



Artigo de revisão

Políticas e práticas de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens do concelho de Torres Vedras

Sílvia Maria Clemente da Silva*

Divisão de Desenvolvimento Social, Câmara Municipal de Torres Vedras, Torres Vedras, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Palavras-chave:

Projeto «Torres Vedras Saudável»
Intervenção-ação
Promoção da saúde
Metodologia do planeamento
Planeamento participativo

R E S U M O

O município de Torres Vedras, membro da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, desenvolve, desde 2008, um conjunto de políticas e práticas de promoção de estilos de vida saudáveis.

No presente artigo pretende-se descrever os principais contornos desta intervenção-ação preconizada pela autarquia.

Inicialmente, abordam-se as questões relacionadas com o perfil e plano de desenvolvimento em saúde do concelho.

No que diz respeito às políticas e práticas destinadas às crianças e aos jovens, dá-se um primeiro enfoque aos estudos em torno dos hábitos e estilos de vida.

Posteriormente, descreve-se a dinâmica do «+ Saúde: Hábitos e estilos de vida saudáveis», programa que intervém junto da população escolar nas temáticas da alimentação, atividade física, higiene, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, sexualidade e bullying.

Numa fase final, através de uma abordagem em torno do diagnóstico e plano de prevenção e combate à obesidade infantil no concelho, dá-se especial destaque a esta problemática que tem vindo a ser evidenciada no concelho.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Politics and practices promoting healthy lifestyles and habits in children and youth in Torres Vedras municipality

A B S T R A C T

Torres Vedras municipality, member of the Portuguese Health Cities Network, develops since 2008 a set of politics and practices promoting healthy lifestyles and habits.

This article aims to describe the main contours of this «action-intervention» held by this municipality.

Firstly, questions related with the Health Profile and Health Development Plan of Torres Vedras are addressed.

Keywords:

«Torres Vedras Saudável» project
Action-intervention
Health promotion
Methodology's planning
Participative planning

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: silviasilva@cm-tvedras.pt

As far as politics and practices directed to children and youth are concerned, a first approach is made around studies of habits and lifestyles.

Secondly, the dynamic of «+ Saúde: Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis» program, that operates with the scholarly population in issues such as: nutrition, physical activity, hygiene, tobacco, alcohol and drugs abuse, sexuality and bullying.

During a final stage through an approach around the Municipality Diagnostic, Prevention and Combat Plan on Children Obesity, a special highlight is given to this problematic, which has been evidenced in Torres Vedras.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução: a promoção da saúde de proximidade

O conceito de Cidades Saudáveis surge na «Conferência para além dos cuidados de saúde», realizada em Toronto, no ano de 1984. Baseia-se na noção de que a cidade é o nível de governança mais próximo da população e que, desta forma, poderá melhor influenciar os fatores que afetam a saúde¹.

É objetivo do projeto Cidades Saudáveis desenvolver modelos de boas práticas, formulando e implementando políticas focalizadas na *Saúde para Todos*¹.

Em Portugal, a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, constituída em 1997, conta atualmente com 29 municípios e tem como «missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos²».

O município de Torres Vedras faz parte desta associação de municípios promotores de saúde desde 2004.

Os promotores da saúde desempenham um importante papel, uma vez que são responsáveis por: «fomentar» a promoção da saúde, ajudando as pessoas a desenvolver «competências pessoais» para efetuar «escolhas saudáveis», providenciando informação e educação e, assim, «permitindo» às pessoas o «exercício de mais controlo sobre a sua própria saúde e sobre os ambientes³».

Este artigo retrata a política de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis dirigida às crianças e aos jovens do concelho, que este município tem vindo a implementar desde 2008, numa lógica de investigação-ação e participação da população.

Torres Vedras Saudável – O enfoque no bem-estar e saúde da população

Torres Vedras, desde 2007, tem vindo a desenvolver esforços no sentido de se tornar um município cada vez mais saudável. «Subjacente à noção de Cidade Saudável está o objetivo de, através de uma maior proximidade e participação dos cidadãos, se providenciar uma envolvente física e social que permita aos indivíduos atingirem o seu máximo potencial de saúde, ou seja, que se reúnam as condições para a obtenção do completo «bem-estar físico, mental e social» por todas as pessoas⁴».

O projeto «Torres Vedras Saudável» tem por objetivo promover o bem-estar e saúde da população. Para o efeito

procura-se conhecer e intervir nos determinantes da saúde da população, procurando potenciar no concelho as condições para que cada munícipe consiga alcançar um nível ótimo de saúde.

No âmbito do projeto «Torres Vedras Saudável» este município iniciou em 2007 a realização do seu perfil de saúde que deu posteriormente origem ao atual plano de desenvolvimento em saúde. Estes dois instrumentos, respetivamente, pretendem caracterizar o concelho de Torres Vedras no que respeita às várias dimensões/determinantes de saúde e intervir positivamente, proporcionando condições para que os munícipes possam atingir um nível ótimo de saúde e de qualidade de vida.

Subjacente ao projeto «Torres Vedras Saudável» está a utilização da metodologia do planeamento: «O planeamento consiste, então, numa forma de pensar, decidir e agir sobre o futuro. Através dele, os vários atores procuram controlar e modificar deliberadamente o seu futuro coletivo, conduzindo-o no sentido desejado. Assim, o projeto deve ser a expressão dos desejos e das necessidades coletivas e a forma de lhes dar resposta, mobilizando os recursos e potencialidades endógenas, no sentido de promover o bem-estar da comunidade em questão⁴».

O perfil de saúde do concelho de Torres Vedras – Conhecer para intervir

O perfil de saúde do concelho, realizado em 2007, contemplou uma abordagem multidimensional ao conceito social de saúde, focalizada no concelho de Torres Vedras, através da recolha de dados no âmbito das várias determinantes de saúde, de acordo com o modelo de Whitehead & Dahlgren⁵.

Foram então recolhidos dados em vários níveis de influência, inter-relacionados, do âmbito microsocial ao âmbito macrosocial: comportamento pessoal e modos/estilos de vida, influência social e comunitária, fatores estruturais (habitação, condições de trabalho, acesso a serviços e equipamentos, entre outros) e condições socioeconómicas, culturais e ambientais.

Através do recurso a diversas metodologias de recolha de dados, este documento permitiu a obtenção de informações relativamente ao emprego, habitação, segurança, educação, proteção social, ambiente, cultura, acessibilidades e hábitos e estilos de vida da população residente neste concelho. Foram ainda caracterizadas as unidades/estruturas prestadoras de

saúde e assistência, bem como a situação de saúde da população.

Para a realização deste diagnóstico foram utilizadas metodologias intensivas e extensivas, dados primários e secundários. Foram privilegiadas a pesquisa documental de documentos da Organização Mundial de Saúde e de Perfis de Saúde de outros municípios portugueses, análise de dados estatísticos, realização de um estudo no âmbito dos estilos de vida, com recurso a inquéritos por questionário, entrevistas a informantes privilegiados e sessões de diagnóstico e planeamento participativo.

A lógica de planeamento participativo esteve subjacente à metodologia utilizada na realização do perfil e plano de desenvolvimento de saúde deste concelho, constituindo um pressuposto das políticas da autarquia neste âmbito.

