (Carvalho, et al., 2017):

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

Para que a alimentação seja um recurso para a saúde, os participantes reconhecem que é necessário existir equilíbrio entre os alimentos saudáveis e não saudáveis, sendo possível ingerir estes últimos, contudo apenas esporadicamente:

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

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

Os vários alimentos contêm diferentes nutrientes, além disso optar por uma alimentação saudável não significa abdicar dos alimentos menos saudáveis, o importante é que o consumo desses alimentos seja uma exceção e não a regra (DGC & APN, 2013).

Carvalho et al. (2017) referem que se espera que as crianças do 1º ciclo do ensino básico, identifiquem os géneros alimentícios que são benéficos e os prejudiciais à saúde. De acordo com Graça, et al. (2018) a alimentação saudável e o seu impacto na qualidade de vida é uma preocupação mundial, em Portugal a alimentação inadequada traduz-se numa redução de anos de vida com saúde em menos 9,49 anos de vida, uma vez que está associada ao desenvolvimento das principais doenças crónicas como a diabetes e doença cardiovascular.

Identificação dos alimentos não saudáveis pelos participantes:

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

“Hambúrgueres, batatas, a maioria dos produtos enlatados” (E9)

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

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

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

Além de identificarem os alimentos não saudáveis reconhecem os seus efeitos na saúde, nomeadamente a diabetes:

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

Para o controlo do peso, os participantes definem estratégias de prevenção do baixo peso e obesidade, assim como os problemas de saúde associados a estes. A alimentação e o exercício físico emergiram como as principais variáveis que influenciam o peso.

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

O relatório COSI 2016 mostrou que 20,7% das crianças

“consome quatro ou mais vezes por semana biscoitos/bolachas doces, bolos, donuts e 75,1% fá-lo de 1 a 3 vezes por semana. 86,8% faz um consumo de 1 a 3 vezes por semana de rebuçados, gomas ou chocolates e 65,3% das crianças avaliadas consome refrigerantes açucarados, na mesma frequência, sendo que 14,8% os consome quase diariamente (quatro ou mais vezes por semana)” (Rito, et al., 2017, p. 70).

Os resultados sugerem que a prevenção da obesidade faz-se através da adoção de hábitos alimentares saudáveis, aliados ao exercício físico:

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

Os participantes reforçam a importância de ter cuidado com o que se come, isto é, mantendo os princípios de uma alimentação saudável e equilibrada, ingerindo apenas esporadicamente alimentos não saudáveis:

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

Curiosamente as estratégias propostas pelos participantes para a prevenção do baixo peso, e conforme os próprios reconhecem, são opostas às que referem para prevenir o excesso de peso. Contudo, reforçam a importância de manter uma alimentação saudável e equilibrada:

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

No entanto afirmam que o aumento da ingestão calórica, deve ser feito também com a introdução de alimentos não saudáveis:

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

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

A nosso entender esta conceção poderá estar relacionada com o facto da literatura sobre o baixo peso ou magreza ser escassa, quando comparada com a relacionada com o excesso de peso e obesidade. Na literatura pesquisada, as informações sobre o baixo peso ou magreza estavam frequentemente associadas ao transtorno alimentar anorexia nervosa, ao baixo peso ao nascer e à desnutrição, esta última associada quer ao baixo peso quer à obesidade.

Outra das estratégias apontadas prevenção do baixo peso é limitar a prática de exercício físico, sendo esta uma das estratégias propostas por Inácio et al. (2018) para o tratamento da anorexia nervosa:

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

À semelhança das estratégias propostas pelos participantes para o tratamento da anorexia nervosa, com o objetivo de promover o ganho de peso, Inácio, da Silva Ferreira, & Marchesi (2018) sugerem o aumento da ingestão de alimentos (alimentação saudável e equilibrada) e a diminuição da frequência da atividade física. Sabe-se que a prática de exercício físico causa um maior desgaste energético (Crema, et al., 2017) pelo que é essencial adequar a alimentação de modo a manter o equilíbrio entre ganhos e perdas calóricas, garantindo as necessidades energéticas para um crescimento saudável (Eisenstein, et al., 2000). Crema, et al. (2017) reforçam a importância da nutrição na infância, através de uma alimentação saudável e equilibrada que seja adequada para acompanhar as transformações físicas desta fase do ciclo vital.

