

Catarina Isabel Leonardo Carvalho

# Mapeamento dos projetos comunitários com acção preventiva da obesidade na Região Autónoma dos Açores

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública

Dezembro/2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

U



C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Catarina Isabel Leonardo Carvalho

**Mapeamento dos projetos comunitários com  
ação preventiva da obesidade na Região  
Autónoma dos Açores**

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Professora Doutora Sara Simões Pereira Rodrigues  
Coorientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo

Coimbra, 2016

## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado só foi possível graças a importantes apoios e incentivos.

Um agradecimento especial à professora Sara Rodrigues pela sua orientação, total disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pela confiança, pelas opiniões e críticas, total colaboração e apoio ao longo de todo o processo de elaboração desta dissertação. E pelo incentivo em terminar o trabalho.

Ao Professor Doutor Manuel Veríssimo pela disponibilidade e atenção.

.Aos meus pais pela motivação e incentivo, amizade, paciência e ajuda para ultrapassar os obstáculos.

Aos meus colegas de Mestrado, que foram incansáveis e sempre disponíveis Aos colegas de profissão que disponibilizaram informação e apoio sempre que necessário.

## **Resumo**

**Introdução:** A obesidade é uma doença crónica multifatorial, com consequências físicas, sociais e económicas. A prevenção dos fatores de risco comumente associados à patologia deve ser prioritária, através de planos e programas de intervenção. A nível mundial, nacional e regional é possível verificar a existência de programas e recomendações como resposta à prevenção da obesidade. Na Região Autónoma dos Açores (RAA), em 2008, a obesidade infantil registava o maior valor a nível nacional e as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte. Indicadores que conduziram à necessidade de atuar sobre os fatores de risco, como o excesso de peso e o sedentarismo. Para uma ação eficaz, sustentável e concertada, é necessário conhecer a realidade regional das ações já aplicadas e os seus efeitos.

**Objetivo:** O mapeamento das ações comunitárias de prevenção e combate à obesidade na RAA, entre 2004-2014.

**Metodologia:** Desenvolvimento de um questionário enviado aos 17 Centros de Saúde (CS) locais, às 19 Autarquias regionais e à Secretaria Regional da Educação e Cultura (SREC). Procedeu-se à sistematização dos resultados obtidos, através da análise das características referentes aos projetos/acções desenvolvidos.

**Resultados:** Entre 2004 a 2014 foram realizadas 37 ações de prevenção e combate à obesidade na RAA. Estas ações foram dirigidas essencialmente a grupos infantojuvenis (43%). Uma grande proporção das ações foi realizada com parcerias (89%) mas a maioria carece de apresentação de resultados (68%), de monitorização (51%) e sustentabilidade (46%). Também apenas 70% referia ter contemplado avaliação.

**Conclusões:** As ações de prevenção da obesidade carecem de evidências concretas da sua eficácia, consequência da complexidade da própria patologia. Na RAA observa-se o início da tomada de consciência da necessidade de ação, como é possível verificar pelo número de ações desenvolvidas. No entanto, são necessários mais esforços na criação de projetos padronizados, sustentáveis e estruturados a aplicar de igual forma em toda a região, com o objetivo único de prevenir e combater a obesidade.

**Palavras-chave:** Portugal, Açores, Obesidade, Prevenção, Ações comunitárias

## **Abstract**

**Background:** Obesity is a chronic multifactorial disease with physical, social and economic consequences. The prevention of risk factors commonly associated with this pathology should be a priority, through intervention plans and programs. At the global, national and regional levels it is possible to verify the existence of programs and recommendations in response to the prevention of obesity. In the Autonomous Region of the Azores in 2008, childhood obesity was registered at the highest level in the country and diseases of the circulatory system were the main cause of death. Indicators that led to the need to act on risk factors such as overweight and sedentary lifestyle. For an effective, sustainable and concerted action it is necessary to know the regional reality of the actions already applied and their effects.

**Objective:** The mapping of community actions of prevention and combat in regards to obesity in the Autonomous Region of Azores, between 2004 and 2014.

**Methods:** Development of a questionnaire sent to the 17 local Health Centers, to the 19 Chambers of Commerce and to the Regional Secretariat of Education and Culture. The results obtained were systematized by analyzing the characteristics of the projects / actions developed.

**Results:** Between 2004 and 2014 37 actions of prevention and combat in regards to obesity were performed in the Autonomous Region of the Azores. These actions were mainly directed at children and youth groups (43%). A large proportion of the actions were carried out with partnerships (89%) but most lack results (68%), monitoring (51%) and sustainability (46%). Also, only 70% reported having considered evaluation.

**Conclusions:** Obesity prevention actions have lack of concrete evidence of its efficacy, a consequence of the complexity of the disease itself. In the Autonomous Region of the Azores, the beginning of the awareness of the need for action is observed as it is possible to verify by the number of actions developed. However, more efforts are needed to create standardized, sustainable and structured projects to be equally applied throughout the region, with the sole purpose of prevention and combat in regards to obesity.

**Key-words:** Portugal, Azores, Obesity, Prevention, Community actions

## **Lista de siglas e abreviaturas**

**APCOI** - Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention

**COSI** - Childhood Obesity Surveillance Initiative

**CS** - Centros de Saúde

**DALYs** - Disability Adjusted Life Years

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**EASO** - European Association for the Study of Obesity

**EPHE** - EPODE for the Promotion of Health Equity

**Euro Coop** - European Community Consumer Co-operatives

**FAO** - Food and Agriculture Organization

**HEPA** - Health-Enhancing Physical Activity

**IASO** - International Association for the Study of Obesity

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**IOTF** - International Obesity Task Force

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNPAS** - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

**PNS** - Plano Nacional de Saúde

**PRS** - Plano Regional de Saúde

**RAA** - Região Autónoma dos Açores

**SE** - Saúde Escolar

**UNICEF** - United Nations Children's Fund

**UNSCN** - United Nations Standing Committee on Nutrition

**USI** - Unidades de Saúde de Ilha

**WFP** - United Nations World Food Programm

<b>Índice</b>	
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>3</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>4</b>
<b>Palavras-chave .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>5</b>
<b>Key-words.....</b>	<b>5</b>
<b>Lista de Abreviaturas .....</b>	<b>6</b>
<b>Índice.....</b>	<b>7</b>
<b>A -Introdução .....</b>	<b>9</b>
1. Obesidade.....	9
1.1. Definição .....	9
1.2. Etiologia .....	11
1.3. Consequências .....	12
1.4. Prevalência e outros indicadores .....	13
2.Prevenção .....	13
2.1. Prevenção da doença .....	13
2.2. Prevenção da obesidade .....	16
2.2.1. Abordagem multisectorial e/ou sistemática e sustentável .....	18
2.3. Intervenções preventivas na obesidade .....	19
2.3.1. Ações de parceiros internacionais .....	19
2.3.2. Ações de parceiros nacionais .....	20
2.3.3. Ações de parceiros regionais e/ou locais.....	22
2.3.3.1. Escola, um dos parceiros locais.....	23
2.3.3.2. Família como parceiro local .....	25
2.3.3.3. O local de trabalho, como parceiro local.....	25
2.3.4. Monitorização e avaliação.....	26
2.4. Base de evidências de eficácia .....	27
2.5. Plano e programas de prevenção da obesidade .....	29
2.5.1. De âmbito internacional .....	29

2.5.2. De âmbito nacional.....	32
2.5.3. A prevenção da obesidade nos Açores .....	33
2.6. Dificuldades na prevenção da obesidade .....	33
<b>B –Objetivos .....</b>	<b>35</b>
Objetivo geral.....	35
Objetivos específicos .....	35
<b>C –População e métodos.....</b>	<b>35</b>
1. Pesquisa bibliográfica .....	35
2. Tipo de estudo .....	36
3. Local do estudo .....	36
4. População e amostra.....	36
5. Recolha de informação.....	38
6. Análise dos dados.....	41
<b>D – Resultados .....</b>	<b>41</b>
1. Centros de Saúde.....	41
2. Autarquias .....	45
3. Secretaria Regional da Educação e Cultura .....	47
<b>E – Discussão e conclusões .....</b>	<b>49</b>
<b>F – Referências Bibliográficas .....</b>	<b>73</b>
<b>G – Anexos .....</b>	<b>91</b>
1. Anexo 1 .....	91
2. Anexo 2 .....	93



## **Introdução**

### **1. Obesidade**

#### 1.1. Definição

A obesidade é definida como a epidemia do século XXI pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo um dos maiores desafios de saúde pública mundial. Atinge cada vez mais indivíduos, em todo o mundo, principalmente os grupos de estatuto socioeconómico reduzido, com consequências nefastas para a saúde e a nível social, de tratamento difícil e, muitas vezes, inacessível. Os alertas e a insistência pelo *Internacional Obesity Task Force* (IOTF), levou ao reconhecimento pela OMS, da obesidade como uma doença, abrindo o caminho para a publicação de várias recomendações e trabalhos, tanto ao nível da prevenção como do tratamento, a ser, posteriormente, adaptadas pelos estados membros.<sup>(1,2)</sup>

Definida, pela OMS, como uma doença crónica, pela presença de acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal, a longo prazo, provocada por um desequilíbrio energético, onde a energia ingerida é superior à despendida, ou seja, há um balanço energético positivo, com efeitos prejudiciais ao bem-estar geral.<sup>(3,4,5,6,7,8)</sup>

Um dos métodos de avaliação do estado nutricional de populações, mais utilizado e difundido mundialmente é o Índice de Massa Corporal (IMC), devido à sua praticabilidade e simplicidade no procedimento. Obtido pelo quociente entre a massa corporal, em quilogramas, e a estatura, em metros, elevada ao quadrado, este método é não invasivo, de baixo custo, validado em vários estudos epidemiológicos e é relativamente sensível. Tem os pontos de corte bem definidos, em que valores entre os 25 e os 29,9 kg/m<sup>2</sup> são considerados como excesso de peso, e valores acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> como obesidade.<sup>(7,9)</sup> O IMC é usado na prática para obter medidas específicas e na construção de curvas de distribuição e categorização do estado nutricional, com adaptações e oscilações a considerar na interpretação dos valores em relação às variáveis idade, sexo, estágio pubertário e etnia.<sup>(10,11)</sup>

Apesar de existir uma forte correlação com a gordura corporal total e independente da altura, o que torna o IMC um bom preditor de adiposidade, têm sido levantadas várias críticas e limitações a esta ferramenta, pela sua incapacidade de diferenciar a gordura corporal da

massa magra e a gordura central da gordura periférica, não sendo um bom indicador da composição corporal nem da distribuição da gordura corporal. Esta limitação causa erros de classificação, podendo sobrestimar ligeiramente a gordura em pessoas com baixa estatura ou com maior desenvolvimento da massa muscular, como o caso de atletas com massa muscular elevada que são classificadas como obesas, enquanto indivíduos com uma massa magra reduzida mas com elevada gordura corporal, têm um IMC considerado “normal”.<sup>(10,11,12)</sup>

Há necessidade de produzir mais evidências que avaliem e comprovem qual o melhor índice antropométrico com capacidade de previsão da gordura corporal elevada, independente do sexo, da idade e da gordura corporal total. Atualmente assistimos a um uso indiscriminado do IMC na população infantil, sem reconhecer plenamente as limitações e potenciais erros de classificação causados pela ferramenta, pois o IMC é afetado pela dinâmica do crescimento.<sup>(10,13)</sup>

Existem outros métodos para avaliação da composição corporal, com maior precisão, mas com limitada aplicação na prática e com elevados custos. Entre as quais as técnicas indiretas, como a pesagem hidrostática, hidrometria e absorptometria radiológica de dupla energia (DEXA) e as técnicas duplamente indiretas. Nestas últimas incluem-se a medição da espessura das dobras cutâneas, pela utilização de adipômetros, capaz de prever a quantidade de gordura corporal, no entanto é muito dependente da precisão e experiência do avaliador.<sup>(10,13)</sup>

A obesidade surge em ambos os géneros, em qualquer fase do ciclo de vida, mas estudos recentes sugerem que as mulheres têm uma maior propensão para a patologia, e que o estatuto socioeconómico do indivíduo, nomeadamente os mais desfavorecidos, o torna mais suscetível. Atualmente verificamos um crescimento alarmante de crianças obesas, o que levanta preocupações em termo de saúde pública no presente e no futuro.<sup>(2,4,5,8,16)</sup> A obesidade em idades precoces é um fator potencial para o surgimento de várias patologias, quando adulto ou ainda enquanto adolescentes, assim como, aumenta a probabilidade de morte prematura e incapacidade na idade adulta. O registo de uma descida da obesidade infantil, verificada recentemente, apenas ocorreu em crianças socioeconomicamente favorecidas, sendo esta pouco significativa.<sup>(6,8,9,15,17,19)</sup>

## 1.2. Etiologia

A multifatorialidade da obesidade torna-a uma patologia complexa e de difícil tratamento e compreensão. São associados fatores epigenéticos, genéticos e fisiopatológicos, mas que continuam a ser enigmas para os investigadores, o que dificulta a intervenção. Para além da genética e da biologia individual, a questão cultural, política, social e económica, as diferenças geográficas e o ambiente envolvente, têm uma influência profunda no aparecimento e desenvolvimento da doença.<sup>(2,5,4,6,9,19,20)</sup>