De acordo com Guerra, um processo de planeamento participativo pressupõe que «o conhecimento [seja] produzido em confronto direto com o real, (...) [sendo] o saber social (...) produzido coletivamente pelos atores sociais (...)»⁶. Segundo a mesma autora, «Reconhece-se, hoje, não apenas a possibilidade, mas a inevitabilidade da construção do conhecimento com os sujeitos portadores da mudança social e, portanto, de investigação com a participação dos interessados»⁶.

Recolhidos os dados procedeu-se à sua triangulação que deu origem às conclusões do perfil de saúde de Torres Vedras. Foi então definido um conjunto de áreas e problemas centrais, assim como, problemas específicos.

No que diz respeito aos cuidados de saúde, os principais resultados a destacar foram a «insuficiência de respostas ao nível da saúde mental» e as «fragilidades na prestação de cuidados de saúde e assistência». Na área da deficiência foi referida a falta de apoio à população portadora de deficiência e famílias; nos hábitos de vida os «hábitos de vida pouco saudáveis». No que concerne à «educação, formação e emprego» o baixo nível de instrução escolar, insuficiente cobertura da educação pré-escolar e desemprego. Foi ainda definida a área «saúde ambiental» e identificados problemas neste âmbito¹.

Especificamente em relação aos hábitos e estilos de vida, temática discutida neste artigo, as conclusões que indicaram a prevalência de hábitos de vida pouco saudáveis no concelho são¹: o reduzido consumo de vegetais por parte dos jovens (apenas 36,4% referem o consumo diário), a relevante prevalência de estudantes com excesso de peso (16%) e a reduzida prática de atividade física (65% dos jovens).

Destaca-se igualmente a experimentação de bebidas alcoólicas (73%) e tabaco (30%) pelos jovens, assim como a falta de informação relativamente à sexualidade e os métodos contraceptivos (cerca de 15% dos alunos responderam erradamente às afirmações sobre as funções dos diferentes métodos contraceptivos).

Do mesmo modo, no âmbito do diagnóstico participativo, o 2.º problema mais votado foi o «padrão alimentar desadequado – obesidade». Foram também identificados «hábitos de vida pouco saudáveis», «atividade física reduzida», entre outros.

Plano de desenvolvimento em saúde – Intervir positivamente na saúde da população

«O plano de desenvolvimento em saúde de Torres Vedras constitui um instrumento de planeamento que tem como finalidade promover o bem-estar físico, mental e social da população torriense. Pretende, através da implementação de diversas medidas, contribuir para a promoção da saúde da população residente no concelho, estabelecendo e reforçando, ao mesmo tempo, parcerias entre os atores sociais locais, de modo a rentabilizar recursos e potenciar a articulação entre as várias entidades intervenientes»⁷.

Este plano contemplou um conjunto de vetores temáticos: Vetor 1 – Cuidados de saúde. Vetor 2 – Deficiência. Vetor 3 – Hábitos de vida. Vetor 4 – Educação, formação e emprego. Vetor 5 – Saúde ambiental. Vetor 6 – Gabinete «Torres Vedras Saudável».

«O vetor 3 [que importa aqui destacar] visa intervir ao nível da informação e formação para a promoção de estilos de vida saudáveis na população. Ao mesmo tempo que pretende inculcar nos residentes práticas saudáveis com vista à prevenção da doença e obtenção de ganhos em saúde. Contempla ainda ações/iniciativas que proporcionem aos munícipes suportes para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, a prática de atividade física»⁷.

Recorde-se que os problemas identificados no perfil de saúde que deram origem a este vetor foram: atividade física reduzida, elevado n.º de jovens que já experimentaram bebidas alcoólicas, relevante n.º de jovens que já experimentaram drogas, problemas de excesso de peso entre os jovens, padrão alimentar desadequado e falta de informação e conhecimento dos jovens sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), métodos contraceptivos, informação e acompanhamento no âmbito da saúde sexual e reprodutiva¹.

Este vetor teve por objetivo geral «promover hábitos de vida saudáveis entre os residentes no concelho» e como objetivos específicos «proporcionar informação, formação e educação relativamente aos hábitos de vida saudáveis» e «proporcionar suportes para o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis»⁸.

Os resultados expectáveis associados a este vetor temático dizem respeito à «propagação de hábitos de vida saudáveis na população»⁸.

As estratégias definidas para a obtenção destes objetivos foram: «apostar na educação/sensibilização para a adoção de hábitos de vida saudáveis e seus benefícios, rentabilizar iniciativas existentes de promoção de estilos de vida saudáveis e intervir nomeadamente ao nível da infância e juventude, apostando nos efeitos de arrasto para outras faixas etárias»⁷.

Este vetor de intervenção é constituído por um programa «Viver saudável» e vários subprogramas: + Saúde: Alimentação e atividade física; Viver feliz – Prevenção e combate à obesidade infantil; Boas práticas – Hábitos de vida saudáveis; Hábitos de vida saudáveis na Feira da Saúde e estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho»⁸.

Estes programas constituem as principais políticas de promoção de estilos de vida saudáveis do município e serão aqui abordados.

Políticas e práticas concelhias de promoção de estilos de vida saudáveis

No âmbito dos programas inscritos no plano de desenvolvimento em saúde do concelho, o município tem realizado, desde 2008, estudos e intervenções no âmbito dos estilos de vida.

Os estudos no âmbito dos estilos de vida: conhecer para intervir

Estudo «Hábitos de vida dos estudantes na cidade de Torres Vedras»

O 1.º estudo realizado no concelho de Torres Vedras no âmbito da temática em causa denomina-se «Hábitos de vida dos estudantes na cidade».

Este estudo teve como objetivo a obtenção de alguns dados que permitiram caracterizar as crianças e os jovens do concelho relativamente a um conjunto de variáveis relacionadas com os estilos de vida. Este foi o primeiro passo dado pela autarquia, em 2007, no âmbito desta temática, uma vez que não existiam ainda quaisquer dados que permitissem retratar a população do concelho. Os resultados deste estudo integraram o perfil de saúde do concelho.

Foram abrangidos os seguintes temas: hábitos alimentares e imagem corporal, hábitos de higiene, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, prática de desporto e atividade física, e sexualidade e perceções quanto aos métodos contracetivos, vírus da sida e outras doenças sexualmente transmissíveis⁹.

A população-alvo do estudo foram as crianças e os jovens que frequentam o 6.º, o 8.º e o 10.º ano nas escolas localizadas na cidade de Torres Vedras, ou seja, nas freguesias de S. Pedro e Santiago e de Santa Maria do Castelo e S. Miguel⁹.

Para a aplicação dos inquéritos foi selecionada uma amostra (230 alunos) representativa do universo (1510 alunos) por quotas proporcionais em relação às populações de cada um dos anos letivos considerados.

A metodologia utilizada foi o inquérito por questionário auto preenchido em sala de aula. Responderam ao inquérito as turmas aleatoriamente selecionadas.