A diabetes e as doenças cardiovasculares foram apontadas como os dois principais problemas associados à obesidade conforme descrito também na literatura (WHO, 2018b); Ciqueira, et al., (2011):

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

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

A insatisfação com a imagem corporal, que de acordo com Damasceno, et al. (2008) está associada à depressão, foi outro dos problemas associado à obesidade identificados pelos participantes:

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

O sedentarismo tem um forte impacto nos sistemas de saúde e no desenvolvimento económico dos países, nesse sentido as estratégias que promovem a prática de atividade física contribuem para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, diabetes e cancro assim como o excesso de peso e a obesidade e pode melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar (WHO, 2018a).

Se por um lado o sedentarismo promove a obesidade, a própria obesidade leva à diminuição da condição física, sendo apontada pelos participantes como um dos problemas associados à obesidade:

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

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

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

A Hipotensão, a resposta diminuída ao exercício físico e a hipoglicémia, emergem do discurso dos participantes como problemas associados ao baixo peso. Estes efeitos são também reconhecidos por Ciqueira, Oliveira, & Cunha (2011) como efeitos da anorexia na saúde dos indivíduos, entre eles, a bradicardia, a hipotensão, a hipotermia, resposta diminuída ao exercício físico, anemia, hipoglicemia e diabetes.

Hipotensão:

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

Resposta diminuída ao exercício físico:

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

Hipoglicémia:

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

Em suma a LS dos participantes caracteriza-se deste modo pela capacidade de compreensão gestão e investimento, que se destacam nas áreas da alimentação, assim como no controlo do peso e exercício físico associado ao controlo do peso, resultantes das informações veiculadas pelos profissionais de saúde, pais e professores. O que lhes permite promover a saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis, e prevenir doenças como a diabetes, as doenças cardiovasculares, a depressão, a obesidade e o baixo peso. A PS revela-se assim como uma estratégia para a PS que contribui para a capacitação, ‘empowerment’, promoção da LS e cidadania em saúde dos participantes.

Contudo, identificamos uma falta de conhecimento relativamente à informação sobre a prevenção do baixo peso, pelo que aqui, verifica-se a necessidade de (re)ajustar as intervenções de enfermagem, procurando incluir informação sobre o baixo peso nas ações de PS junto das crianças, pais e professores. Isto porque o baixo peso associado à anorexia nervosa, compromete gravemente a saúde e está relacionado com a insatisfação corporal e pressão social para alcançar um padrão de beleza (Martins & Petroski, 2015; Sena, 2014).

4 CONCLUSÃO

Entendemos que a LS dos participantes é o reflexo do investimento nos programas e projetos direcionados a estas crianças; das parcerias criadas entre o ministério da saúde e educação, no que diz respeito à saúde escolar; ao currículo escolar direcionado para a PS; assim como a informação veiculada pelos profissionais de saúde, pais e professores. Especialmente porque o processo de aprendizagem ocorre através da observação dos modelos que transmitem conhecimento, valores, habilidades, etc. (Bandura, 2012).

Bronfenbrenner & Morris (2007) explicam que o desenvolvimento humano depende da adaptação progressiva e recíproca entre o indivíduo em crescimento e as propriedades dos cenários imediatos que o envolvem, e destacam os processos e os elementos multidirecionais inter-relacionados: processo, pessoa, contexto e tempo, que se constituem como promotores de desenvolvimento humano quando conjugados entre si. De acordo com os autores o processo é a interação ativa e recíproca (simultânea ou separada) do sujeito ativo em mudança (considerando as suas características individuais, biológicas e psicológicas), sendo o sujeito produtor e produto de desenvolvimento, com as pessoas (com características individuais, com as quais desenvolve apego forte, mútuo e irracional), ambiente imediato ou remoto em mudança (que podem ser favoráveis ou desfavoráveis), objetos e símbolos (estimulantes e convidativos à exploração) numa atividade gradativamente mais complexa e contínua durante um período de tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2007).