Sabe-se que o aparecimento da patologia no indivíduo pode ser determinado também pelo ambiente existente na fase de conceção uterina.<sup>(2)</sup>

Apesar da multiplicidade dos fatores, os comportamentos e hábitos alimentares e a prática de atividade física são, comumente, reconhecidos como os principais causadores da doença.<sup>(24)</sup>

Nas últimas décadas, a globalização e a urbanização, a liberalização dos mercados, a intensificação do marketing e a ação do *media*, contribuíram para o fenómeno da “transição nutricional”, havendo mudanças no padrão alimentar tradicional, de vários países, uniformizando para um padrão caracteristicamente ocidental, rico em açúcar, gordura e sal, pobre em hortícolas e fruta, ou seja, densamente energético e nutricionalmente pobre, e consumido em grandes porções.<sup>(2, 17,21,22,19)</sup> Em simultâneo, assistimos a uma alteração dos padrões de atividade física, onde a introdução de novos mecanismos de transporte, de eletrodomésticos, de novas culturas e metodologias de trabalho, a dependência do uso do computador e da televisão, contribuíram para o sedentarismo, afetando todas as idades.<sup>(2,17,20,22,25,26)</sup>

O marketing induzido pela indústria alimentar expõem diariamente o indivíduo a uma pressão constante para comprar determinados produtos irresistíveis, com mensagens e imagens cativantes, considerados nutricionalmente pobres, que acabam por surtir o efeito desejado, a fidelização a determinada marca comercial e o consumo em excesso. Mas com efeitos nefastos, quando a compra torna-se um hábito diário, em simultâneo com a inatividade física,

que por seu lado, pode ser provada pelo défice de instalações para a prática de atividade física ou a utilização excessiva de transportes para todas as deslocações.<sup>(2,14,17,20,22,25,26,29)</sup>

A instalação de ambientes hostis, favorecedores de comportamentos obesogénicos, tomam partido das vulnerabilidades biológicas, psicológicas, sociais e económicas do indivíduo, através da exposição e pressão social e cultural constantes, o uso de produtos de elevada palatabilidade, com baixo custo, em elevadas quantidades e fáceis de adquirir, o que complica a autorregulação individual.<sup>(27,28)</sup> A imposição constante e diária destes produtos terá um maior impacto em grupos específicos, por sua vez mais vulneráveis, como as crianças e adolescentes, grupos minoritários e grupos de baixo estatuto socioeconómico.<sup>(18,34)</sup>

Todo o conjunto de armadilhas empostas, como o tamanho da porção, a arquitetura da disposição dos alimentos nos supermercados, os preços, as promoções e os saldos são capazes de enviesar o pensamento humano, de forma subtil, mas extremamente influenciável.<sup>(14,17,20,29,28,30)</sup>

Uma quota parte de responsabilidade pelo aparecimento da patologia pertence ao próprio indivíduo, mas a outra parte é devida às opções disponibilizadas pelo seu ambiente físico, económico e social. Ou seja, o indivíduo escolhe os alimentos e as preparações culinárias, mas a exposição ambiental manipula e influencia essas escolhas, imobilizando o indivíduo, que toma decisões irrefletidas, inconstantes e limitativas. Assim, o plano individual e o plano sistémico (fatores ambientais e sociais) não devem ser tratados separadamente, pois são vias recíprocas.<sup>(17,28,31,32,33)</sup>

### 1.3. Consequências

A obesidade está associada a um conjunto de consequências nefastas para a saúde física, mental e social.<sup>(34,35)</sup> A nível físico, torna o indivíduo propício a outras patologias crónicas, como a diabetes, as doenças cardiovasculares, a osteoporose, alguns tipos de neoplasias, como por exemplo do endométrio, mama, rins, cólon e reto e pâncreas, a apneia do sono, problemas do foro psicológico, e em casos extremos, a morte. Em idades precoces terá um impacto no crescimento e desenvolvimento físico e intelectual, com redução no aproveitamento escolar, o que se traduz também por custos sociais indiretos. A localização da

gordura corporal, a magnitude do peso adquirido e o nível de atividade física determinam o tipo e gravidade das consequências.<sup>(3,9,20,34)</sup> A nível social, o estado de incapacidade física e psicológica devido à patologia, reduz, por sua vez, a produtividade laboral e domiciliar, implicando mais custos económico nacionais, o que aumenta os dias de baixa e as despesas com a patologia.<sup>(20,36)</sup> Em 2010, 4% dos DALYs (*Disability Adjusted Life Years*) foram perdidos pela obesidade.<sup>(6,7,15,20)</sup>

#### 1.4. Prevalência e outros indicadores

Segundo os últimos dados da OMS, em 2008, cerca de 1208 milhões de pessoas tinham excesso de peso, e 500 milhões eram obesas.<sup>(8,9,17)</sup> Em 2014, a obesidade atingiu, mundialmente, cerca de 11% e 15%, dos homens e mulheres, respetivamente, e em 2013, 42 milhões de crianças em idade pré-escolar apresentaram excesso de peso, segundo os dados do relatório global de doença crónicas, de 2014, pela OMS.<sup>(9)</sup> A nível nacional, em 2008, cerca de 59,1% da população com mais de 20 anos tinha excesso de peso e 24% era obesa.<sup>(37)</sup> A obesidade atinge cerca de 1 milhão de indivíduos, sendo que 3,5 milhões destes têm excesso de peso. Segundo o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), criado para efetuar uma vigilância sobre a obesidade infantil na Europa, a cada 2 anos, para posterior comparação internacional, em Portugal, na 3.ª fase executada, foi possível constar que das 5935 crianças avaliadas, entre os 6 e os 8 anos, 31,6% e 13,9%, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente.<sup>(16,38)</sup>

Nos Açores, segundo os resultados do Inquérito Regional de Saúde dos Açores, 36,5% dos cidadãos residentes na RAA, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, são pré-obesos e 27,5% são obesos. A prevalência da obesidade nas mulheres, de 29,3%, é superior à encontrada para os homens, de 25,4%.<sup>(39)</sup> Do COSI, na 3.ª fase, realizada em 2013, 24,0% das crianças da Região Autónoma dos Açores (RAA) apresentavam excesso de peso, e 10% eram obesas.<sup>(38)</sup>

## **2. Prevenção**

### **2.1. Prevenção da doença**

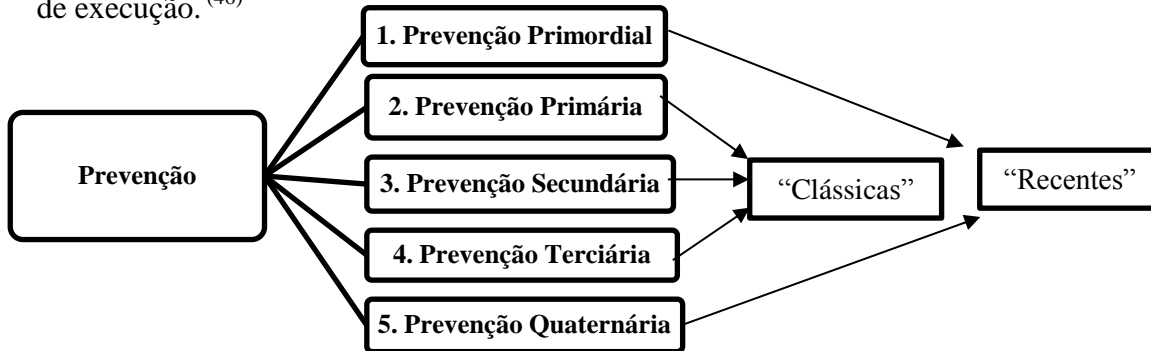
O conceito e definição de saúde pública tem vindo a sofrer alterações ao longo do século, consoante o avanço dos conhecimentos e a realidade vivenciada em determinada época. Das primeiras definições dadas à Saúde Pública foi da autoria de Winslow, em 1920, que classificava-a como “a ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência física e mental dos indivíduos, por meio de esforços organizados da comunidade”, pensamento que sofreu algumas modificações, por vários autores. Mas o objetivo principal mantém-se na definição dada pela OMS, em 1998, de que Saúde Pública é “um conceito social e político que visa melhorar a saúde, prolongar a vida e melhorar a sua qualidade entre todas as populações, através da promoção da saúde, da prevenção da doença e de outras formas de intervenção na saúde”.<sup>(40,41)</sup>

Estes conceitos demonstram a interligação indissociável entre Saúde Pública e o impedir que aconteça ou prepara-se antecipadamente para evitar determinada doença, isto é a prevenção. A prevenção da doença em conjunto com a proteção da saúde, a promoção da saúde e a restauração da saúde são as principais ações da Saúde Pública, a pôr em prática para atingir o seu objetivo major, ou seja o bem-estar e saúde de determinada população.<sup>(40,41)</sup>

A prevenção é uma ciência, considerada como tal apenas nas última quatro décadas e que abarca a investigação em todo o ciclo de vida, a epidemiologia comunitária, e os ensaios de intervenção preventiva.<sup>(42)</sup> Pretende identificar os precursores, experienciados e verificados, que são capazes de afetar os resultados em saúde, ou seja, os fatores de risco, e/ ou os fatores protetores de determinado problema de saúde, para redução do risco de doença e proteção contra a doença.<sup>(42)</sup>

A prevenção é uma prioridade e uma estratégia major em saúde pública, principalmente quando se trata de doenças crónicas, que na sua maioria são evitáveis, e atualmente, correspondem à maior carga de doenças em vários países.<sup>(43,44)</sup> A interação e coexistência de vários fatores de risco e o aumento da sua expressão, expõem um vasto número de indivíduos; assim, todas as medidas preventivas a aplicar devem abranger toda a comunidade ou população, sem qualquer tipo de iniquidade. As intervenções para a comunidade são preferíveis, pois apresentam benefícios acumulativos e sustentáveis, a longo prazo, e o investimento político e social inicial é ressarcido.<sup>(25,43,45)</sup>

A prevenção é classicamente dividida em níveis, mas esta classificação não é unânime, pois é difícil estabelecer as fronteiras que separam cada um deles. O seguinte esquema (**esquema 1**) demonstra, de forma abrangente, os níveis da prevenção e a sua ordem de execução. <sup>(46)</sup>



**Esquema 1-** Níveis de prevenção (adaptado de Almeida LM.” Da prevenção primordial à prevenção quaternária”)

1. **Prevenção Primordial:** pretende evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida considerados de risco para determinada patologia. Inclui as políticas e programas de promoção de determinantes de “boa” saúde, exemplo uma alimentação adequada e atividade física regular, legislação sobre o álcool. <sup>(47)</sup>

2. **Prevenção primária:** pretende evitar ou remover a exposição a um potencial fator de risco específico, para que não se instale a doença, destinada a um vasto número de indivíduos ou grupos ou indivíduos saudáveis. A vacinação, a educação nas escolas sobre alimentação saudável e atividade física são exemplos deste tipo de prevenção. <sup>(46,47,48,49)</sup> O fato de produzir efeitos diretamente ou indiretamente, a curto e a longo prazo, torna-se desejável a nível económico e social, e o fato de ser alargada para toda a população evita a possibilidade de estigmatização, principalmente em crianças. <sup>(17,47)</sup>

3. **Prevenção secundária:** a doença ainda é assintomática logo o objetivo é atuar precocemente para condicionar favoravelmente a evolução da doença. Neste tipo de prevenção é necessário conhecer a história natural da doença e um período longo de deteção precoce. O procedimento mais utilizado é os rastreios, como por exemplo o IMC e questionários de frequência alimentar e de atividade física. Pretende diminuir a prevalência, a morbidade e mortalidade associadas. <sup>(49)</sup>

**4. Prevenção terciária:** visa a gestão dos estados de doença, ou seja, limitar a progressão da doença, evitar ou reduzir os custos sociais e económicos associados, através da reabilitação e reintegração ou reduzir a severidade das morbilidades e complicações associadas. São exemplos deste nível de prevenção a educação social sobre a doença e necessidades associadas, as políticas de trabalho de reintegração e adaptação das infraestruturas.<sup>(46,48,49)</sup>

**5. Prevenção quaternária:** visa a atenuar ou evitar o excesso de atuação médica, desnecessária ou injustificável, ou seja, detetar indivíduos em risco de sobretratamento. Para tal este tipo de prevenção, pretende, também, capacitar os utentes a tomar escolhas autónomas, sem falsas expectativas e propor alternativas. É divergente dos restantes níveis de prevenção, mas pretende evitar que os doentes considerados incuráveis sejam expostos a riscos desnecessários por intervenções médicas escusadas ou prevenir da “prevenção inapropriada”. Aplica-se a profissionais de saúde e a utentes.<sup>(46,47)</sup>

O facto da prevenção evitar que o indivíduo no futuro sofra com os efeitos nefastos da patologia, confere uma mais valia em oposição ao tratamento.<sup>(5,21,27,47)</sup> No caso da obesidade, a dificuldade em reverter a patologia, os métodos de tratamento muitas vezes inacessíveis e dispendiosos, com a necessidade de recorrer a vários recursos humanos, tecnológicos e fármacos, e os custos para a família e para o sistema de saúde, a insegurança na obtenção eficaz dos resultados desejados, são algumas das razões para tornar a prevenção uma via preferível e apelativa, uma prioridade.<sup>(15,31,32,47,50)</sup>