Este estudo constituiu o primeiro retrato do concelho, embora parcelar em termos territoriais e etários, no que diz respeito aos hábitos e estilos de vida e permitiu as seguintes conclusões⁹:

- O consumo de alimentos saudáveis era mais frequente (consumo diário de fruta – 68,8%, vegetais – 36,4% e leite – 88,3%). No entanto, o consumo de alimentos pouco saudáveis (consumo semanal de refrigerantes – 54,1%; hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas – 39,4%; doces e chocolates – 64,9%; e batatas fritas – 54,5%) também se demonstrava regular;
- 22,4% dos estudantes na cidade de Torres Vedras caracterizavam-se por excesso de peso ou baixo peso. Destes, 50% eram obesos;

- Cerca de 30% dos inquiridos não praticavam desporto ou atividade física com regularidade;
- Aproximadamente 29% dos estudantes considerados já tinham fumado e 70% tinham experimentado bebidas alcoólicas;
- «6,9% do total dos inquiridos já consumiram este tipo de substâncias [drogas], sendo a maioria estudantes do 10.º ano (14,3% do total de inquiridos deste nível de escolaridade), (...) apesar destes responderem não consumir drogas atualmente»⁹;
- Cerca de 20% dos alunos revelaram necessitar de esclarecimentos e desmistificação de ideias erradas no que diz respeito aos métodos contracetivos, vírus da sida e sexualidade.

Estas conclusões foram incorporadas no perfil de saúde e deram origem, em complemento às conclusões obtidas através do recurso a outras metodologias, ao terceiro vetor de intervenção: hábitos de vida. Este estudo constituiu o primeiro grande indicador da necessidade de intervenção no concelho ao nível dos hábitos e estilos de vida.

Estudo «Hábitos alimentares, higiene e atividade física nos jovens que frequentam o 2.º, 3.º ciclos e ensino secundário no concelho de Torres Vedras»

No que diz respeito aos estudos de aprofundamento, realizados no âmbito do «+ Saúde» (programa que será posteriormente apresentado), importa destacar o estudo «Hábitos alimentares, higiene e atividade física nos jovens que frequentam o 2.º, 3.º ciclos e ensino secundário no concelho de Torres Vedras». Este foi realizado no ano letivo 2008/2009 com o objetivo de aprofundar e alargar o conhecimento, relativamente às temáticas referidas, recorrendo para o efeito a amostras representativas dos alunos do 2.º ciclo ao ensino secundário com quotas por entidade de ensino (2.º e 3.º ciclo: universo – 3386 jovens, amostra – 375 jovens. Secundário: universo – 2134 jovens, amostra – 251 jovens).

Este estudo teve por objetivo alargar o conhecimento existente no domínio dos hábitos e estilos de vida (uma vez que os estudos previamente realizados só incluía alunos de alguns anos letivos e das escolas da cidade de Torres Vedras). Permite obter informação relativa aos alunos que frequentavam as escolas do concelho desde o 2.º ciclo do ensino básico ao ensino secundário nas áreas temáticas então abrangidas pelo programa «+ Saúde».

Como principais conclusões deste estudo importa referir¹⁰:

- «(...) o consumo frequente de alimentos pouco saudáveis (bolos/doces e batatas fritas) pelos jovens dos 2.º /3.º ciclos e ensino secundário (consumo muito frequente de bolos/doces – 2.º e 3.º ciclo: 54,1%, secundário: 58,8%)»¹¹;
- Constatou-se que «(...) mais de metade dos jovens demonstram um perfil alimentar equilibrado – Consomem regularmente alimentos saudáveis e algumas vezes alimentos pouco saudáveis (53%), (...) os restantes jovens (...) [caracterizam-se por uma] frequência de consumo de alimentos saudáveis e pouco saudáveis (...) idêntica (47%)»¹⁰;

- «Observa-se a existência de relação entre perfis alimentares e grau de ensino do encarregado de educação»¹², associando-se uma alimentação mais saudável a encarregados de educação com níveis de ensino mais elevados (o perfil alimentar mais saudável é aquele em que mais alunos têm encarregados de educação com ensino superior 24,1%);
- Verificou-se uma percentagem elevada de consumo frequente de alimentos fritos (consumo muito regular – 2.º e 3.º ciclo: 7,5%, secundário: 16,3%) e refrigerantes (consumo muito regular – 2.º e 3.º ciclo: 35,8%, secundário: 39,4%) nas refeições principais na generalidade dos jovens, e de «fast-food» nos jovens do ensino secundário (consumo muito frequente: 39,4%);
- No que diz respeito à higiene, a situação não se afigurou preocupante (lavagem dos dentes após o pequeno-almoço com percentagens superiores a 65% nas duas amostras e após o jantar superiores a 82%; frequência de banho diário superior a 67% nas duas amostras). Verificou-se no entanto a existência de uma relação entre frequência de banho semanal e o grau de escolaridade do encarregado de educação, com uma maior frequência de banho associada a níveis mais elevados de escolaridade (percentagem superior de pais que têm como grau de escolaridade o ensino superior nos jovens que tomam banho diariamente);
- Também a prática desportiva fora da escola se encontrava associada a níveis mais elevados de escolaridade do encarregado de educação (único nível de ensino em que a percentagem de alunos que praticam atividade física fora da escola [64%] é superior à dos alunos que não praticam [36%]);
- «Mais de metade dos jovens do 2.º e 3.º ciclo tinham excesso de peso (51,8%)»¹⁰;
- Verificou-se que a percentagem de jovens com excesso de peso, principalmente no 2.º e 3.º ciclo, era superior à dos jovens que consideravam encontrar-se nesta situação (20,2%).

Este primeiro estudo incluído no programa «+ Saúde» veio reforçar a necessidade de intervenção no âmbito da promoção da alimentação saudável e da prevenção e combate ao excesso de peso. Estas conclusões tiveram um impacto direto nas atividades programadas no âmbito deste programa: «Com o objetivo último de se diminuir o número de jovens com excesso de peso, torna-se, assim, importante agir em dois domínios complementares: promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção da prática de atividade física»¹⁰.

Refira-se que, paralelamente, neste mesmo ano letivo foi realizado o estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens do concelho de Torres Vedras» – Fase 1 – Pré-escolar e 1.º ciclo» que teve como população-alvo os alunos do pré-escolar e 1.º ciclo, também aqui abordado.

Estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho»

O estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho» teve por objetivo alargar e aprofundar o conhecimento relativo aos estilos de vida da população escolar do concelho, tendo em conta os dois estudos anteriormente

referidos, no que diz respeito às temáticas e à população abrangida.

Este estudo decorreu em duas fases: a primeira dirigida às crianças do jardim-de-infância e 1.º ciclo, e a segunda ao 2.º ciclo, 3.º ciclo e ensino secundário. Está prevista a atualização periódica deste estudo, estando neste momento a ser levada a cabo a recolha de dados no âmbito da fase 2.

Fase 1

A primeira fase do estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho», realizada no ano letivo 2008/2009, incidiu nas temáticas da alimentação, higiene e prática de atividade física. Este primeiro estudo foi realizado através de entrevistas aos alunos e aplicação de questionários auto preenchidos aos respetivos encarregados de educação, comparando-se as respostas obtidas.

Foram definidas duas amostras representativas, uma de alunos de jardim-de-infância (universo: 1397 e amostra: 227 alunos) e uma de alunos de 1.º ciclo (universo: 3324 e amostra: 250 alunos). Para as amostras foram definidas quotas por agrupamentos de escolas.

Este estudo permitiu um conhecimento aprofundado das práticas relatadas pelas crianças (entrevistas diretas) e a sua comparação com as práticas relatadas pelos encarregados de educação relativamente a estes.