Isto demonstra, e reportando ao MPS, a importância de considerar a influência das características e experiências individuais; das condições que influenciam o comportamento, em especial as influências interpessoais e situacionais; no desenvolvimento, na aprendizagem e consequentemente na adoção de comportamentos promotores de saúde. No sentido de promover uma intervenção dirigida e adequada a cada situação, colocando sempre o indivíduo, família e comunidade como elementos centrais no processo de cuidados, com o intuito de corresponder efetivamente às suas necessidades e expectativas em saúde, numa colaboração recíproca onde a pessoa participa ativamente no seu projeto de saúde (DGS, 2015b; Gonçalves & Ramos, 2010; Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

Por sua vez, de acordo com Pender (2011), o comportamento de PS deve resultar em melhoria da saúde, da capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as etapas do desenvolvimento. Este tem a influência direta das exigências imediatas e das preferências, que podem contribuir fortemente para inviabilizar as ações de PS pretendidas. No que diz respeito às exigências imediatas, as pessoas têm baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, pelo que é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado, quando exigem atenção imediatas (Victor, et al., 2005; Pender, 2011; Pender, et al., 2018). Enquanto as preferências pessoais exercem um alto controlo sob as ações de mudança de comportamento. Nesse sentido é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado, quando outras ações são mais atraentes e, portanto, preferidas sobre o comportamento desejado (Victor, et al., 2005; Pender, 2011; Pender, et al., 2018).

Isto significa que embora os participantes demonstrem capacidade de compreensão, gestão e investimento nos temas analisados, é importante reforçar continuamente as ações de PS nestas áreas, de modo a que a adoção de comportamentos promotores de saúde, sejam entendidas como benéficas, logo uma preferência e não uma exigência. Importa considerar que as crianças em idade escolar dão grande importância ao seu corpo, são neste sentido sensíveis a tudo o que possa constituir-se como ameaça ao seu corpo (Hockenberry & Wilson, 2014) além disso, se os comportamentos negativos para a saúde se instalarem, é mais difícil atuar (Pender et al., 2018), o que justifica não só a grande probabilidade de sucesso dos projetos e programas direcionados às crianças, como a sua relevância.

Neste sentido, os profissionais de saúde, em especial os EEEC, pelo contacto diário com as crianças quer em contextos de prestação de cuidados, quer em meio escolar, são importantes mediadores na relação com as crianças, assim como com toda a comunidade educativa, incluindo professores e pais, têm um papel preponderante na PS, contribuindo para o desenvolvimento da cidadania em saúde (Fonseca et al., 2015; Hagan, et al., 2017). Sendo que o desenvolvimento da cidadania em saúde é um dos quatro eixos estratégicos do PNS 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015b) e constitui-se como um dever e um direito dos indivíduos, uma vez que assim exercem ativamente poder sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e serviços de saúde, de modo informado e responsável (Gonçalves & Ramos, 2010; WHO, 1978). O que traduzirá na melhoria da saúde,

qualidade de vida e adoção de estilos de vida saudáveis, com impacto significativo nas contas públicas.

De acordo com a DGS (2015b), a formação e investigação em saúde, a PS, a prevenção e a prestação de cuidados de saúde, são responsáveis pelo desenvolvimento e valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social (DGS, 2015b). Os enfermeiros, em particular o EEEC, estão capacitados para intervir em qualquer uma destas áreas, prestando cuidados de saúde de qualidade, através de uma prática clínica baseada na evidência científica, que conduzirá a resultados sensíveis em enfermagem (Stanhope & Lancaster, 2016; Amendoeira, 2000). Resta à enfermagem evidenciar a importância do seu papel na PS e na promoção da LS, que contribui fortemente para o bem-estar, qualidade de vida e estilos de vida saudáveis ao longo da vida, dos indivíduos e comunidades (Sorensen, et al., 2015).

Com os resultados deste estudo, o enfermeiro poderá (re)ajustar as suas intervenções de enfermagem, no sentido de direcionar adequadamente as suas ações de PS (Pender, et al., 2018). A disseminação dos resultados por sua vez sustentará as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018). Seguindo os passos de Florence Nightingale que soube definir uma estratégia “através de um registo sistemático, demonstrar a eficácia da sua intervenção a todos os níveis” (Queirós, 2012, p. 13) e “rodear-se das pessoas certas e mobilizar a opinião pública para a concretizar” (Queirós, 2012, p. 14).