## 2.2. Prevenção da obesidade

A *European Association for the Study of Obesity* (EASO) classifica a prevenção da obesidade como um dos maiores desafios da Saúde Pública mundial.<sup>(51)</sup> O aumento dos custos associados desperta a consciencialização dos governos para a emergente criação e implementação de políticas de prevenção nacionais e locais.<sup>(25)</sup>

O complexo etiológico da obesidade torna, também, a sua prevenção complexa, com várias vertentes a considerar e a abordar. Há a necessidade de combinar e adaptar várias intervenções, de acordo com o contexto vivenciado, com a criação de legislação e



regulamentos específicos e adaptados. Apesar de não existir uma única solução, a obesidade é evitável, dado a sua natureza crónica, e ao considerar os dois fatores de risco, geralmente associados ao aparecimento da patologia, a alimentação desequilibrada e a inatividade física, estes podem ambos ser alvo de medidas preventivas.<sup>(5,17,8,34,43,51,52)</sup>

A presença dos fatores de risco está associada, na maioria dos casos, a ambientes hostis, de âmbito e caráter social, cultural, económico. É o caso da conjuntura social e económica presente em vários países, em que os grupos mais desfavorecidos têm uma maior propensão para desenvolver a obesidade, daí a necessidade de uma atuação preventiva abrangente, com a criação ou modificação de políticas gerais, como as financeiras e educacionais, a taxa e empregabilidade e a segurança social.<sup>(5,51,52)</sup> E para tal, é necessário conhecer, previamente e internamente a organização da sociedade e o mecanismo influenciador do ambiente em geral sobre as preferências e escolhas do indivíduo, a que a prevenção não deve ser alheia.<sup>(1,22,23,34,55,59)</sup>

A prevenção não deve ser restrita à partilha de informação e a campanhas de sensibilização, pois o conhecimento não muda necessariamente o comportamento. A mudança ou modelagem das normas e comportamentos diários de uma população é fiável quando o campo de intervenção é alargado pela implementação de políticas locais, nacionais ou internacionais, que se interligam e reforçam-se, para uma modificação de âmbito ambiental, ou seja, da realidade diária dos indivíduos.<sup>(17,21,27,36,58,59)</sup> A mudança destes ambientes deve direcionar-se na criação de ambientes auxiliares, promotores e encorajadores de comportamentos saudáveis, através da disponibilização e manutenção de opções saudáveis.<sup>(8,21,36,55,58)</sup>

Para a prevenção da obesidade é imprescindível uma abordagem ampla, universal, sistemática e multissetorial.<sup>(5,8,15,25,44,55)</sup> As intervenções preventivas devem ter como alvo todas as faixas etárias, em especial os grupos vulneráveis, como crianças e adolescentes, grávidas, idosos e socioeconomicamente desfavorecidos e os mais variados locais da comunidade, como os mercados, as escolas, organizações sem fins lucrativos, religiosos, entre outros.<sup>(8,24,27)</sup>

É de realçar que a prevenção deve dar início nas fases pré e pós natal e pré-escolar, pois muitos dos comportamentos caracteristicamente obesogénicos são adotados em fases precoces das vida e extrapolados para a fase adulta. A incidência nestas fases é considerada, internacionalmente, como a abordagem mais realista e custo-efetiva.<sup>(6,17,19,25,27,31)</sup> Os números preocupantes de obesidade infantil, que continuam a aumentar, conduzem a uma necessidade urgente de atuação, principalmente na prevenção, com abordagens nacionais para toda a população, de forma a moldar o ambiente físico, social, e económico envolvente. Estes pontos são cruciais, pois as crianças pertencem a um grupo vulnerável, que, na sua maioria, não compreende as pressões ambientais e sociais a que são sujeitas, não conseguindo ultrapassá-las, comprometendo, assim, a eficácia dos esforços de prevenção.<sup>(17,21,25,29)</sup>

### 2.2.1. Abordagem multissetorial e/ou sistemática e sustentável

Para abarcar as mudanças ambientais necessárias é preciso uma abordagem multissetorial, de carácter voluntário, com junção de vários esforços e cooperação de diferentes setores, que originam parcerias, para uma ação multifacetada.<sup>(27,56,61)</sup> Estes parceiros podem provir de diferentes áreas sociais e políticas, garantindo mudanças abrangentes e culturalmente relevantes.<sup>(5,8,15,25,55)</sup> Esta abordagem multissetorial é recomendada pela OMS e pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), que afirmam ser o ideal para as mudanças ambientais e que a não envolvência e a resistência são barreiras a estas mudanças.<sup>(23,25,62)</sup>

As várias e diferentes parcerias, ajustadas ao contexto vivenciado, podem render benefícios aos diferentes setores envolvidos. Deve constar explícita e sucintamente a função de cada parceiro, os objetivos, os princípios, e a proteção dos interesses públicos, através da transparência e rigor, e a planificação de sanções por incumprimento ou fraco desempenho.<sup>(15,60,61)</sup> As parcerias público-privadas são, geralmente, controversias, principalmente quando se trata das indústrias alimentares, devido aos potenciais conflitos de interesse, o que suscita uma orientação a fim de equilibrar os interesses de cada setor.<sup>(15,61)</sup>

Os termos multissetorial e sistemático são muitas vezes referenciados quando se fala em prevenção, referindo-se à envolvência de atores chave do sistema político, comunitário, internacional, para atingir um objetivo comum. Dentro dos atores políticos, por exemplo,

temos os diferentes departamentos que compõem o governo, desde a saúde, a comunicação social, a educação, a indústria, o entretenimento e o lazer, o transporte, o planeamento urbano, etc. A ação destes atores sobre o ambiente e, posteriormente, sobre o indivíduo, funcionam como um sistema num todo, para atingir o equilíbrio.<sup>(36,59)</sup>

A sustentabilidade das mudanças e comportamentos, requer políticas e recomendações específicas, compreensivas e adequadas, considerando os modelos pré-existentes, assim como as parcerias multissetoriais, para mudanças positivas na comunidade, e que sejam perpétuas no tempo.<sup>(21,55,59)</sup>

O termo multijurisdicional também surge ocasionalmente, acomodando as políticas de vários setores, com magnitude populacional. Em relação às políticas alimentares, o principal objetivo é a melhoria da alimentação, pela alteração do mecanismo de oferta e de procura, com impacto eficaz.<sup>(9,59)</sup> As políticas devem ser implementadas, e desenhadas, para alcançar idades precoces, moldando as preferências do indivíduo, para que as escolhas saudáveis não sejam apenas as mais fáceis, mas também, as preferidas.<sup>(59)</sup>

As parcerias podem ser feitas entre parceiros públicos, privados e a sociedade civil, com atores diversos, como profissionais de saúde, a comunidade escolar, agricultores, a comunicação social, produtores e fornecedores, a própria União Europeia, entre outros.<sup>(27,60)</sup>

### 2.3. Intervenções preventivas da obesidade

Apesar de não existir uma fórmula única e simples para a prevenção da obesidade, a mudança das normas sociais, a educação pública e a criação de infraestruturas propícias, são consideradas os três pilares de sucesso. A identificação, para cada lugar, da intervenção específica e adequada, não é totalmente conhecida e carece de alguma investigação.<sup>(15)</sup> As ações de prevenção podem ser planeadas e passíveis de implementação, para um conjunto vasto de locais, mas são classificadas essencialmente em 3 níveis, de acordo com o tipo de parceiros e setores responsáveis pela intervenção.

#### 2.3.1. Ações de parceiros internacionais

A OMS surge como o principal parceiro internacional e crucial na prevenção da obesidade. A OMS disponibiliza apoio técnico, ferramentas e recursos aos países membros, assim como a criação de conjuntos de recomendações, no âmbito da prevenção, que devem ser adotadas e adaptadas pelos países membros, responsáveis pela liderança, monitorização, vigilância, celebração de parcerias nacionais, transparentes, definição de prioridades e a garantia da sustentabilidade das políticas e dos programas a implementar.<sup>(21)</sup>

Dentro dos parceiros internacionais existem ainda a *Food and Agriculture Organization* (FAO), o *United Nations Children's Fund* (UNICEF), o Programa de Desenvolvimento da União Europeia, o *United Nations World Food Programme* (WFP), e agências interinstitucionais como a *United Nations Standing Committee on Nutrition* (UNSCN) e o *Codex Alimentarius*.<sup>(5)</sup>

### 2.3.2. Ações de parceiros nacionais

O governo de um país desempenha o papel de parceiro nacional major. Responsável pela conexão com agências internacionais, e com agências regionais e locais da sociedade civil.<sup>(18,21)</sup> É, também, responsável pelo fornecimento de recursos adequados e sustentáveis, sejam financeiros, físicos ou humanos, para a pesquisa, implementação de programas de prevenção e para uma avaliação rigorosa da eficácia e custo-benefício, deve ainda garantir a sustentabilidade e a possibilidade de ampliação das intervenções e assumir a liderança, quando necessária e adequada.<sup>(15,58)</sup>

A atuação governamental na prevenção é dependente da ação dos diferentes setores governamentais, que dão o seu contributo para a construção das políticas nacionais e recomendações na prevenção da obesidade.<sup>(5,15)</sup> Estas políticas são uma alavanca para as grandes mudanças desejadas, sendo que apenas a sua imposição não é suficiente.<sup>(52)</sup> Dentro das políticas preventivas, podemos ter as regulativas e fiscais, as agrícolas, as de planeamento do território, de marketing e de oferta alimentar em estabelecimentos públicos, e a regulamentação para o incentivo ao aleitamento materno, por exemplo.<sup>(59)</sup>

É de destacar as políticas regulativas e fiscais que se centram na disponibilização de incentivos fiscais a produtores e retalhistas, para a produção e venda de produtos considerados

saudáveis, na aplicação de taxas representativas em produtos ricos em gordura, açúcar e sal, em simultâneo, a redução dos preços e/ou aumento da disponibilidade dos substitutos saudáveis. A Dinamarca, México e Hungria são exemplos de países onde a aplicação da taxa resultou na alteração das escolhas dos consumidores, no momento de compra. A expansão dos programas de distribuição de fruta e vegetais, gratuita, nas escolas, nos locais de trabalho e em outros, privilegiando a produção local, e com incentivos aos produtores; e projeção adequada de supermercados ou mercados em regiões de baixo estatuto socioeconómico, com uma margem de escolha de produtos saudáveis e preços acessíveis, são bons exemplos de medidas a ter em consideração. Estas medidas necessitam de um investimento inicial, que a longo prazo, será “devolvido”, pela redução dos custos provenientes dos cuidados de saúde.<sup>(3,9,15,23,52,58,59)</sup> Na opinião de alguns autores, as políticas fiscais são as mais abrangentes e menos dispendiosas de implementar.<sup>(15)</sup>

No planeamento do território, devem ser feitas reestruturações ao nível do território geográfico envolvente, através da criação de vias seguras para caminhadas e ciclismo, bem como parques e zonas de lazer. Políticas ou recomendações de marketing são fundamentais para a regulação das campanhas promocionais de produtos menos saudáveis, principalmente quando dirigido a crianças e adolescentes, pois estes, muitas das vezes, não são capazes de compreender a real intenção lucrativa do mercado.<sup>(9,15,23,24,63)</sup> Estas campanhas deveriam ser substituídas por mensagens promotoras de saúde.<sup>(3,6,55,58)</sup>

A nível industrial devem ser implementadas regulamentações e políticas específicas, como a reformulação de produtos e a inserção de rótulos nutricionais, segundo as recomendações do *Codex Alimentarius*.<sup>(23,55)</sup> Na restauração os produtos fornecidos devem ter a garantia de qualidade nutricional, de acordo com os padrões estabelecidos, os preços aplicados e as porções servidas devem ser reformuladas, no sentido de prevenir o excesso de ingestão alimentar.<sup>(23,52,55,58)</sup> As indústrias têm em mãos a oportunidade de iniciar um vasto conjunto de mudanças benéficas para os indivíduos, desde a inovação e criação de produtos mais saudáveis, passando pela segurança das embalagens e a própria publicidade; medidas iniciadas por algumas indústrias de vários países, mas que ainda carecem de uma mudança

eficaz de mentalidades, de expansão e aumento da aceitação por parte de indústrias reticentes.<sup>(55)</sup>

O governo não deve fugir da sua responsabilidade perante os seus cidadãos, deve sempre proteger os interesses e bem-estar destes. Logo, deve estimular e incentivar o consumidor a fazer as escolhas corretas, em termos da sua saúde, através da sensibilização e educação, com informação credível e correta, e da disponibilização dos meios, para a realização de escolhas adequadas e incitar os cidadãos a participar ativamente na projeção e implementação de políticas.<sup>(64)</sup>

### 2.3.3 Ações de parceiros regionais e/ou locais

A comunidade local é definida como um grupo de indivíduos que partilham a mesma localização geográfica e algumas características, desde a raça, a etnia, a idade, a ocupação a crenças.<sup>(64)</sup> Como tal, numa fase primordial, antes da aplicação de qualquer intervenção, devem ser estudadas as características culturais e sociais, os interesses em comum, a linguagem e o nível de literacia preponderante, aproveitando, ao máximo, os recursos comunitários existentes.<sup>(64,65)</sup> As ações comunitárias de prevenção da obesidade podem ser dirigidas a grupos diferentes e específicos, por exemplo, os religiosos, as escolas e creches, os locais de trabalho, os domicílios, os centros de dia e de convívio.<sup>(52,62,65)</sup>