Em termos de conclusões da primeira fase deste estudo importa referir o seguinte¹¹:

- «Observa-se o consumo frequente de alimentos pouco saudáveis (consome muitas vezes fast-food (JI: 27,3% e EB1: 4,4%), bolos e doces (JI: 36,6% e EB1: 12%), batatas fritas (JI: 48% e EB1: 16%) e refrigerantes (sem gás: JI: 51,1% e EB1: 38,8%, com gás: JI: 36,1% e EB1: 14%) pelas crianças do jardim-de-infância e 1.º ciclo»¹³. Os encarregados de educação relatavam como inferior o consumo destes alimentos (consome muitas vezes: fast-food – JI: 0% e EB1: 0,5%, bolos e doces – JI: 1,5% e EB1: 5,2%, batatas fritas – JI: 2% e EB1: 3,6%, refrigerantes sem gás – JI: 20,9% e EB1: 19,5%, refrigerantes com gás – JI: 3% e EB1: 5,7%);
- A maioria dos encarregados de educação refere raramente ou nunca servir em sua casa alimentos fritos (JI: 63% e EB1: 56%), pronto-a-comer (JI: 82,4% e EB1: 80,4%) e fast-food (JI: 92,6% e EB1: 90,7%)¹⁰.
- Verificou-se que a qualidade da alimentação (escala: 0 reduzida a 3 elevada) fora das refeições é na maioria dos casos reduzida ou média e nos lanches da manhã e tarde de qualidade média (distinção efetuada a partir da classificação da qualidade dos alimentos reportados pelas crianças). Os encarregados de educação relataram estas refeições como sendo de qualidade superior à composição relatada pelos alunos;
- A maioria das crianças não pratica atividade física fora da escola (JI: 75,7% e EB1: 55,6%);
- A perceção do excesso de peso era inferior à real prevalência nos alunos: «Existe uma percentagem reduzida de encarregados de educação que considera excessivo o peso dos seus educandos (JI e EB: 19,9%), face à elevada percentagem de crianças com sobrepeso (JI: e EB1: 35,6%)»¹¹.

Estes dados reforçaram a importância da intervenção junto das crianças e dos encarregados de educação para a promoção de uma alimentação saudável e prática de exercício físico. Para além de ser necessário sensibilizá-los para o reconhecimento das situações de excesso de peso e suas consequências na saúde.

Fase 2

A segunda fase deste estudo (ano letivo 2009/2010) teve como público-alvo os estudantes do 2.º ciclo, 3.º ciclo e ensino secundário do concelho de Torres Vedras. Este estudo teve por objetivo efetuar uma caracterização dos jovens que frequentam os referidos níveis de ensino em Torres Vedras relativamente aos hábitos alimentares, higiene, atividade física/desporto, autoavaliação do corpo e imagem corporal, consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas e sexualidade¹³.

Para este estudo foram definidas três amostras representativas, uma de alunos do 2.º ciclo (universo: 1383 alunos, amostra: 301 alunos), uma de alunos de 3.º ciclo (universo: 2049 alunos, amostra: 323 alunos) e outra de alunos do ensino secundário (universo: 2162 alunos, amostra: 326 alunos). Nas amostras foram definidas quotas por agrupamentos de escolas/escolas secundárias.

Os alunos das turmas selecionadas a fazerem parte da amostra participaram no estudo respondendo a um inquérito auto preenchido em contexto de sala de aula.

As principais conclusões deste estudo revelam que¹³:

- Apesar de elevado, o consumo de alimentos saudáveis diminuía à medida que aumentava o nível de ensino (consumo diário: fruta – 2.º ciclo: 90,3%, 3.º ciclo: 79,2%, secundário: 72,6%; vegetais/legumes – 2.º ciclo: 67,3%, 3.º ciclo: 61,1%, secundário: 56,9%; leite – 2.º ciclo: 90%, 3.º ciclo: 80,9%, secundário: 79,6%);
- Cerca de 10% dos alunos referiram não consumir água diariamente;
- O consumo diário de *fast-food* nunca atingia percentagens inferiores a 13% (nos 3 níveis de ensino considerados). O consumo diário de batatas fritas era comum a cerca de 30% dos alunos. Observe-se no entanto que a maioria dos alunos referia o consumo de *fast-food* como sendo semanal e não diário¹⁴;
- «O consumo de refrigerantes é maioritariamente diário em todos os níveis de ensino (refrigerantes com gás – 2.º ciclo: 37,4%, 3.º ciclo: 47,5%, secundário: 32,4%; refrigerantes sem gás – 2.º ciclo: 60,4%, 3.º ciclo: 58,6%, secundário: 53,1%)»;
- A percentagem de consumo diário de doces como sobremesa nunca era inferior a 40% dos alunos, nos 3 níveis de ensino considerados;
- A classificação dos alimentos que compunham as refeições dos alunos (escala: mau, razoável e bom) permitiu categorizar o pequeno-almoço, lanche da manhã, lanche da tarde e alimentação fora das refeições (escala: qualidade má, média e elevada). Assim, verificaram-se percentagens superiores de alunos com uma qualidade da alimentação baixa fora das refeições, média no lanche da manhã e tarde e elevada ao pequeno-almoço;

- «A percentagem de alunos que avalia a sua alimentação como «nem boa nem má» é elevada (2.º ciclo: 27,9%, 3.º ciclo: 42,8%, secundário: 45,5%), o que demonstra alguma consciência por parte dos jovens em relação à sua alimentação¹³»;
- Apenas cerca de 50% dos alunos realizavam atividade física fora do período escolar;
- As percentagens de alunos com excesso de peso (respetivamente de 47,5% no 2.º ciclo, 44,4% no 3.º ciclo e 32,4% no ensino secundário) demonstraram-se muito mais elevadas comparativamente às percentagens de alunos que consideravam ter excesso de peso;
- No que diz respeito aos consumos, a experimentação de tabaco (mínimo de idade do primeiro consumo: 4 anos) e álcool (mínimo de idade do primeiro consumo: 2 anos) demonstrou-se cada vez mais precoce. O consumo de álcool (nos 30 d antecedentes ao inquérito – 2.º ciclo: 18,2%, 3.º ciclo: 47,7%, secundário: 67%) era mais frequente que o de tabaco (nos 30 d antecedentes ao inquérito – 2.º ciclo: 18,2%, 3.º ciclo: 46,7%, secundário: 59,2%), no entanto o de álcool era mais esporádico (percentagem superior na categoria menos de 3 d por mês – 3.º ciclo: 52,3%, secundário: 38,9%) do que o de tabaco que tende a ser diário (percentagem superior na categoria todos os dias – 3.º ciclo: 34,1%, secundário: 46%). A grande maioria dos alunos demonstrava-se informada sobre os perigos do consumo de tabaco (concordância com afirmações «fumar é prejudicial para a saúde» e «o fumo de outras pessoas é prejudicial para a saúde» superior a 97% em todos os níveis de ensino), bebidas alcoólicas (concordância com a afirmação «as bebidas alcoólicas prejudicam o desenvolvimento dos jovens» superior a 85% em todos os níveis de ensino) e drogas (concordância com a afirmação «as drogas prejudicam o desenvolvimento dos jovens» superior a 87% em todos os níveis de ensino);
- O acesso a tabaco (acesso fácil – 2.º ciclo: 53,7%, 3.º ciclo: 81,5%, secundário: 94,7%), bebidas alcoólicas (acesso fácil – 2.º ciclo: 56,9%, 3.º ciclo: 80,8%, secundário: 92,6%) e drogas (acesso fácil – 3.º ciclo: 67%, secundário: 84%) foi considerado fácil pela grande maioria dos jovens;
- Enquanto o 1.º consumo de tabaco ocorria mais frequentemente junto de amigos (2.º ciclo: 60%, 3.º ciclo: 86,1%, secundário: 68,8%), o de álcool acontecia na presença de familiares (2.º ciclo: 70%, 3.º ciclo: 56%, secundário: 41,8%), o que demonstra a maior aceitação social em torno da experimentação/consumo de bebidas alcoólicas;
- A experimentação de drogas (2.º ciclo: 1,2%, 3.º ciclo: 8%, secundário: 21,5%) era muito mais reduzida comparativamente à experimentação de tabaco (2.º ciclo: 7,3%, 3.º ciclo: 35,2% e secundário: 47,2%) e bebidas alcoólicas (2.º ciclo: 23%, 3.º ciclo: 54,9%, secundário: 81,9%), e demonstrou-se característica dos jovens mais velhos (percentagem superior registada no ensino secundário) que consumiam predominantemente «drogas leves»;
- Em relação à sexualidade importa destacar as percentagens de alunos que referiam já ter tido relações sexuais sem a utilização de métodos contracetivos (3.º ciclo: 27,8% e secundário: 38,3%) e que já recorreram à pílula do dia seguinte (3.º ciclo: 34%, secundário: 25,9%). Verificou-se ainda falta de conhecimentos no que diz respeito à prevenção da transmissão do vírus da sida (discordância com afirmação «o