5 REFERÊNCIAS

- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. *Revista Nursing*, 8-14. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <http://skat.ihmc.us/rid=1HVNTRWWM-4W3L6W-1P99/CUIDADO%20ENFERMAGEM.pdf>
- Andersen, L., Anderssen, S., Bachl, N., Banzer, W., Brage, S., Brettschneider, W., . . . Vass, H. (2009). *Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar*. Obtido em 11 de dezembro de 2019, de Instituto do Desporto de Portugal: http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress*. São Francisco, California: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Bandura, A. (2012). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo* (1ª ed.). São Paulo: Edições 70.
- Borges, E. M., Santos, D. R., Silva, J. L., Santos, S. S., & Magalhães, E. M. (2015). Percepção dos hábitos alimentares dos estudantes de uma escola de ensino fundamental do município de Jaciara-MT. *Revista Monografias Ambientais*, 14, 89-100. Obtido em 09 de dezembro de 2019, de <https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/view/20440>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. Em W. Damon, & R. M. Lerner (Edits.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6ª ed., pp. 793-828). New York: John Wiley.
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., . . . Lima, R. L. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. ME - DGE e DGS. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf
- Ciqueira, H. M., Oliveira, L. M., & Cunha, L. C. (2011). Anorexia nervosa: a doença do século. 1, 2-19. Faculdade União de Goyazes. Obtido em 08 de fevereiro de 2020, de Faculdade União de Goyazes: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/14719754/anorexia-nervosa-a-doenca-do-seculo-fug>
- Crema, A. M., Bispo, A., Enomoto, C., Brito, S., Amaro, S., Oller, T., & Rodrigues, M. A. (2017). Educação nutricional e avaliação da aceitação de preparações culinárias contendo frutas e legumes por atletas

adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 11(61), 24-31. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771930>

- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Sage.
- Damasceno, V. O., Vianna, V. R., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R., & Novaes, J. S. (2008). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 14(2), 81-94. Obtido em 06 de fevereiro de 2020, de <file:///C:/Users/magda/Dropbox/7o%20CMC/7%C2%BA%20CMC%20%20AA%20PARTE/DOCUMENTOS%20EM%20CONSTRU%C3%87%C3%83O/PESQUISA%20MAIS%20RECENTE/damasceno%20imagem%20corporalB.pdf>
- Despacho n.º 11418/2017. (29 de dezembro de 2017). *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS)*, 29595 - 29598. Diário da República: II Série, n.º 249. Obtido em 18 de novembro de 2019, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114424591/details/normal?q=+Despacho+n.%C2%BA%2011418%2F2017+>
- DGC, & APN. (2013). *Alimentação em idade escolar - Guia prático para educadores*. Obtido em 02 de janeiro de 2020, de APN: <https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0A0E>
- DGS. (2015b). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- DGS. (10 de dezembro de 2019c). *A nova roda dos alimentos - Um guia para a escolha alimentar diária!* Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>
- Eisenstein, E., Coelho, K. S., Coelho, S. C., & Coelho, M. A. (2000). Nutrição na adolescência. *Jornal de pediatria*, 76(3), 263-274. Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-s263/port.pdf>
- Fonseca, A., do Espírito Santo, F. H., Berardinelli, L. M., & Silva, R. A. (2015). As interfaces do ambiente para a saúde: um estudo com crianças. *Revista Enfermagem Uerj*, 23(6), 754-760. Obtido em 10 de dezembro de 2019, de <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10086>
- Gonçalves, C., & Ramos, V. (2010). *Cidadania e saúde um caminho a percorrer*. Obtido em 5 de outubro de 2019, de PNS: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/CS2.pdf>
- Graça, P., Gregório, M. J., Sousa, S. M., Brás, S., Penedo, T., Carvalho, T., . . . Araújo, F. F. (30 de outubro de 2018). A new interministerial strategy for the promotion of healthy eating in Portugal: implementation and initial results. *Health research policy and systems*, 16(102). Obtido em 18 de novembro de 2019, de <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0380-3>
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4ª ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Obtido em 23 de novembro de 2019, de https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_Introduction.pdf
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Inácio, A. R., da Silva Ferreira, G., & Marchesi, J. (2018). Estratégias nutricionais no acompanhamento de pacientes com anorexia nervosa - Uma revisão da literatura. *Revista Saúde UniToledo*, 2(1). Obtido em 09 de fevereiro de 2020, de <http://ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2799/318>
- Lei n.º 67/98. (1998). *Lei da proteção de dados*. Diário da república: I-A Série n.º 247. Obtido em 02 de dezembro de 2019, de <https://data.dre.pt/eli/lei/67/1998/10/26/p/dre/pt/html>
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade Infantil. Prevenir é a melhor opção*. Lisboa: Universidade Católica.