As autoridades locais representam um papel idêntico ao governo, sendo responsáveis pela criação de parcerias locais e nacionais, adequadas e sustentáveis, fornecendo recursos e fundos necessários e específicos, na busca pela obtenção de resultados, identificando potenciais barreiras e como ultrapassá-las, garantindo a liderança e coordenação e sustentabilidade dos esforços, bem como a sua monitorização e avaliação.<sup>(55,56,65)</sup>

O planeamento do território local é uma área de intervenção neste âmbito, através da remodelação do território para criar uma vizinhança segura e tranquila, promovendo a prática de atividade física, disponibilizando as infraestruturas para tal, e de lazer, com acesso universal. A construção de mercados locais, a expansão dos programas nacionais de distribuição de frutas e hortícolas locais, a generalização de ações sobre o aleitamento materno

e a criação de hortas comunitárias, são iniciativas a promover, principalmente em zonas socioeconomicamente desfavorecidas.<sup>(3,6,15,55,58)</sup>

Outro foco de atuação são os mercados ou lojas de conveniência que, geralmente, representam a parcela do negócio alimentar em contacto direto com indivíduos de baixo estatuto socioeconómico, com elevado risco de desenvolver obesidade.<sup>(20)</sup> Em alguns países, encontramos ações mais específicas, como sessões estruturadas para as famílias e serviço domiciliar para a educação em saúde.<sup>(53)</sup>

Os serviços de cuidados de saúde primários representam o parceiro com papel crucial na prevenção, em contacto constante e direto com os indivíduos. Responsável pelo fornecimento de informação credível, e que em colaboração com as escolas e locais de trabalho representam uma das forças de trabalho, em saúde, de elevada importância.<sup>(15)</sup>

O departamento de saúde dos Estados Unidos da América publicou o “*Obesity: Workingwith local communities*” com vista a uma atuação comunitária na prevenção da obesidade eficaz, sustentável e universal. O CDC criou o manual “*Recommended Community Strategies and Measurement to Prevent Obesity in the US*” com 24 estratégias possíveis, elaboradas por especialistas, com base na sua extensão de alcance, reprodutibilidade, eficácia e sustentabilidade.<sup>(64)</sup>

#### 2.3.3.1 A escola, um dos parceiros locais

O facto das crianças passarem grande parte do seu dia na escola, torna-a o local ideal para a criação de uma plataforma de educação e promoção de comportamentos saudáveis.<sup>(25,52,55,66)</sup> É o alvo ideal para condicionar a tendência atual da patologia nestas idades, modificando o ambiente alimentar e de atividade física, para a aquisição de hábitos que possam perdurar no tempo.<sup>(67)</sup>

É extremamente complicado para as crianças resistir às pressões sociais a que estão constantemente sujeitas, no ambiente hostil que as envolve.<sup>(68)</sup> Na maioria das intervenções preventivas na escola são trabalhadas duas vertentes, a educação para a saúde e, em simultâneo, a melhoria do ambiente envolvente.<sup>(6,55)</sup> No caso da educação alimentar, baseia-se essencialmente na reformulação ou implementação das recomendações e orientações

nutricionais, a revisão do curriculum escolar, sessões nas salas de aulas, a formação dos professores e outros elementos da comunidade escolar, a programação de aulas extracurriculares com atividades relacionadas com a temática e insistir na qualidade das aulas de educação física estimulando a sua participação. Na vertente ambiental as modificações a considerar são várias, como a disponibilização de espaços para a prática de atividade física adequada, a implementação de regulamentação para o marketing dos produtos alimentares oferecidos no seu interior, seja na cantina, nos bufetes, nos bares ou nas máquinas de venda automática e da qualidade da oferta alimentar disponibilizada. Além destas duas vertentes, é, também, importante a envolvimento ativo dos pais neste processo, e de todos os sectores direta e/ou indiretamente relacionados com a escola. A consistência dos estudos é limitada, todavia é possível afirmar que quando bem implementadas e com garantia de sustentabilidade, medidas como estas podem ter sucesso nos resultados desejados.<sup>(6,8,9,17,19,31,52)</sup>

Existem algumas medidas que dependem das parcerias e recomendações nacionais, como os esquemas de distribuição gratuita de fruta e hortícolas, e o estabelecimento de padrões, restringindo ou limitando a oferta de determinados produtos, como o caso da Eslovénia que, proibiu as máquinas de venda automática nas escolas. Em Portugal, o Ministério da Educação e Ciência publicou, em 2012, um conjunto de normas a adotar em escolas, com o título de “Bufetes Escolares Orientações”. Este serve como um guia para o funcionamento e organização dos bufetes escolares, bem como as especificidades a cumprir em relação à oferta de produtos alimentares, nos bufetes e máquinas de venda automática.<sup>(69)</sup>

Na Região Autónoma da Madeira, a Direção Regional de Educação da Madeira implementou, em 2001/2002, o projeto “Rede de Bufetes Escolares Saudáveis, dirigidos às escolas básicas de 2.º e 3.º Ciclo e Secundária, que pretende promover hábitos alimentares saudáveis através do aumento da disponibilidade de alimentos nutricionalmente equilibrados nos bufetes escolares.<sup>(70)</sup>

O CDC possui um quadro de orientações onde salienta o “espectro de oportunidades” para intervenção preventiva da obesidade nas escolas.<sup>(67,68)</sup> A OMS sugere que as intervenções de âmbito escolar para a prevenção da patologia, possuem uma forte e positiva evidência, segundo o que consta no relatório *Population-based Approaches to Childhood Obesity*.<sup>(17,21)</sup>



### 2.3.3.2. A família como parceiro local

O ambiente domiciliar influencia os comportamentos individuais, interagindo com as forças exteriores, vantajosas e/ou desvantajosas, que originam contradições e conflitos nas concepções pré-existentes dos hábitos e valores individuais.<sup>(31)</sup> Principalmente em crianças e adolescentes o ambiente existente terá um impacto profundo na instalação da patologia.<sup>(17,29)</sup>

Das ações preventivas domiciliares podemos considerar a realização de refeições em casa e em família, a criação de rotinas diárias, a limitação do tempo ocupado a ver televisão, no computador, ou em outras tarefas sedentárias, a educação e sensibilização alimentar aos pais e crianças, promovendo a mudança de hábitos alimentares e estimulando a prática de atividade física.<sup>(19,29,31,52,54)</sup> No que toca à obesidade infantil os pais são considerados os agentes chave na mudança, que cooperam para o sucesso das ações contribuindo para a criação de ambientes saudáveis em idades precoces, desde a promoção do aleitamento materno, passando pela criação de regras domiciliares, e sendo também o modelo a seguir pelas crianças, adotando hábitos alimentares saudáveis.<sup>(29,31,58)</sup>

### 2.3.3.3. O local de trabalho, como parceiro local

O local de trabalho é o espaço onde os adultos passam grande parte do seu dia-a-dia, abrangendo um vasto número de indivíduos, com características diferentes em termos sociais, económicos, culturas e físicos, daí a importância de atuar no ambiente existente para condicionar os potenciais determinantes da patologia.<sup>(15,35,54)</sup>

A atuação neste local é possível com o auxílio de medidas multidisciplinares que visam a educação e aconselhamento alimentar e nutricional e a alteração ambiental. São exemplo disso, a disponibilização de informação sensibilizadora sobre alimentação saudável, pela colocação de rótulos, pósteres, panfletos e mensagens específicas, a reformulação dos produtos fornecidos em cantinas, máquinas de venda automática, a adesão aos programas de esquemas de fornecimento gratuito de fruta e hortícolas, a criação de grupos de atividade física, com prescrição de vários exercícios a realizar no trabalho, parcerias com ginásios locais disponibilizando promoções ou preços especiais para os trabalhadores e as próprias instalações promotoras da atividade física, através da construção e utilização de escadas e percursos

pedestres. As evidências de eficácia são limitadas, porém alguns consideram-nas como custo-benéficas e sustentáveis.<sup>(9,27,35,54)</sup>

O *WHO's Global Plan o Action on Workers' Health 2008-2017*, estabelece orientações a implementar, para prevenção de doenças crônicas, através da alimentação saudável e atividade física, no local de trabalho.<sup>(71)</sup> O programa FOOD (*Fighting Obesity Through Offer an Demand*) criado por uma parceria público-privada, em 2009, visa o estabelecimento de medidas simples e custo-eficazes com o objetivo de aquisição de estilos de vida saudáveis por trabalhadores, promovendo a oferta e a procura de uma alimentação equilibrada. Atualmente tem aplicação em 8 países europeus, Bélgica, Eslováquia, Espanha, França, Itália, Portugal, República Checa e Suécia.<sup>(72)</sup> Este programa foi integrado pela Edenred Portugal que criou, em parceria com a Direção-Geral da Saúde o manual “Alimentação Inteligente – coma melhor, poupe mais”. Também integrado neste programa, foram elaboradas recomendações para os restaurantes e empregados para uma oferta e escolha informada nos países aderentes.<sup>(73)</sup>

Nos EUA, o *Healthy People 2020* e o *Surgeon General's Call for Action*, sugerem um conjunto de iniciativas a desenvolver no local de trabalho, apesar dos resultados modestos, são exemplos de iniciativas que abrem o horizonte para a atuação no sentido de prevenir a obesidade, nos mais variados locais comunitários, com possíveis retornos financeiros, devido à redução dos custos associados a cuidados de saúde.<sup>(54)</sup>

Estas intervenções de carácter local, também denominadas por “micro”, podem atingir proporções major, incentivando a criação ou reformulação de políticas nacionais.<sup>(27,55)</sup>

#### 2.3.4. Monitorização e avaliação

As etapas de monitorização, vigilância e avaliação são imprescindíveis em qualquer processo de implementação de estratégias e projetos nacionais, principalmente, quando se trata de abordagens populacionais.<sup>(9,43,57)</sup> A sua inclusão requer a utilização de processos padrão, para uma recolha de dados adequada e para a implementação de um conjunto mínimo de indicadores mensuráveis e válidos.<sup>(45)</sup>

Ambas são importantes porque permitem informar o progresso dos esforços e os efeitos obtidos em função dos objetivos e metas propostas, e se estes são fiáveis e possíveis de alcançar, e quando necessário a sua reformulação, e a sustentabilidade a longo prazo dos mesmos.<sup>(9,7,21)</sup> A avaliação de um projeto consiste na recolha constante de informação, através da aplicação de indicadores padrão, nomeadamente, de estrutura, de processo e de resultados, em função da etapa do projeto a avaliar. É uma etapa motivadora para os responsáveis e fortalece a continuidade dos apoios e esforços realizados.<sup>(57)</sup>

O incumprimento ou inexistência destas etapas conduzirá, provavelmente, ao insucesso das intervenções. A dificuldade em incluir os indicadores de medição apropriados desencoraja a implementação de qualquer medida.<sup>(21,55)</sup> O estudo de *Cochrane* afirma que a ausência da monitorização, numa fase inicial, dificulta a avaliação geral da intervenção, e assim a sua eficácia na população em causa.<sup>(27)</sup> De salientar também a exclusão de resultados negativos em publicações, o que dificulta a avaliação geral e comparação de efeitos.<sup>(7)</sup>

#### 2.4. Base de evidências de eficácia

A etapa de priorização dos objetivos dos projetos é seguida pela seleção das intervenções a aplicar, segundo aquelas com um amplo alcance, evidência de eficácia, custo-eficácia e efetividade.<sup>(17,18)</sup> A eficácia de uma intervenção tem em conta a sua amplitude, o planeamento sistemático, a integração, a multidisciplinariedade, a compreensão e a sua sustentabilidade.<sup>(27)</sup> O facto das evidências de eficácia não serem robustas e inegáveis, na área da prevenção da obesidade, irá condicionar a implementação de políticas.<sup>(36)</sup>

A eficácia neste tipo de intervenções não depende apenas de uma única solução, são necessárias intervenções complementares, que estejam em concordância com o contexto cultural, socioeconómico e político da realidade existente e sejam auxiliadas pelas estruturas políticas e comunitárias.<sup>(20,30,31,51)</sup>

Não existe um consenso quanto às intervenções mais eficazes, pensa-se que o caminho correto para obtenção de resultados positivos esteja na promoção de uma alimentação saudável e da prática de atividade física.<sup>(5,9,65)</sup> O problema é recente, a sua etiologia complexa, a exigência de mudanças sociais e culturais são complexas e difíceis, a necessidade de

respostas a curto prazo e a dificuldade em reverter o IMC, torna difícil o estabelecimento de intervenções específicas com eficácia comprovada e infalível.<sup>(15,17,20)</sup>

A ausência de bases de evidência robustas e fiáveis de eficácia, dificulta a implementação das políticas, pois desconhece-se quais as melhores estratégias para a obtenção dos resultados desejados.<sup>(21,27)</sup> O que tem levado alguns investigadores a tentar desenvolver e construir uma base de evidências sólida.<sup>(5,45)</sup>