preservativo é o único método contraceptivo que protege contra a sida» 3.º ciclo: 46,9%, secundário: 25,7%).

As conclusões deste estudo demonstraram novas necessidades de intervenção, que foram incorporadas nas políticas de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis preconizadas por esta autarquia.

Estudo «Hábitos tabágicos dos jovens no concelho de Torres Vedras»

Em 2009, a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis propôs aos municípios que dela fazem parte a participação num estudo dos hábitos tabágicos dos jovens.

Tratou-se de uma versão portuguesa do Global Youth Tobacco Survey (GYTS)¹⁴ traduzido pelo Centro de Controlo das Doenças, numa parceria entre a Universidade Nova de Lisboa e a Escola Nacional de Saúde Pública.

Assim, foram aplicados questionários auto preenchidos a uma amostra representativa dos alunos do 9.º ano (universo: 593 alunos, amostra: 233 alunos) obtendo-se as seguintes conclusões¹²:

- «Apesar do elevado número de jovens que já experimentaram fumar (44,6%), o consumo de tabaco pelos jovens no concelho de Torres Vedras apresenta-se na maioria dos casos como experimental ou transitório uma vez que apenas 28,8% dos jovens que já experimentaram fumar fumaram nos 30 dias antecedentes à realização do inquérito (...)»¹⁵;
- Os primeiros consumos de tabaco concentraram-se maioritariamente entre os 12 e os 15 anos de idade (60,6%). A obtenção de cigarros foi considerada como fácil pelos jovens (43,9%), não sendo a idade observada como um obstáculo à aquisição dos mesmos (58,3% dos inquiridos que fumaram nos 30 dias antecedentes à realização do inquérito e compraram tabaco verificaram que a idade não constituiu um obstáculo à compra);
- Uma percentagem significativa de jovens referiu fumar apenas socialmente (38,6% dos jovens fumavam em festas ou reuniões sociais). Verificou-se ainda que o consumo de tabaco por parte dos jovens se encontrava relacionado com o consumo de tabaco por familiares (percentagem de alunos que já tinham fumado e cujos pais fumavam: 35,6%) e amigos (65,9% dos alunos que fumavam tinham alguns colegas de ano que fumavam, e em 18,9% dos casos a maioria dos colegas de ano fumavam);
- «A maioria dos jovens está consciente dos perigos e malefícios associados ao consumo de tabaco (88,7%)»¹². Talvez por este motivo as preocupações com a saúde foram um fator importante para a decisão de deixar de fumar (26% dos jovens apontavam as preocupações com a saúde como o principal motivo para a cessação tabágica). No entanto, dos jovens que fumavam, poucos eram os que referiam querer deixar de fumar (35% dos que fumavam). Estes consideravam ainda que deixar de fumar é fácil e que se quisessem o poderiam fazer facilmente (49% dos jovens que já experimentaram tabaco).

Este estudo reforçou a importância de uma intervenção dirigida à prevenção e consumo de tabaco nos jovens do concelho.

«+ Saúde: Hábitos e estilos de vida saudáveis»: A intervenção no âmbito dos hábitos e estilos de vida

O «+ Saúde: Alimentação e atividade física», principal medida política de intervenção nesta área, desenvolvida até à data pela autarquia, foi um programa inicialmente concebido com o objetivo de dar resposta aos problemas relacionados com a alimentação, prática de atividade física e sobrepeso. Desenvolve-se através de uma parceria entre a Câmara Municipal, Centro de Saúde, agrupamentos de escolas, escolas secundárias do concelho e outras entidades de ensino concelhias¹⁶.

O trabalho desenvolvido por este grupo de trabalho tem como base a definição de objetivos específicos e a construção de um plano de atividades para cada ano letivo, comum às várias entidades de ensino.

Em funcionamento há 4 anos letivos, no âmbito deste programa, foram já desenvolvidas inúmeras atividades¹⁰.

No primeiro ano de funcionamento do programa (2008/2009)¹⁶ destaca-se a realização de *workshops* para pais e encarregados de educação sobre alimentação saudável, o estudo de aprofundamento sobre hábitos e estilos de vida, os concursos de logótipo e de materiais e conteúdos de divulgação a produzir no âmbito do programa e o levantamento das atividades desenvolvidas nas escolas no âmbito da promoção de hábitos de vida saudáveis.

A criação de hortas pedagógicas em jardins-de-infância e escolas do 1.º ciclo, o controlo do lanche das crianças do pré-escolar e 1.º ciclo, a realização de passeios pedestres e recreios ativos, a confeção de alimentos saudáveis pelos alunos do pré-escolar e 1.º ciclo em sala de aula, comemoração do Dia Mundial da Alimentação e dinamização de clubes/grupos de debate (do 2.º ciclo ao ensino secundário) constituem atividades iniciadas neste ano letivo e que se mantêm nos planos de ação deste grupo de trabalho desde então.

No ano letivo 2009/2010¹⁶ realizou-se um concurso de receitas saudáveis, confeccionadas por alunos do pré-escolar e 1.º ciclo, procedeu-se à construção de um sistema de monitorização/avaliação para o subprograma, assim como à aplicação de *checklist* «promoção de alimentação saudável» às entidades de ensino que fazem parte do grupo.

A medição do índice de massa corporal de todos os alunos do pré-escolar ao ensino secundário, 2 vezes em cada ano letivo, e a realização de *workshops* de culinária destinados aos alunos e encarregados de educação também se iniciaram neste ano letivo e tiveram continuidade nos seguintes.

No ano letivo 2011/2012¹⁶ o grupo de trabalho decidiu alargar o seu âmbito aos hábitos e estilos de vida numa conceção mais alargada, tendo o nome do mesmo sido alterado de «+ Saúde: Alimentação e atividade física» para «+ Saúde: Hábitos e estilos de vida saudáveis». Assim, atualmente, este projeto tem por objetivo a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis na população escolar e desenvolve-se através de uma parceria mais alargada que inclui o Centro de

Respostas Integradas do Oeste (IDT) e outras entidades locais com intervenção no âmbito dos consumos e sexualidade como é o caso da Dianova e do Académico de Torres Vedras.