- Martins, C. R., & Petroski, E. L. (2015). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. *Motricidade*, 11(2), 94-106. Obtido em 19 de fevereiro de 2020, de <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3670>
- Norma 010/2013 da DGS. (31 de maio de 2013). *Programa Nacional de saúde infantil e juvenil*. Obtido em 21 de novembro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion model manual*. University of Michigan: Ann Arbor, MI.
- Pender, N. J., Parsons, M. A., & Murdaugh, C. L. (2018). *Health Promotion in Nursing Practice* (8 ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ª ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- PNSAF. (2019). *Programa nacional para a promoção da atividade física - Portugal 2019*. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de DGS: <https://home.mycloud.com/public/1eb31adb-2bea-4b5c-8b89-3f7a01c7428a/file>
- Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde–Enfermagem UICISA-E/ESEnfC. Obtido em 20 de fevereiro de 2020, de file:///C:/Users/magda/Desktop/Enfermagem_de_Nightingale_aos_dias_de_hoje_100_anos1.pdf
- Regulamento n.º 428/2018 da OE. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: II série n.º 135. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1>
- Rito, A., Sousa, R. C., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de <http://hdl.handle.net/10400.18/4857>
- Saboga-Nunes, L. (1999). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. In *IV Congresso Português de Sociologia–Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos*, (pp. 17-19). Obtido em 05 de dezembro de 2019, de <https://aps.pt/pt/atas-iv-congresso/>
- Saboga-Nunes, L. (fevereiro de 2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, 11(III Série – Suplemento), 94-99. Obtido em 04 de dezembro de 2019
- Saboga-Nunes, L., Freitas, O. S., & Cunha, M. (2016). Renasceres@: Um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Servir*, 51(1), 7-15. Obtido em 19 de novembro de 2019, de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4069>
- Sena, T. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. *INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar*, 11(2), 96-117. Obtido em 19 de fevereiro de 2020, de file:///C:/Users/magda/Desktop/Manual_Diagnostico_e_Estatistico_de_Transtornos_Me.pdf
- Silva, P. R., Graça, P., Mata, F., Arriaga, M. T., & Silva, A. J. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025*. Obtido em 2019 de novembro de 18, de DGS: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/normas-e-orientacoes.aspx>
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *SAGE Journals*, 2(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sorensen, K., Broucke, V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (25 de janeiro de 2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(80). Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & ... & Falcon, M. (05 de abril de 2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-

- EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843827>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidacta.
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. Obtido em 04 de novembro de 2019, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- WHO. (setembro de 1978). *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de WHO: https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- WHO. (21-25 de julho de 1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Obtido em 01 de fevereiro de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Obtido em 30 de outubro de 2019, de WHO: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- WHO. (2017). *Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors*. Obtido em 08 de dezembro de 2019, de WHO: <http://www.who.int/healthpromotion/publications/health-promotion-school/en/>.
- WHO. (2018a). *Global Action Plan on Physical Activity: Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world 2018-2030*. Obtido em 18 de novembro de 2019, de WHO: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- WHO. (16 de fevereiro de 2018b). *Obesity and overweight*. Obtido em 10 de dezembro de 10, de WHO: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zawadzki, D., Stiegler, N. D., & Brasilino, F. F. (2019). Aptidão e atividade física relacionados à saúde de adolescentes entre 11 e 14 anos. *RBPfEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 13(83), 444-453. Obtido em 01 de fevereiro de 2020, de <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1683>