No entanto, podemos encontrar alguns estudos e revisões feitas que classificam intervenções, com maior ou menor eficácia, muitas delas até contraditórias, como é o caso de intervenções de âmbito nacional, consideradas por alguns como as mais eficazes e menos dispendiosas, enquanto outros consideram as intervenções individuais, comunitárias e locais, as preferíveis em termos de eficácia. A OMS considera as ações nas escolas, com alguma eficácia e custo-eficácia comprovada, mas que necessitam de apoio de outras intervenções.<sup>(15,27,36,61)</sup> As intervenções no período pré-natal até à infância são considerados pela maioria como apelativas em benefícios para a saúde a longo prazo.<sup>(18)</sup>

As intervenções domiciliárias têm evidências pobres de eficácia, pois não há estudos estruturados e exigem intervenções dispendiosas, em comparação com as intervenções escolares. Os locais de trabalho e o uso de tecnologias, como meio de atuação, surgem como as menos favoráveis em termos de resultados.<sup>(6,7,27)</sup>

Em relação às medidas fiscais, não obstante poderem influenciar no momento de aquisição de produtos, os subsídios como forma de reduzir a ingestão de determinados alimentos, apresentam fracas evidências de eficácia, assim como as taxas, que estão dependentes do tipo de taxa aplicada, da disponibilidade e acessibilidade de substitutos saudáveis, e na rotulagem a evidência de eficácia é complexa, pois depende de fatores subjetivos como a capacidade de interpretação e do estatuto social dos indivíduos.<sup>(58,74)</sup> O dilema destas medidas está na contínua exposição de produtos menos saudáveis que entram em choque com o desejo e a motivação de fazer escolhas mais saudáveis.<sup>(59)</sup>

Outra dificuldade na obtenção de evidências de eficácia permanece na ausência de uma medida padrão para avaliar a eficácia dos programas. Muitos investigadores recorrem ao

IMC, ou às curvas de crescimento, apesar das desvantagens já enumeradas. Há também outras opções, com algumas contestações, como o uso medidas de avaliação do ambiente físico domiciliar, e/ou avaliações de âmbito psicossocial, a história alimentar individual e a prática de atividade física. Numa perspectiva mais nacional e regional podem, também, ser usadas medidas de âmbito geográfico para avaliar a disponibilidade de recursos e de infraestruturas.<sup>(6)</sup> Outro aspeto considerado na avaliação da eficácia é o tempo de duração das intervenções, onde intervenções de longa-duração são as mais desejadas, pois permitem uma melhor assimilação da informação para escolhas informadas e para as modificações ambientais desejadas.<sup>(15,29,51)</sup>

Em relação à custo-eficácia, as intervenções de âmbito comunitário, sejam em escolas, em locais de trabalho, ou campanhas de sensibilização locais, quando disponibilizado o devido tempo para o retorno do investimento, são consideradas as mais custo-eficazes, segundo os modelos económicos e com apoio das políticas governamentais.<sup>(7,15,20,21,64)</sup> A avaliação inicial da custo-eficácia, no processo de planeamento, é crucial para a tomada racional de decisões.<sup>(27)</sup>

Numa alternativa à limitação de evidências recorre-se a peritos, entendidos no assunto.<sup>(21,27)</sup>

Resumindo, segundo a *Internacional Association for the Study of Obesity* (IASO) as intervenções com possibilidade de eficácia e custo-benefício, são as que englobem abordagens populacionais, de amplo alcance, multidisciplinares, compreensíveis, sustentáveis e em complementaridade com ações individuais, comunitárias e ambientais.<sup>(36)</sup>

## 2.5. Planos e programas de prevenção da obesidade

### 2.5.1. De âmbito internacional

Desde a II Guerra Mundial que a FAO e a OMS tem vindo a formular políticas de alimentação e nutrição. Até à década de 70 a prioridade estava na aplicação destas políticas em países em desenvolvimento, para garantir uma suficiente disponibilidade alimentar.<sup>(75)</sup> Da primeira Conferência Mundial da Alimentação (Roma, 1974), promovida pelas Nações Unidas, com a V Resolução, é sugerido a todos os países membros a implementação de

políticas nacionais de alimentação e nutrição para a melhoria do estado nutricional da população, prevenindo determinadas patologias.<sup>(75)</sup>

Em 1990 a Primeira Conferência sobre Políticas de Alimentação e Nutrição, organizada pela OMS, com a colaboração da FAO, dá início a uma ação mais efetiva para incentivar os vários países a implementar políticas de alimentação e nutrição, compatíveis com a saúde e não apenas com a agricultura. Em 1991 é lançada a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, pela Comunidade Europeia, como forma de incluir a educação para a saúde nas atividades de saúde escolar. Mais tarde, em 2000, é desenvolvido o Primeiro Plano de Ação para as políticas alimentares e nutricionais (*WHO European Region 2000-2005*), que expressa a necessidade de criação de políticas de alimentação e nutrição voltadas para a promoção da saúde, tendo como um dos objetivos a redução de doenças relacionadas com a alimentação, por meio de ações intersectoriais.<sup>(75)</sup>

É a partir do meio da década de 2000 que as questões relacionadas com a obesidade começam a ser uma prioridade.<sup>(75)</sup>

Em 2004 a OMS criou o *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, que, com a colaboração de parceiros internacionais, governos, setor privado, sociedade civil, e pela adoção de ações, universais, de âmbito global, regional e local, pretende promover uma alimentação e atividade física saudáveis. Foi, também, o primeiro guia político a propor ações de âmbito social para a redução de doenças não transmissíveis.<sup>(15,23,32,43)</sup> Posteriormente, em 2008, é criado um quadro jurídico, com diretrizes para a monitorização e avaliação das ações propostas anteriormente para os Estados Membros, reforçando o papel de liderança e colaboração de cada governo.<sup>(75)</sup>

A Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade, em 2006, criada pela OMS, como resposta ao aumento preocupante de casos de obesidade, pretende reduzir ou suspender a epidemia, na Europa, até 2015, principalmente em crianças.<sup>(77)</sup> O fórum técnico da OMS, publicou o *Population-based Prevention Strategies for Childhood Obesity*, com descrição de um conjunto de intervenções prioritárias na área.<sup>(21)</sup> Em simultâneo, a OMS publicou ainda outras recomendações, como *A set of Recommendations on the Marketing of foods and non-*

*alcoholic beverages to children*, e o *Comprehensive implementation Plan on Maternal, Infant and young child nutrition*.<sup>(9,23,36)</sup>

Recentemente, no *Global Actions Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, 2013-2020*, a OMS define 9 metas globais prioritárias e voluntárias, sendo uma delas a suspensão do crescimento de casos de diabetes e de obesidade.<sup>(15,23,60)</sup> Realça a flexibilidade na adaptação das ações e a abordagem de saúde em todas as políticas como a preferível e a recomendada, aproveitando os recursos existentes.<sup>(15,60)</sup> Também como reforço da saúde em todas as políticas, o mais recente Plano de Ação em Alimentação e Nutrição na Europa, pela OMS, de 2015, que recomenda o fortalecimento dos sistemas de saúde, a promoção de ambientes alimentares saudáveis e a importância da monitorização, da vigilância e da investigação constantes.<sup>(14)</sup>

Além destes planos, existem outros projetos relevantes na área. O EPHE (*EPODE for the Promotion of Health Equity*) que visa a modificações no ambiente comunitário, promovendo os comportamentos saudáveis, em crianças dos 6 aos 12 anos.<sup>(15,76)</sup> São realizadas várias parcerias, nacionais, locais e privadas, sendo considerado um programa comunitário de referência internacional.<sup>(76,78)</sup> A *European Community Consumer Co-operatives* (Euro Coop) um dos fundadores do primeiro plano de alimentação da OMS, elabora, também, relatórios com as diversas iniciativas levadas a cabo por instituições nacionais, da região europeia, englobando 4 vertentes de atuação, campanhas de sensibilização, rotulagem, reformulação de produtos e a atividade física.<sup>(79)</sup>

Existem projetos que pretendem, indiretamente e a longo-prazo, elaborar uma base de evidências de intervenções com eficácia, é o caso do *Spotlight*, que foca os mais diversos determinantes da obesidade, as intervenções e projetos já realizados e como potencializar a obtenção de resultados.<sup>(59,80,81)</sup> Na mesma perspetiva, na Inglaterra, o projeto *Tackling Obesities*, realiza um mapeamento das ações preventivas possíveis e concretizadas, considerando todos os fatores psicológicos, comportamentais e sociais associados à obesidade.<sup>(15)</sup> O *INFORMAS*, de carácter internacional, pretende apoiar as ações, na sua monitorização e na investigação da temática alimentação e obesidade.<sup>(82)</sup> E o *DAPHNE*, mais associado à recolha, análise e avaliação de dados relativos à prática de atividade física.<sup>(83,84)</sup>

### 2.5.2. De âmbito Nacional

As primeiras orientações no panorama político de Portugal surgem em 2005, com o Plano Nacional de Combate à Obesidade como seção integrante do Plano Nacional e Saúde (PNS), de 2004 a 2010.<sup>(16)</sup> A Plataforma Contra a Obesidade surge, em 2007, pela urgente necessidade de criar e conjugar um movimento estratégico e político de combate à patologia e, também, pelo aumento preocupante da prevalência e incidência, e mortalidade e morbidade associadas à obesidade. Pretende divulgar e estabelecer ações nutricionais nacionais e de atividade física nas escolas, regular as práticas de marketing e melhorar a qualidade dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento da patologia.<sup>(16,79)</sup>

O PNS de 2012-2016 não expõe como prioridade a redução da obesidade, sugere, entretanto, a sua inclusão nos Planos Regionais de Saúde (PRS).<sup>(44)</sup> Descreve alguns programas interventivos importantes, como a Plataforma Contra a Obesidade, os programas de Saúde Escolar (SE) e os projetos de Cidades Saudáveis e Escolas Promotoras de Saúde.<sup>(85)</sup> Também, em vigor, encontramos o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), coordenado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), segundo o despacho n.º404/2012, com o objetivo de melhorar o estado nutricional da população nacional e, claro, a prevenção da obesidade.<sup>(16,86)</sup>

Existem outros projetos de conhecimento nacional de intervenção comunitária, como o Mun-Si, que pretende promover a saúde infantil através da colaboração dos municípios locais.<sup>(57)</sup> A Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI), voluntária e sem fins lucrativos, que pretende prevenir a obesidade infantil e consequências associadas, criando o primeiro “Centro de Prevenção da Obesidade Infantil” em Portugal, sensibilizando e auxiliando crianças e famílias.<sup>(87)</sup> A OMS disponibiliza um relatório com os programas operados em Portugal, em termos de nutrição, atividade física e obesidade, o último datado de 2013, onde é possível constar a existência de programas para redução do sal, um esquema nacional de distribuição de fruta pelas escolas e um código auto regulatório dirigido à comunicação social, com regras relativas ao marketing dirigido às crianças. E ainda, em termos de atividade física, a inclusão escolar da disciplina de educação física e o *Health-Enhancing Physical Activity* (HEPA), para promoção da atividade física.<sup>(37)</sup>



### 2.5.3. A prevenção da Obesidade nos Açores

Em 2006, pelo despacho nº 850/2006, é criado o Programa Regional da Prevenção e Controlo da Diabetes e de Luta Contra a Obesidade, que concebeu várias e constantes estratégias alimentares e nutricionais a aplicar na região. O aumento preocupante da prevalência da obesidade nos Açores levou à necessidade urgente de tomada de ação, com a criação, através da Resolução do Conselho do Governo nº 37/2009, o Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil na RAA, onde em cada centro de saúde e unidades de saúde de ilha deveria constar um licenciado na área de nutrição. Esta resolução transitória foi substituída pela Resolução do Conselho do Governo nº 61/2012 de 21 de maio. Ao abrigo desta resolução o Sistema Regional de Saúde atual conta com 27 nutricionistas/dietistas, contratados pelas várias Unidades de Saúde, Centros de Saúde e Hospitais da RAA.<sup>(9,20,63,87,88,89,90,91)</sup>

O Plano Regional de Saúde de 2014 a 2016, é dividido em 4 estratégias prioritárias, a promoção de estilos de vida saudável, o combate às doenças crónicas, o combate às doenças cérebro-cardiovasculares e o combate às doenças oncológicas. Estas são subdivididas em 8 áreas de intervenção específicas. Após uma análise e reflexão do plano é possível verificar que a área da alimentação e nutrição é transversal e complementar a todas as áreas de intervenção, desde a prevenção e controlo da *Diabetes Mellitus*, à intervenção na obesidade e hipertensão, à promoção da saúde escolar, à saúde infantojuvenil, por exemplo. Realça a importância das parcerias entre os serviços de saúde e a escola e a intervenção sobre os determinantes, em particular, a alimentação incorreta, através da prevenção primária, com ações multissetoriais, compreensivas, diversificadas e sustentáveis. Como trunfos para a mudança de comportamentos alimentares, realça a educação e sensibilização, bem como a reformulação da disponibilidade alimentar.<sup>(38)</sup>

### 2.6. Dificuldades na prevenção da obesidade

Dos estudos mais recentes da OMS, de 2015, nenhum país relatou a suspensão de novos casos de obesidade, como recomendado, ou a redução da taxa de prevalência. A vertente ambiental obesogénica ainda é muito prevalente nos países, e desvalorizada como

causa da patologia.<sup>(61,90)</sup> Não obstante as intervenções com sucesso, o insucesso geral pode ser, também, explicado pela exclusão de grupos econômica e socialmente desfavorecidos.<sup>(7)</sup>