Neste ano letivo o projeto deu início a um conjunto de novas atividades, paralelamente às já desenvolvidas, nomeadamente: construção e encenação de peças de teatro, no âmbito da higiene oral, pelos alunos do pré-escolar e 1.º ciclo; a construção de *sketches*, no âmbito dos consumos, pelos alunos do 2.º ciclo, 3.º ciclo e ensino secundário; construção de materiais didáticos pelas escolas, criando um kit de recursos a mobilizar pelos professores em sala de aula; sessões de sensibilização sobre tabagismo e consumos associados (do 3.º ciclo ao ensino secundário) e ações de formação dirigidas a auxiliares de ação educativa, educadoras do pré-escolar e professores do 1.º ciclo, para reforço do acervo instrumental de desenvolvimento de competências sócioemocionais dos alunos e pais.

Desde o ano letivo 2008/2009 que este programa se concretizou também na promoção de hábitos e estilos de vida através de várias atividades concretizadas por ocasião da Feira da Saúde (evento bianual). Estas ações incluíram-se no subprograma «Hábitos de vida saudáveis na Feira da Saúde» que consiste na realização de atividades que promovam hábitos de vida saudáveis por ocasião da Feira da Saúde. A Feira da Saúde ocorre no concelho de Torres Vedras no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Saúde. Neste sentido têm vindo a ser desenvolvidas várias atividades, nomeadamente a realização de aulas desportivas de grupo, de várias modalidades destinadas a diferentes faixas etárias; a dinamização de *stands* relacionados com as temáticas dos hábitos e estilos de vida, a dinamização de uma cozinha saudável pelas várias entidades participantes na feira, a realização de conferências, entre outras.

Sistema de monitorização e avaliação do «+ Saúde»

De acordo com Guerra «todos os projetos contêm necessariamente um «plano de avaliação» que se estrutura em função do desenho do projeto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitem, de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias caso estas sejam indesejáveis⁶».

A criação do sistema de avaliação e monitorização para o «+ Saúde» foi um importante passo para a medição dos efeitos e impactos de cada plano de ação anual¹⁷.

O sistema de avaliação do «+ Saúde» tem quatro vertentes complementares: fichas de avaliação de atividade, fichas de monitorização periódica, estudos de diagnóstico dos hábitos e estilos de vida e autoavaliação do grupo de trabalho¹⁷.

As fichas de avaliação de atividade podem ser adaptadas a qualquer tipo de atividade e público-alvo e medem vários parâmetros relativos à mesma, como a divulgação, horário, local, duração, conteúdos, dinamização, interesse e pertinência da atividade e o seu contributo para a melhoria dos hábitos e estilos de vida dos alunos. As escolas poderão utilizar estas fichas nas atividades constantes do plano

de atividades ou noutras relacionadas com as temáticas do «+ Saúde»¹⁷.

As fichas de monitorização periódica contêm um conjunto de indicadores de realização relativos a cada atividade inserida no plano de ação anual e têm por objetivo último quantificar o número de turmas e de alunos que desenvolveram em cada período letivo cada uma das atividades do plano de ação¹⁷.

Verifica-se ao longo do tempo alguma dificuldade de adesão à aplicação destas metodologias de forma descentralizada nas várias entidades de ensino, mesmo após simplificação dos indicadores de realização. Os representantes das entidades de ensino referem como obstáculo a este nível o reduzido tempo letivo disponibilizado às atividades de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis em meio escolar.

As duas últimas componentes de avaliação referidas têm vindo a demonstrar-se como as mais efetivas em termos de informação obtida. Os estudos de diagnóstico no âmbito dos hábitos e estilos de vida, que serão posteriormente aprofundados, possibilitaram retratos regulares e comparativos que, a nível longitudinal, permitiram monitorizar a situação das crianças e dos jovens do concelho no que diz respeito aos hábitos alimentares, de higiene, prática de atividade física, consumos, sexualidade, imagem corporal e, mais recentemente, *bullying*.

A autoavaliação do grupo de trabalho consiste numa reflexão efetuada pelo grupo nos momentos em que os seus elementos reúnem. Esta dinâmica tem permitido direcionar as atividades do grupo em função da avaliação que vai sendo realizada.

A metodologia de avaliação permite apenas monitorizar a realização das diferentes atividades, de cada plano de ação, pelas várias entidades de ensino. As atividades do «+ Saúde» não têm um caráter de regularidade e intensidade suficiente que permita abranger toda a população-alvo do pré-escolar ao ensino secundário do concelho de forma uniforme e produzir efeitos significativos e visíveis ao nível da alteração dos estilos de vida. De qualquer forma, a monitorização efetuada tem permitido verificar a crescente adesão das turmas às atividades do programa, embora com diferenças inter-escolas.

Checklist alimentação saudável - Entidades de ensino

No ano letivo 2009/2010 foi aplicada nas escolas-sede das entidades de ensino do «+ Saúde» uma *checklist*, com o objetivo de compreender se as escolas estavam a aplicar os princípios consubstanciados no «referencial para uma oferta alimentar saudável»¹⁸ da educação alimentar em meio escolar, emanado pelo Ministério da Educação.

Com a aplicação desta *checklist* concluiu-se que¹⁹:

- Uma das entidades de ensino não aplicava restrições às bebidas açucaradas; existiam alimentos com venda proibida em apenas dois estabelecimentos de ensino, estando os chocolates e os doces proibidos em apenas uma escola; em quatro das nove entidades de ensino era visível a publicidade a alimentos pouco saudáveis;

- Quanto aos refeitórios, em dois não existia variedade de legumes adequada e em um de frutas; apenas um refeitório fornecia sumo ao almoço aos alunos;
- Nos que diz respeito aos bufetes, a predominância de formas pouco apelativas de fornecimento de frutas e vegetais aos alunos. Por outro lado, vários géneros alimentícios a proibir em contexto escolar estavam presentes nos bufetes de quatro entidades de ensino;
- Registaram-se ainda incompatibilidades no que diz respeito à visibilidade dos produtos a promover e a proibir em contexto escolar, com uma maior visibilidade dada a alguns produtos a proibir e uma menor visibilidade dada a alguns produtos a privilegiar¹⁹.

Monitorização do índice de massa corporal

A medição bianual do índice de massa corporal constitui uma importante ferramenta adicional de monitorização da prevalência de excesso de peso. Tendo sido definida como prioritária pelos vários elementos do grupo de trabalho, procedeu-se à assinatura de um protocolo que resultou na criação de uma base de dados e fornecimento de balanças às entidades de ensino. Foram definidos os dois períodos de recolha dos dados e de entrega dos mesmos para análise.

Em cada ano letivo, a autarquia produz dois relatórios referentes à distribuição deste parâmetro na população escolar relativos às duas recolhas anuais. O primeiro relatório contempla uma vertente de comparação com as recolhas efetuadas nos anos letivos anteriores e o segundo uma comparação intra-anual.

Antes de nos debruçarmos sobre a análise deste indicador importa considerar que, até à data, a cobertura da totalidade nunca foi possível. Em 2009/2010 (primeira recolha anual) foram abrangidos 8233 alunos (77,5% do universo) e em 2010/2011 (segunda recolha anual) 7530 (67,5% do universo). Refira-se que na segunda recolha a abrangência do universo decresce significativamente²⁰.

Estando ainda em análise os dados relativos à recolha do presente ano letivo, verifica-se que a percentagem de alunos com excesso de peso se situava nos 33% em 2009/2010, crescendo para 34,2% no ano letivo seguinte²⁰.

Estes dados permitem-nos ainda verificar que «No ano letivo 2009/2010 observaram-se percentagens mais elevadas de alunos com excesso de peso no 1.º ciclo (39,3%), pré-escolar (37,7%) e 2.º ciclo (37,6%) (...). Relativamente ao ano letivo 2010/2011, verificam-se percentagens mais elevadas de alunos com excesso de peso no pré-escolar (43,5%), seguindo-se o 1.º ciclo (38,9%) e o 2.º ciclo (35,5%)²⁰».

Verifica-se uma preocupante tendência para o aumento da prevalência do excesso de peso nos alunos do pré-escolar, alertando para a necessidade de uma intervenção cada vez mais precoce a este nível. Recorde-se que o «+ Saúde», por si só, não constitui um programa específico dirigido à população escolar com excesso de peso no que diz respeito ao combate à obesidade infantil. O aumento da prevalência de excesso de peso, no período em análise, demonstra que são necessárias medidas específicas, abrangentes e diversificadas que permitam uma intervenção efetiva e eficaz.

Necessidades de intervenção futuras: Compreender, prevenir e combater a obesidade infantil e juvenil

Desde 2007 (ano de realização do perfil de saúde do concelho de Torres Vedras) foi diagnosticada a necessidade de prevenção e combate da obesidade infantil no concelho.

Também os estudos que aqui têm vindo a ser refeitos afirmam esta necessidade, permitindo igualmente a definição de algumas necessidades específicas neste domínio que vão desde a educação alimentar e incentivo à prática de atividade física junto dos alunos, à consciencialização destes e dos encarregados de educação relativamente ao índice de massa corporal e aos problemas associados ao excesso de peso.

Consciente desta realidade, o município de Torres Vedras já há alguns anos pretende pôr em prática um plano de prevenção e combate à obesidade infantil e juvenil, privilegiando a metodologia da investigação-ação.

«A metodologia de investigação-ação tem como objetivo a resolução de problemas sociais, com recurso a uma combinação entre teoria e ação, ou seja, entre pesquisa e intervenção. Nestas metodologias considera-se a especificidade de cada situação, de cada realidade em causa. Assim, não existe um procedimento fixo a aplicar sempre que se utiliza a investigação-ação, tanto na realização do diagnóstico, como na consequente promoção de mudança social. Considera-se que «cada caso é um caso», e a partir de cada caso surgem novas informações e novos conhecimentos⁴».

Assim, atualmente, e com o objetivo de se obter um conhecimento mais aprofundado das dinâmicas e das causas sociais da obesidade infantil, encontra-se em realização um diagnóstico referente a esta temática que tem como população-alvo as crianças do pré-escolar e 1.º ciclo.

Este diagnóstico contempla quatro vertentes complementares: uma abordagem centrada nos encarregados de educação, uma centrada nas escolas, uma centrada nas juntas de freguesia e outra nas crianças.

A recolha de dados nas três primeiras vertentes já está em curso. Está em aplicação um questionário aos encarregados de educação, outro aos educadores do pré-escolar e professores do primeiro ciclo e outro aos presidentes das juntas de freguesia.

Estes questionários focam as seguintes dimensões:

- Dados de caracterização sociodemográfica dos agregados familiares (composição do agregado familiar, nível de escolaridade dos pais, situação destes face ao trabalho e na profissão, meios de vida, avaliação do rendimento mensal do agregado familiar, sentimentos face ao trabalho, etc.);
- Indicadores de saúde dos agregados familiares (doenças e avaliação do peso dos elementos do agregado familiar, horas de sono, controlo do peso, peso e altura, preocupação com o peso, avaliação médica do peso, dieta a avaliação da saúde do educando);
- Caracterização da zona de residência dos agregados familiares/freguesias por localidade (acesso a diferentes tipos de alimentos, segurança e condições para a realização de caminhadas e andar de bicicleta, locais onde é possível ir a pé a

partir de casa, meios de transporte utilizados para ir para a escola e segurança do caminho casa-escola);

- Alimentação das crianças selecionadas para a amostra e percepções dos educadores e professores relativamente às mesmas (frequência de refeições durante a semana e ao fim de semana, razões porque não efetua alguma refeição, composição e proveniência do lanche da manhã, consumo semanal de alimentos por tipo, conhecimento do encarregado de educação relativamente ao que o educando come na escola, avaliação da alimentação na escola e do acesso a diferentes alimentos junto à escola, preocupação com a alimentação do educando, etc.). Questões semelhantes são colocadas relativamente aos pais;
- Alimentação em casa e percepções dos educadores e professores relativamente às mesmas - agregados familiares da amostra (frequência de diferentes tipos de confeção alimentar, tipos de gordura utilizados na confeção alimentar, frequência de consumo de comida caseira, pré-confeccionada e comida pronta/take-away, bebidas servidas à refeição, atividades realizadas pelo educando enquanto come, educação para uma alimentação saudável, etc.);
- Atividade física das crianças da amostra e pais e percepções dos educadores e professores relativamente às mesmas (prática de atividade física na escola e fora do âmbito escolar). Questões semelhantes são colocadas relativamente aos pais;
- Tempos livres das crianças da amostra e percepções dos educadores e professores relativamente às mesmas (atividades realizadas nos tempos livres, tempo despendido nas mesmas e avaliação desse tempo);
- Rotinas familiares dos agregados familiares e percepções dos educadores e professores relativamente às mesmas (frequência de refeições em família, assuntos abordados nas refeições em família, locais onde o educando efetua as refeições principais, idas ao supermercado, produtos alimentares adquiridos especificamente para o educando e razões de aquisição dos mesmos, importância de vários fatores para a escolha dos produtos alimentares no supermercado, leitura dos rótulos dos alimentos, avaliação do preço dos alimentos, frequência de restaurantes por tipo, fatores importantes para a escolha de um restaurante, divisão das tarefas domésticas, etc.);
- Posições assumidas face aos problemas das crianças - encarregados de educação, educadores e professores e juntas de freguesia (importância de vários fatores para a saúde das crianças, concordância com medidas de combate à obesidade infantil, responsabilidade de diferentes agentes pela obesidade infantil e prevenção e combate da mesma, percepção da prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças e adultos em Portugal e no concelho, percepção das doenças associadas à obesidade, concordância com afirmações relacionadas com a obesidade, etc.);
- Atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção e combate à obesidade infantil realizadas pelos jardins de infância, escolas do 1.º ciclo e dinamizadas nas freguesias por localidade.

Após esta análise aprofundada das causas da obesidade infantil serão realizadas entrevistas a crianças obesas, assim

como aplicada uma grelha de registo da alimentação diária e atividades desenvolvidas durante o dia.