Outra explicação para o insucesso é a ausência de sustentabilidade a longo prazo, das ações, que deve ser contemplada inicialmente na fase de planejamento. Esta insustentabilidade a longo prazo dos programas reduz ou inviabiliza os resultados previstos inicialmente.<sup>(27)</sup>

Os custos de implementação são também uma barreira à implementação de determinadas medidas, assim como os custos com recursos na aquisição de novos instrumentos ou de infraestruturas.<sup>(66)</sup> E quando, em simultâneo, existem interesses corporativos e a complexidade do setor alimentar, podem desmotivar os investigadores.<sup>(15)</sup> Por exemplo, para alguns vendedores a principal fonte de lucro são produtos nutricionalmente pobres, logo demonstram uma maior relutância em mudar a oferta, pois temem a perda de lucros e um maior desperdício.<sup>(52,66)</sup>

Quando se trata de ações de prevenção através de modificações sociais e culturais, nomeadamente nos grupos socioeconómicos desfavorecidos, é muito difícil a sua concretização e as barreiras são praticamente impossíveis de ultrapassar. Caso disso é a irradicação da pobreza e a não participação dos interessados neste tipo de ações.<sup>(51,52)</sup>

A ausência de medidas padrão para estimar, comparar e avaliar a eficácia e extensão da mudança ambiental provocada, a iliteracia e desconhecimento dos potenciais benefícios das medidas preventivas, a longo prazo, na economia e na saúde, desencoraja e desmotiva a implementação, ou manutenção das ações de prevenção a longo prazo.<sup>(20,66)</sup> A complexidade da etiologia da patologia, que complica a identificação específica dos comportamentos alvo de mudança, a inadaptação ao contexto local e o falso conceito de que o tratamento da obesidade apenas requer uma simples solução, são outro tipo de constrangimentos à implementação. Muitas vezes são apresentadas dicotomias simples para combater a obesidade, o que comprova a desvalorização da temática.<sup>(61,90)</sup>

Resumindo, a prevenção da obesidade, assim como a sua etiologia e entendimento, são complexos e difíceis, daí ser recomendado pelo CDC e o *Institute of Medicine*, a contínua e constante investigação, a avaliação das intervenções, dos esforços e dos resultados obtidos,

dos comportamentos alvo de modificação e da influência ambiental nestes.<sup>(6)</sup> Apesar das limitações e das poucas evidências, a acomodação e não atuação nem devem ser ponderadas, há que persistir, motivar e estimular, promovendo ambientes promotores dos comportamentos desejados, obtendo o auxílio de parceiros internacionais, nacionais e locais, de forma sustentável e custo-benéfica.<sup>(21,36)</sup>

## **B- Objetivos**

### **1. Objetivo geral**

Proceder ao mapeamento das ações comunitárias no âmbito da prevenção e combate à obesidade, na RAA, nos últimos 10 anos, ou seja entre 2004 e 2014.

### **2. Objetivos específicos**

- Identificar os esforços realizados pelas comunidades e suas instituições regionais;
- Dar a conhecer o trabalho realizado nesta área pelos profissionais de saúde;
- Analisar criticamente a situação de prevenção da obesidade na região;
- Propor recomendações e/ou sugestões adaptadas à realidade encontrada.

## **C- População e Métodos**

### **1. Pesquisa Bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica foi realizada em duas bases de dados - a *PubMedCentral*<sup>®</sup> (PMC) e a *ScienceDirect*<sup>®</sup> Elsevier date base- com a utilização das seguintes palavras chave: "prevention", "obesity", "actions", de forma isolada, ou em junção com "projects" e "community".

Na *PubMed Central*<sup>®</sup> foram utilizados como filtros para a pesquisa, dados apenas dos últimos 10 anos, ou seja entre 2004 e 2014, em artigos de pesquisa e revisão e de acesso integral, ficando, no final, 1148 artigos. Na *ScienceDirect*<sup>®</sup> com as mesmas palavras-chave, e com filtro para os últimos 10 anos, entre 2004 e 2014, artigos disponíveis na íntegra, obtiveram-se 367 artigos. De uma primeira análise, foi possível verificar que muitos destes

artigos eram repetidos e/ou sem conexão com o tema, acabando por serem excluídos. Após uma leitura e análise profunda e crítica, restaram 81 artigos.

A escolha destes artigos finais, foi baseada na relevância e contributo para o tema da dissertação, e devido à constante atualização das temáticas relacionadas e de novos progressos, houve a necessidade de alargar o número de referências bibliográficas a incluir, procedendo-se também à pesquisa em bola de neve usando algumas das referências encontradas nos artigos selecionados.

Para enriquecer a dissertação e, dada a sua relevância para o tema e fiabilidade das fontes, foram também usadas as páginas de internet e a documentação encontrada em organizações e entidades oficiais. A nível internacional a WHO, o CDC, a UE, a IASO, o EPHE, o *Eatright*; a nível nacional a DGS, o PNPAS, a Plataforma contra a Obesidade, a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; a nível regional o Governo Regional dos Açores e o Serviço Regional de Estatística dos Açores.

## 2. Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo e transversal.

## 3. Local do estudo

O estudo foi realizado na Região Autónoma dos Açores (RAA). O arquipélago é constituído por 9 ilhas que se dividem em 3 grupos geográficos distintos: Grupo Ocidental (Flores e Corvo), Grupo Central (Faial, Graciosa, Pico, São Jorge e Terceira) e Grupo Oriental (São Miguel e Santa Maria).<sup>(92)</sup>

No fim de 2013, a RAA apresentava, no total, 247 440 indivíduos como população residente. São Miguel apresenta o maior número de população residente, com 138 638 indivíduos. A faixa etária predominante era entre os 25 e os 64 anos.<sup>(93)</sup> A informação detalhada sobre cada ilha pode ser consultada no **Anexo 1**.

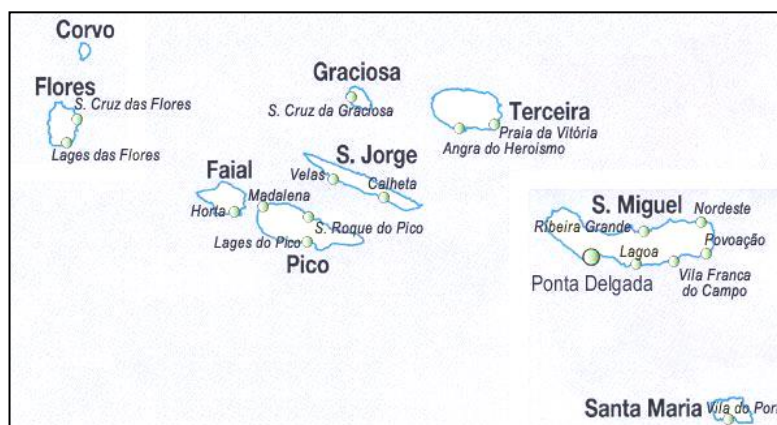
## 4. População e amostra

A população em estudo era constituída por instituições públicas e responsáveis, dentro do seu espectro de ação, pela promoção da saúde e bem-estar dos cidadãos. Foram incluídas instituições públicas, que segundo a Constituição da República Portuguesa que dita

os direitos e deveres dos cidadãos, devem garantir a saúde e bem-estar dos cidadãos fornecendo os meios para tal.<sup>(94)</sup> Assim foram considerados como amostra do estudo, todos os Centros de Saúde (CS) locais, n=17, todas Câmaras Municipais (CM), n=19, e a Secretaria Regional da Educação e Cultura (SREC), com sede na cidade de Angra do Heroísmo, na qual se engloba a Direção Regional da Educação (DRE), que rege todas as escolas e níveis de ensino, incluindo o profissional, da região.

A proteção e promoção da saúde e prevenção da doença devem ser asseguradas por parcerias do governo e sociedade civil, segundo a Carta de Bangkok e a lei de Bases da Saúde. Na RAA os parceiros de nível regional e local são representados pelas CM e os CS como parceiros locais, confinados a servir determinadas comunidades, e a SREC um parceiro de nível regional, pois engloba todas as escolas da RAA.<sup>(27,60, 95,96)</sup>

Com uma área de 2 321,96 Km<sup>2</sup>, a região, a nível administrativo, subdivide-se em 19 municípios (**Imagem 1**) e 156 freguesias. Estes 19 municípios, incluindo o Corvo, que devido às suas dimensões é equiparado a um município, foram incluídos no estudo.<sup>(93)</sup>



Fonte: [http://www.mapas-portugal.com/Mapa\\_Regiao\\_Autonomia\\_Acores\\_Portugal.ht](http://www.mapas-portugal.com/Mapa_Regiao_Autonomia_Acores_Portugal.ht). Acesso em 3 abril 2016

**Imagem 1** – Os 19 municípios da RAA

A nível da saúde, e segundo os dados de 2014, havia no total 17 CS e 98 extensões. A **Tabela 1** apresenta a divisão destes centros de saúde por ilha. Os centros de saúde integram as Unidades de Saúde de Ilha (USI), da respetiva ilha, havendo 9 destas.<sup>(93)</sup>

<b>Ilha</b>	<b>Unidade de Saúde de Ilha</b>	<b>Número de Centros de Saúde</b>	<b>Denominação</b>
<b>Corvo</b>	USI Corvo	1	CS do Corvo
<b>Flores</b>	USI Flores	1	CS de Santa Cruz das Flores
<b>Faial</b>	USI Faial	1	CS da Horta
<b>Graciosa</b>	USI Graciosa	1	CS de Santa Cruz da Graciosa
<b>Pico</b>	USI Pico	3	CS das Lajes do Pico CS de São Roque CS da Madalena
<b>São Jorge</b>	USI São Jorge	2	CS das Velas CS da Calheta
<b>Terceira</b>	USI Terceira	2	CS de Angra do Heroísmo CS da Praia da Vitória
<b>São Miguel</b>	USI São Miguel	5	CS Ponta Delgada CS Ribeira Grande CS Vila Franca do Campo CS Povoação CS Nordeste
<b>Santa Maria</b>	USI Santa Maria	1	CS de Vila do Porto
<b>Total</b>		<b>17</b>	

**Tabela 1** – Unidades de Saúde de Ilha e respetivos Centros de Saúde da RAA em 2014

Também as USI são constituídas por Unidades Funcionais dos CS, existindo 10 Unidades de Saúde Familiar, 3 unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 4 Unidades de Cuidados na Comunidade, 8 Unidades de Saúde Pública e 3 unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.<sup>(93)</sup>

Na RAA existem duas Redes de Educação e Ensino, a pública e a privada. No total estas duas redes incluíam 40 Unidades Orgânicas, 17 Escolas Básicas Integradas (EBI), 8 Escolas Secundárias (ES), 13 Escolas Básicas e Secundárias (EBS), 1 Escola de Ensino Profissional e 1 Conservatório Regional, dados de novembro de 2014. No Pré-escolar estavam inscritas 5 095 crianças, no 1.º ciclo 11 077 alunos, no 2.º ciclo 5 932 alunos, no 3.º ciclo 8 272 alunos e no secundário 5 459 alunos, relativamente ao ano letivo de 2014/2015.<sup>(97)</sup>

## 5. Recolha de informação

A recolha de informação foi realizada a partir de um questionário desenvolvido especificamente para os objetivos do estudo (**Anexo 2**). Constituído por 12 questões de resposta aberta, referentes aos projetos e/ou ações desenvolvidas, nos últimos 10 anos (2004-2014). Numa primeira parte, constituída por quatro questões, que permitiam uma caracterização generalizada das ações comunitárias, como o nome, a duração, e o(s) responsável(is) pela intervenção e o número de profissionais envolvidos. As restantes questões, interligadas, fornecem informações para uma caracterização mais específica, através dos objetivos, da população alvo, do financiamento e parcerias, da metodologia aplicada, dos resultados obtidos, do tipo de avaliação promovida, dos processos de monitorização aplicados e da sustentabilidade das intervenções. O desenho e determinação das questões foram baseados na informação obtida na formação letiva, em particular na unidade curricular Administração e Gestão em Saúde Pública, onde foram descritos e debatidos em pormenor os procedimentos para a concretização de programas e projetos no âmbito da saúde.<sup>(98,99)</sup>

O questionário foi enviado por e-mail para a Secretária Regional da Saúde (SRS), para as 19 autarquias regionais e para a Secretária Regional da Educação e Cultura (SREC). O envio dos mesmos iniciou-se a 2 de fevereiro de 2015.

Na sequência da receção de um e-mail da SRS a sugerir que o questionário fosse enviado a todos os centros de saúde da região, a 9 de março de 2015 foram enviados 17 questionários, dirigidos aos respetivos presidentes de USI's.

Resumindo foram enviados, no total, por e-mail 37 questionários, sendo 19 para as CM, 17 para os CS e 1 para a SREC.