A triangulação de dados consiste no mesmo fenómeno ser estudado em termos temporais, observando-se as diferenças em diferentes datas, em diferentes locais, efetuando-se uma análise comparativa ou com recurso a indivíduos diferentes. A triangulação metodológica tem como pressupostos a: validação de resultados/cumulatividade, integração de diferentes perspetivas/complementaridade, descoberta de paradoxos ou contradições, permitir um retrato mais completo e holístico do fenómeno em estudo e possibilitar uma maior crítica e ceticismo face aos dados recolhidos^{21,22}.

Esta metodologia será aplicada ao diagnóstico em causa e possibilitará um conjunto de pistas para a posterior definição de um plano de ação.

Definidas as bases para este plano de ação, que deverá ser sustentável, o mesmo será discutido pelo grupo de trabalho do «+ Saúde» e aberto à participação das juntas de freguesia, agrupamentos de escolas, educadores do pré-escolar e professores do primeiro ciclo e encarregados de educação. Para o efeito, será dinamizada uma sessão de planeamento participativo para discussão das principais causas do fenómeno no concelho, prioridades e estratégias de intervenção.

A investigação-ação, que será aqui mais uma vez privilegiada, é «uma modalidade que torna o ator investigador, e vice-versa, e que conduz a ação para considerações de investigação⁶». Os atores não são vistos como sujeitos passivos, mas sim como participantes do processo de planeamento.

«Reconhece-se, hoje, não apenas a possibilidade, mas a inevitabilidade da construção do conhecimento com os sujeitos portadores da mudança social e, portanto, de investigação com a participação dos interessados⁶».

Posteriormente, será definido um plano de intervenção e, complementarmente, de monitorização da implementação e avaliação da execução, resultados e impactos.

Este plano de ação deverá ser participado, quer na sua definição, quer na sua execução, por todos os agentes com acento na temática em causa, recorrendo maioritariamente a recursos endógenos e a parcerias entre os atores locais.

O sucesso deste diagnóstico e plano depende do envolvimento destes atores chave que vão desde o público-alvo do plano, passando pelas crianças e famílias, às autarquias locais, entidades de ensino e entidades de saúde locais.

Este diagnóstico e plano, no âmbito da obesidade infantil, insere-se nos «modelos de intervenção e responsabilização coletiva, procurando-se, através da participação no planeamento social, reforçar o exercício da democracia, associando-se à democracia representativa, uma democracia participativa⁴».

A noção de parceria implica esta metodologia, considerando então a necessidade da «reunião de esforços de todos os que se preocupam com a resolução (...) [dos] problemas de forma a traçar objetivos comuns⁶».

Este diagnóstico estará na base de um plano de intervenção adequado à realidade do concelho e às configurações sociais específicas associadas à obesidade neste território.

O estudo das variáveis relacionadas com este fenómeno em Torres Vedras permitirá direcionar a intervenção tendo em conta as reais determinantes da obesidade na população em causa.

A recolha de dados junto das crianças com excesso de peso e obesidade (entrevistas) será certamente uma mais-valia para a construção deste plano de intervenção, uma vez que possibilitará uma atenção personalizada tendo em conta os contornos de cada situação específica.

Um dos indicadores de avaliação do sucesso deste programa será, paralelamente aos restantes elementos avaliativos, os resultados das recolhas anuais do índice de massa corporal, realizadas no âmbito do programa «+ Saúde: Hábitos e estilos de vida saudáveis». Espera-se, assim, que num futuro próximo a tendência de crescimento da prevalência de excesso de peso na população escolar do concelho, registada nos últimos anos, venha a inverter-se obtendo-se ganhos na saúde e qualidade de vida nas crianças e jovens torrenses.

Conflito de interesses

O autor declara não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Câmara Municipal de Torres Vedras. Perfil de saúde. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2007 [consultado 2 Mai 2012]. Disponível em: http://www.cm-tvedras.pt/e/plano-desenvolvimento/downloads/Perfil_de_saude.pdf
2. RPCS., Apresentação da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. [Em linha]. Lisboa: RPCS; 2010 [consultado 2 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.redecidadessaudaveis.com/pt/apresentacao.php/>
3. Lupton D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage Publications; 1995.
4. Silva S., O planeamento em saúde: Projeto «Torres Vedras Saudável». Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2009.
5. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
6. Guerra IC. *Fundamentos e processos de uma sociologia da acção: o planeamento em ciências sociais*. Lisboa: Principia; 2000.
7. Câmara Municipal de Torres Vedras. Plano de Desenvolvimento em Saúde 2008-2009. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2007. Disponível em: <http://www.cm-tvedras.pt/e/plano-desenvolvimento/>
8. Câmara Municipal de Torres Vedras. Síntese do Perfil e Plano de Desenvolvimento em Saúde 2008-2009. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2007 [consultado 2 Mai 2012]. Disponível em: http://www.cm-tvedras.pt/e/plano-desenvolvimento/downloads/Plano_de_saude.pdf/
9. Câmara Municipal de Torres Vedras. Hábitos de Vida dos Estudantes na Cidade de Torres Vedras. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2007 [consultado 3 Mai 2012]. Disponível em: http://www.cm-tvedras.pt/e/plano-desenvolvimento/downloads/Anexo_2.pdf/
10. Câmara Municipal de Torres Vedras. + Saúde: hábitos e estilos de vida saudáveis: planos de atividades. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2011 [consultado 7 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/saude-e-alimentacao/194-planos-de-acao-anuais/>
11. Câmara Municipal de Torres Vedras. Estudo «Hábitos alimentares, higiene e atividade física nos jovens que frequentam o 2º, 3º ciclos e ensino secundário no concelho de Torres Vedras». [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2009 [consultado 3 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros/pagina/relatorio-20082009/o/relatorio-20082009.pdf/>
12. World Health Organization. *Global Youth Tobacco Survey*. Copenhagen: WHO; 2012 [consultado 7 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>
13. Câmara Municipal de Torres Vedras. Estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho» – fase 1. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2009 [consultado 3 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros-pagina/fase1/o/fase1.pdf/>
14. Câmara Municipal de Torres Vedras. Estudo «Hábitos de vida das crianças e jovens residentes no concelho» – fase 2. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2010 [consultado 7 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros-pagina/fase2a/o/fase2a.pdf/> e <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros-pagina/fase2b/o/fase2b.pdf/>
15. Câmara Municipal de Torres Vedras. Relatório «Hábitos tabágicos dos jovens no concelho de Torres Vedras». Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2009.
16. Câmara Municipal de Torres Vedras. + Saúde: hábitos e estilos de vida saudáveis. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2011 [consultado 7 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/saude-e-alimentacao/192-saude-habitos-e-estilos-de-vida-saudaveis/>
17. Câmara Municipal de Torres Vedras. + Saúde: hábitos e estilos de vida saudáveis: sistema de avaliação. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2009.
18. Machado Baptista MI. *Referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular; 2006.
19. Câmara Municipal de Torres Vedras. Checklist Alimentação Saudável. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2010 [consultado 9 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros-pagina/checklist/o/checklist.pdf/>
20. Câmara Municipal de Torres Vedras. Relatório do índice de massa corporal: primeira recolha. [Em linha]. Torres Vedras: Câmara Municipal de Torres Vedras; 2011 [consultado 9 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.educacaotorresvedras.com/user/uploads/ficheiros-pagina/imc1recolha20102011/o/imc1recolha20102011.pdf/>
21. Denzin NK. *The research act*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall; 1989.
22. Duarte T. A possibilidade de investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Lisboa: CIES; 2009. (Working Paper; 60/2009).