A inexistência de respostas por parte dos CS levou à necessidade de contactar diretamente os mesmos para entender os motivos para tal. Do contacto telefónico foi possível constatar que a maioria dos questionários enviados foram, posteriormente, reencaminhados para os profissionais de nutrição e dietética afetos à instituição. Desse contacto inicial foi, também, possível entrar em contacto com os nutricionistas dos Centros de Saúde da Ribeira Grande, do Nordeste, da Praia da Vitória, de Angra do Heroísmo e da Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge para esclarecimento de dúvidas. De realçar a análise crítica feita por um dos

colegas que sugeriu, que para a obtenção da informação desejada se deveriam consultar os Relatórios de Atividades das USI para o período de tempo em estudo.

O pedido para consulta dos respetivos relatórios foi feito a 1 de junho de 2015, à SRS, autorizado pela Direção Regional de Saúde (DRS) a 30 de junho de 2015. A consulta dos mesmos foi feita nas instalações da DRS a 3 de julho de 2015.

Na **Tabela 2** são apresentados os relatórios de atividades disponíveis e consultados, na Direção Regional de Saúde, segundo o ano e o CS que elaborou os relatórios, onde após a sua leitura foi possível, de forma geral, obter a informação para o preenchimento dos questionários.

Centros de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CS Flores	SP	SI	ND	ND	ND	ND	SP	SI	SI	ND
CS Corvo	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Horta	ND	SI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	SI	ND
USI Pico	ND	SI	SP	SP	SI	ND	ND	SI	ND	ND
CS Velas	ND	SI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Calheta	ND	SI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Santa Cruz da Graciosa	SP	SI	ND	ND	ND	ND	ND	SI	ND	ND
CS Angra do Heroísmo	SP	SI	SI	SI	SP	ND	ND	ND	SI	SI
CS Praia da Vitória	SP	SP	SP	SP	SP	SI	ND	ND	ND	ND
CS Ponta Delgada	ND	SI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Povoação	SP	SI	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Ribeira Grande	SP	SP	SI	SI	SI	ND	ND	ND	ND	ND
CS Vila Franca do Campo	SP	SI	SP	SI	SP	ND	ND	ND	ND	ND
CS Nordeste	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CS Vila do Porto	ND	ND	SP	SP	SI	SP	SI	SI	ND	ND

Legenda: **SP** - Suporte em papel; **SI** - Suporte Informática; **ND** - Não disponível

**Tabela 2-** Relatórios de atividades dos CS, entre 2004 e 2014, da RAA, disponibilizados pela Secretaria Regional da Saúde (SRS)

Foi também analisado o Relatório de Avaliação de 2010/2011 do Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil, disponível na internet.

A recolha de dados iniciou-se a 2 de fevereiro de 2015 mas esteve dependente das respostas das respetivas instituições, o que condicionou e alargou o tempo inicialmente previsto para tal, fazendo com que apenas em outubro de 2015 se tivesse dado por concluída a recolha de dados.



## 6. Análise dos dados

Para cada ilha foram analisadas as ações de prevenção, impulsionadas pelas autarquias, pelos centros de saúde e pelas instituições de ensino locais, as quais foram expostas e organizadas em tabelas informativas, com os tópicos abordados no questionário desenvolvido.

O tratamento estatístico dos dados foi feito no Microsoft Excel®. A análise descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas e relativas.

### D- Resultados

#### 1.1. Centros de Saúde

A **Tabela 3** mostra os Centros de Saúde que preencheram o questionário como solicitado.

	<b>Respondeu</b>	<b>Não Respondeu</b>	
<b>Centros de Saúde inquiridos</b>	USI São Jorge (CS da Calheta e CS das Velas)	CS do Corvo CS de Santa Cruz das Flores CS de Santa Cruz da Graciosa	CS Ponta Delgada CS Ribeira Grande CS Vila Franca do Campo
	CS da Horta	CS das Lajes do Pico CS de São Roque	CS Povoação CS Nordeste
	CS da Praia da Vitória	CS da Madalena CS de Angra do Heroísmo	CS de Vila do Porto
	<b>Total</b>	3	14

**Tabela 3-** Número de questionários preenchidos pelos Centros de Saúde da RAA

De notar que o técnico de nutrição afeto ao CS de Vila Franca do Campo disponibilizou alguns dos relatórios anuais de atividades desempenhadas no CS em relação à área da nutrição.

Na **Tabela 4** são apresentados as ações desenvolvidas pelos CS que responderam ao questionário, entre 2004-2014

Unidade de Saúde de Ilha do Faial (USIF) - Centro de Saúde da Horta (CSH)										
Nome	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Programa de Saúde Escolar</b>	2014	Promover hábitos alimentares saudáveis Prevenir doenças associadas	Infantojuvenil e comunidade escolar	Ações de sensibilização Atividades lúdico-pedagógicas Apoio e colaboração em projetos específicos Confeção de refeições saudáveis	USIF e escolas do concelho	USIF e SRS	Não	Não	Não	Não
<b>Alimentação Saudável</b>	2014	Promover hábitos alimentares saudáveis	18-65 anos	Sessão de sensibilização	USFI e CMH	USIF	Não	Não	Não	Não

Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge (USISJ) inclui Centro de Saúde das Velas e da Calheta										
Nome	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Programa de Saúde Escolar</b>	2009-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis. Prevenir doenças associadas	Infantojuvenil e comunidade escolar	Ações de sensibilização Atividades lúdico-pedagógicas Apoio e colaboração em projetos específicos Confeção de refeições saudáveis	USISJ e escolas da ilha	USISJ e SRS	Número de crianças abrangidas Número de sessões realizadas	Sim	Não	Sim
<b>Uma história nutritiva</b>	2010	Promover hábitos alimentares saudáveis. Prevenir doenças associadas	3-5 anos	Leitura de história. Jogos pedagógicos	USISJ e Colégio privado	USISJ	Não	Sim	Não	Não
<b>Caminhada pela Saúde</b>	2011	Promover estilos de vida saudáveis	Toda a população	Caminhada pela Vila da Calheta	USISJ	USISJ	Não	Sim	Não	Não
<b>Alimentação e Saúde</b>	2011	Promover hábitos alimentares saudáveis. Prevenir doenças associadas	10-65 anos	Sessão de sensibilização	USISJ e Ginásio	Não	Não	Sim	Não	Não

Centro de Saúde da Praia da Vitória (CSPV)										
Nome	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S

<b>Programa de Saúde Escolar</b>	2008-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis Prevenir doenças associadas	Infantojuvenil	Ações de sensibilização Atividades lúdico-pedagógicas Apoio e colaboração em projetos específicos	CSPV e Escolas do concelho	CSPV, SRS	Número de crianças abrangidas Número de sessões realizadas	Sim	Sim	Sim
<b>Comemoração do Dia Mundial da Alimentação</b>	2010-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis Prevenir doenças associadas	Infantojuvenil	Ações de sensibilização. Elaboração de receitas saudáveis e posterior confeção	CSPV e Escolas do concelho	CSPV	Número de crianças abrangidas Número de sessões realizadas	Sim	Sim	Não
<b>Saber Comer Faz-te Crescer</b>	2010-2014	Promover uma oferta alimentar saudável Melhorar o estado de saúde	Infantojuvenil	Avaliação das ementas escolares	CSPV e Escolas do concelho	CSPV	Alterações efetuadas	Sim	Sim	Sim
<b>Sensibilização junto dos pais</b>	2010	Promover hábitos alimentares saudáveis	Encarregados de educação	Sessões de sensibilização	CSPV e Escolas do concelho CSPV e Associação Juvenil da Ilha Terceira	CSPV	Número de participantes. Número de sessões	Sim	Não	Não
<b>VII Festival das Sopas</b>	2011	Promover estilos de vida saudáveis	6 aos 9 anos	Atividades lúdico-pedagógicas Prova de refeições	CSPV e Escolas do concelho	AJITER	Número de alunos	Sim	Não	Não
<b>Importância do Pequeno-almoço</b>	2013	Promover a ingestão de um pequeno-almoço saudável	Pessoal docente e Pessoal não docente	Ações de sensibilização	CSPV e Escolas do concelho	CSPV	Número de sessões realizadas Número de alunos	Sim	Não	Não

Legenda: A - Avaliação M - Monitorização S - Sustentabilidade

**Tabela 4** - Resumo das Ações de Prevenção da Obesidade realizadas por Centros de Saúde da RAA, entre 2004 a 2014.

Devido aos constrangimentos na obtenção de dados, foi necessário recorrer à consulta dos Relatórios Anuais de Atividades de cada USI, disponibilizados pela Direção Regional da Saúde, em suporte de papel e digital. Para complementar, foi também consultado o relatório de avaliação do Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil, de 2010/2011, disponível ao público. Na **Tabela 5** são apresentados os dados obtidos através da leitura do material disponibilizado.

Todas as Unidades de Saúde de Ilha (USI's)										
Nome	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Programa de Saúde Escolar e Saúde Infantojuvenil/ Área de Intervenção na Saúde Infantojuvenil Área de Intervenção na Promoção da Saúde em contexto Escolar</b>	2009-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis Prevenir doenças associadas	Comunidade escolar	Ações de sensibilização junto das escolas do Concelho. Atividades lúdico-pedagógicas. Apoio e colaboração em projetos específicos	USI's e escolas da região	USI's e SRS	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Programa Regional da Diabetes e Luta Contra a Obesidade/ Área de Intervenção na Obesidade</b>	2009-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis Prevenir doenças associadas	Toda a população	Ações de sensibilização. Atividades lúdico-pedagógicas. Workshops de culinária.	USI's	USI's e SRS	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Comemoração de Dias Mundiais</b>	2004 - 2014	Promover estilos de vida saudável	Toda a população	Ações de sensibilização Atividades lúdico-pedagógicas Distribuição de informação	USI's, Escolas, CM e instituições privadas	USI's e SRS	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Avaliação de ementas</b>	2005-2014	Promover uma oferta alimentar saudável e equilibrada	Comunidade Escolar e instituições público-privadas	Construção ou avaliação nutricional de ementas escolares	USI's e escolas da região	USI's e SRS	Sim	Sim	Sim	Sim

Legenda: A- Avaliação M – Monitorização S- Sustentabilidade

**Tabela 5-** Ações previstas nos Planos Regionais de Saúde para todas as USI da RAA, entre 2004-2014, direta ou indiretamente associadas à prevenção da obesidade

Dos questionários preenchidos é possível verificar a realização de 12 ações nos CS, relacionadas com a prevenção da obesidade, durante 2004 e 2014. Em comum, mas não de forma articulada, as USI realizam ações, no âmbito dos programas regionais, que pretendem melhorar o estado nutricional da população, logo a prevenção de doenças relacionadas com maus hábitos alimentares. Da leitura e análise dos relatórios anuais das USI's foi possível constatar a realização de atividades pelos técnicos de nutrição e dietética nos centros de saúde, nas escolas e outros espaços públicos, como câmaras municipais, IPSS, entre outros. Estas atividades estão inseridas no Programa Regional de Saúde, em particular, o Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade, o Programa

Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-cardiovasculares, o Programa de Saúde Escolar e Saúde Infantojuvenil e o Programa Regional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, todos eles implementados em 2009. Foram expandidos e incorporados no Programa Regional de Saúde de 2014-2016, nas áreas de intervenção na obesidade, na Hipertensão, na prevenção de doenças oncológicas, na Saúde Infantojuvenil e na Promoção da Saúde em contexto Escolar.

Após 2009 a maioria das ações deste âmbito foram executadas e conduzidas por nutricionistas ou dietistas, com colaboração de enfermeiros. Estes últimos antes de 2009, em muitos centros de saúde, eram os principais responsáveis pela realização, esporádica, de sessões de sensibilização em escolas

## 1.2. Autarquias

A **Tabela 6** apresenta as autarquias que responderam ao questionário.

	Respondeu		Não Respondeu		
Autarquias inqueridos	Corvo	Praia da Vitória	Calheta Lajes do Pico Santa Cruz da Graciosa		
	Santa Cruz das Flores	Ponta Delgada			
	Lajes das Flores	Ribeira Grande			
	Horta	Vila Franca do Campo			
	São Roque do Pico	Lagoa			
	Madalena	Nordeste			
	Velas	Povoação			
	Angra do Heroísmo	Vila do Porto			
	<b>Total</b>	16		3	

**Tabela 6** – Número de autarquias da RAA que responderam ao questionário.

Dos 16 questionários respondidos apenas 5, a Câmara Municipal das Velas, de Angra do Heroísmo, de Ponta Delgada, Nordeste e Ribeira Grande têm projetos que estão relacionados com a temática da alimentação saudável e atividade física. As restantes 11 autarquias não possuem ações de prevenção da obesidade. Na **Tabela 7** são apresentadas as ações de prevenção de obesidade desenvolvidas pelas 5 autarquias, entre 2004 e 2014.

Câmara Municipal de Ponta Delgada (CMPD)										
Ações	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S

<b>Exercício e Saúde na 3.ª idade</b>	2001-2014	Promover a prática de atividade física na população sénior	65 - 90 anos	Aulas de Hidroginástica	Não	CMPD	Criação de grupos fixos	Sim	Sim	Sim
<b>Prevenção da Obesidade Infantil</b>	2008-2009	Promover hábitos de vida saudável. Prevenção da Obesidade Infantil	6 - 12 anos	Sessões de sensibilização. Atividades lúdico-pedagógicas Grupos organizados e percursos definidos por guias certificados	Hospital	CMPD	Número de escolas abrangidas e de alunos abrangidos	Sim	Sim	Não
<b>Trilhos Pedestres</b>	2007-2014	Promover hábitos de vida saudável	Toda a População	Aulas de Educação Física	Não	CMPD	Média anual de participantes	Sim	Sim	Sim
<b>Idosos Ativos</b>	2010-2014	Promover a prática de atividade física junto de séniores	65 - 90 anos	Programa de rádio semanal	Juntas de Freguesia	CMPD	Número de idosos acompanhados	Sim	Sim	Sim
<b>Forúm Radiofónico Cidade Saudável</b>	2010	Divulgar e promover estilos de vida saudável	Toda a População	Rastreios	CSPD e entidades público-privadas	CMPD	Não	Não	Não	Não
<b>Movimento Saudável Cidade Saudável</b>	2010	Promover a saúde da população jovem do concelho	6-18 anos		Associação de Promoção e Proteção de Saúde	CMPD	Número de alunos encaminhados	Sim	Sim	Não

<b>Câmara Municipal da Ribeira Grande (CMRG)</b>										
Ações	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Saúde no Trabalho</b>	2014	Promover a Saúde e Prevenção de Doenças	18- 65 Anos	Sessões de sensibilização, rastreios e encaminhamentos	Centro de saúde da RG	CMRG	Número de participantes	Não	Não	Não

<b>Câmara Municipal do Nordeste (CMN)</b>										
Ações	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>I Fórum de Saúde do Nordeste</b>	2014	Promover do envelhecimento ativo Promoção de Hábitos de vida saudáveis	Toda a População	Ações de sensibilização	Centro de Saúde do Nordeste	CMN e Centro de Saúde do Nordeste	Não	Não	Não	Não

<b>Câmara Municipal de Angra do Heroísmo (CMAH)</b>										
Ações	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Movidoso</b>	2003 - 2008	Melhorar a qualidade de vida. Promover a atividade física	65-90 anos	Sessões de atividade física	Não	CMAH	Aumento do número de participantes	Sim	Sim	Não
<b>Mexa-se</b>	2003-2008	Promover a	18-65	Sessões de 30	Centro de	CMAH	Número de	Sim	Sim	Sim

pelos seu coração		atividade física	anos	minutos de prática de atividade física no local de trabalho. Sessões de sensibilização	Saúde de AH		participantes			
<b>Alimentação Saudável económica</b>	2012-2013	Promover alimentação saudável acessível	18-90 anos	Preparação de refeições saudáveis a 2 euros	Escola Secundária JEA	CMAH	Aumento do número de refeições	Sim	Sim	Sim
<b>Feira da Saúde</b>	2013-2014	Promover estilos de vida saudável em crianças	6-10 anos	Sessões de sensibilização nas escolas	CSAH e UO	CMAH	Não	Não	Não	Sim
<b>Angra Ativa</b>	2014	Promover a atividade física	Toda a população	Eventos semanais de atividade física	Entidades desportivas	CMAH	Não	Não	Não	Não
<b>Circuito de atividade física</b>	2014	Facilitar o acesso a infraestruturas para a prática de atividade física	Toda a população	Criação de circuitos	Direção Regional do Desporto e Portos dos Açores	CMAH e Governo	Não	Não	Não	Não

**Legenda:** A: Avaliação M: Monitorização S: Sustentabilidade

<b>Câmara Municipal das Velas (CMV)</b>										
Ações	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>A Roda dos Alimentos</b>	2009-2011	Promover uma Alimentação saudável	3-9 anos	Sessão de sensibilização Pintura da Roda dos Alimentos num mural. Preparação de Lanches Saudáveis	Não	CMV	Não	Não	Não	Não
<b>Comemoração do Dia Mundial da Alimentação</b>	2010	Promover uma Alimentação saudável	6-9 anos	Sessões de sensibilização Atividades lúdico-pedagógicas. Distribuição de lanche	EBS das Velas, Escola Profissional e Futebol Clube Marítimo Velense	CMV	Não	Não	Não	Não
<b>Alimentação Saudável</b>	2010-2011	Compreender os princípios de uma alimentação saudável	3-9 anos	Sessão de sensibilização. Atividades lúdicas	Escolas	CMV	Não	Não	Não	Não
<b>Comemoração do Mês do Coração</b>	2011	Promover hábitos de vida saudável	Toda a População	Atividades lúdicas sobre alimentação. Atividade Física	Centro de saúde das Velas	CMV	Adesão e Conhecimentos adquiridos	Não	Não	Não

**Tabela 7-** Ações de Prevenção da Obesidade realizadas pelos Municípios da RAA, entre 2004 e 2014

Do questionário da Câmara Municipal de Ponta Delgada foram excluídas 3 atividades desenvolvidas por incompatibilidade com o pretendido. No total as autarquias da RAA durante 2004 e 2014 realizaram 18 ações que direta ou indiretamente visam a prevenção da obesidade.

### 1.3.SREC

O questionário foi respondido com informação fornecida pela técnica de nutrição afeta à DRE, através de relatórios sobre as atividades desenvolvidas pela instituição na área da alimentação saudável. A DRE funciona também como uma parceira regional na execução e colaboração de projetos de âmbito nacional na temática de alimentação saudável e prevenção de determinadas doenças, como a obesidade infantil.

São enumerados na **Tabela 8** os projetos na qual a SREC está envolvida, quer seja na criação e/ou execução ou como parceira regional, entre 2004 e 2014.

Direção Regional da Educação (DRE)										
Nome	Duração	Objetivos	População alvo	Metodologia	Parcerias	Financiamento	Resultados	A	M	S
<b>Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade</b>	2006-2014	Prevenir o excesso de peso e obesidade de toda a população. Promover programas de educação para a saúde e estilos de vida saudáveis nas escolas públicas	Infantojuvenil	Sensibilização junto da comunidade escolar. Atividades lúdico-pedagógicas	USI e DRE	Governo Regional	Número de alunos abrangidos	Sim	Sim	Sim
<b>Manuais "Bufete Escolar Saudável" e "Refeitório Escolar Saudável"</b>	2010-2014	Promover e garantir uma oferta alimentar nos bufetes, refeitórios e máquinas de venda automática escolares mais saudável, equilibrada e variada	Infantojuvenil	Disponibilizar um guia orientador para todas as escolas	DRE e Unidades Orgânicas	DRE	Número de escolas implementadoras	Sim	Sim	Sim
<b>Regime de fruta escolar</b>	2010-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis	Infantojuvenil	Oferta gratuita de frutas e hortícolas nas escolas	DRE e Unidades Orgânicas Instituto de Alimentação e Mercados Agrícolas, DRE e Unidades Orgânicas	DRE	Número de escolas com o regime	Sim	Sim	Sim
<b>Regime de Leite Escolar</b>	2004-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis	Crianças do 1.º ciclo	Oferta gratuita de leite, em caixas de 200 ml	DRE e Unidades Orgânicas	DRE e Governo Regional	Número de escolas	Sim	Sim	Sim
<b>Regime do Pequeno-almoço Saudável</b>	2013-2014	Promover hábitos alimentares saudáveis e equilibrados a crianças socioeconomicamente desfavorecidas	Crianças sinalizadas	Fornecimento do pequeno-almoço	DRE e Unidades Orgânicas	SREC	Número de crianças abrangidas	Sim	Não	Não
<b>Movimento Hiper Saudável</b>	2010-2014	Promover a melhoria dos hábitos alimentares das famílias e estilos de vida saudáveis e ativos	Crianças do pré-escolar e 1.º ciclo	Atividades lúdicas e visitas a supermercados	Hiper Continente e DRE	Hiper Continente	Número de escolas participantes	Sim	Sim	Sim



Projeto "Heróis da Fruta	2011- 2014	Incentivar o consumo de fruta. Prevenir a Obesidade infantil e outras patologias associadas	Crianças do Pré-escolar e 1.º ciclo	Sessões de Sensibilização e atividades lúdicas	APCOI, Governo Regional, DRE e Unidades Orgânicas S.Sustentabilidade	Governo Nacional e Regional	Número de escolas participantes	Sim	Sim	Sim
--------------------------------	---------------	---	---	--	--	-----------------------------------	---------------------------------------	-----	-----	-----

Legenda: A: Avaliação M: Monitorização S: Sustentabilidade

**Tabela 8** - Projetos e programas no âmbito da prevenção e combate à obesidade desenvolvidos e/ou apoiados pela SREC, da RAA entre 2004 e 2014

A técnica superior de nutrição afeta à instituição, além do apoio técnico fornecido nos programas e projetos mencionados anteriormente, realiza ações de sensibilização e educação nas escolas da região e colabora na execução de matérias lúdico-pedagógicas.

No total a DRE, pertencente à SREC, desenvolveu e/ou participou em 7 ações de prevenção da obesidade, entre 2004 e 2014, sendo que 4 destas ações são projetos de âmbito nacional e europeu adaptados à região.

Concluindo, no presente estudo foram enviados 37 questionários, dos quais 18 foram respondidos e 6 respondidos com informação presente em relatórios de atividades anuais, perfazendo um total de 24 respostas (**Tabela 9**). De realçar que para todos os Centros de Saúde são propostos a implementação de atividades previstos em programas regionais para a prevenção e combate da patologia, neste caso 2 programas e 2 ações foram sugeridos nos Planos Regionais de Saúde entre o período de 2004 e 2014.

	Questionários enviados	Responderam diretamente	Respondidos pelos relatórios anuais	%de repostas	n.º de instituições com ações	Total de ações
<b>Centros de Saúde</b>	17	3	5	47,1	8*	12**
<b>Autarquias</b>	19	16	-	84,2	5	18
<b>SREC</b>	1	-	1	100	1***	7
<b>Total</b>	37	18	6	64,9		

\*inclui apenas as instituições onde a informação para o preenchimento do questionário estava disponível

\*\*inclui os Programas Regionais propostos pelo Plano Regional de Saúde, com ações propostas a realizar por todas as USI

\*\*\*a SREC inclui as 40 Unidades Orgânicas

**Tabela 9** – Taxa de respostas dos questionários preenchidos pelas respetivas instituições da RAA e o n.º de ações desenvolvidas por estas entre 2004-2014

Na **Tabela 10** sistematizam-se as características das ações de prevenção da obesidade segundo as questões avaliadas pelo questionário.

	N.º total de ações	População-alvo (Idade)							Com parcerias	Com resultados	Com monitorização	Com avaliação	Sustentabilidade	
		Geral	3-5	6-9	3-9	6-18	3-18	18-65						≥65
<b>Centros de Saúde</b>	12*	6	1	1			1	3	12	8	5	11	5	
<b>Autarquias</b>	18	7		3	2	1		2	14	10	8	8	6	
<b>SREC</b>	7			1	2		4		7	7	6	7	6	
<b>Total de ações por itens</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	
<b>% de ações por item</b>		<b>35,1</b>	<b>43,2</b>					<b>13,5</b>	<b>8,1</b>	<b>89,2</b>	<b>67,6</b>	<b>51,4</b>	<b>70,3</b>	<b>45,9</b>

\*inclui os Programas Regionais propostos pelo Plano Regional de Saúde para todas as USI

**Tabela 10** – Sistematização das características das ações de prevenção da obesidade na RAA, entre 2004 a 2014, nos Centros de Saúde, Câmaras Municipais e SREC

### **E- Discussão e conclusões**

Apesar da inexistência de uma única abordagem padrão com efetividade comprovada para a prevenção da obesidade, já é possível a tomada de algumas ações e medidas benéficas com resultados positivos e prometedores. A prevenção da obesidade é complexa e necessita de uma abordagem abrangente e sistemática, dependente de uma avaliação inicial face às necessidades e fatores de risco existentes em determinada região.

Atualmente observam-se alguns esforços no sentido de prevenir determinadas patologias, todavia as prioridades políticas e a disponibilidade e alocação de recursos financeiros e humanos condicionam esses esforços. Os resultados da prevenção são demorados em comparação com o tratamento, o que conduz, na maioria dos casos, à desistência governamental e dos seus atores. É possível constatar uma certa dualidade por parte dos governos, isto é, por um lado têm a noção de que é necessário tomar medidas, mas por outro lado a tomada de medidas “contra” a indústria alimentar, de bebidas e farmacêutica poderá acarretar consequências na economia dos países. Este conflito de interesses poderá explicar a não variação da incidência da patologia e a falta ou desistência de medidas por parte de alguns países.<sup>(36)</sup>

A secundarização da prevenção foi tida em conta no início deste estudo, devido à informação obtida na pesquisa bibliográfica que faz referência a uma atitude passiva pelo paciente em relação à sua saúde, em oposição a um comportamento responsável e ativo para prevenir o aparecimento da doença.<sup>(41)</sup>

Analisando os resultados obtidos para as diferentes instituições e a **Tabela 10** é possível afirmar que a maioria das ações existentes destinam-se à faixa etária dos 3 aos 18 anos, sendo o contexto escolar o escolhido para implementação das mesmas. É um ponto positivo pois são idades cruciais na aquisição de hábitos e a escola fundamental na propagação destes hábitos para a comunidade envolvente. No entanto, as ações devem ser alargadas à restante comunidade para que a adoção de estilos de vida saudável seja sustentada e efetiva.

Outra possível constatação é que as ações têm como comportamentos alvo de mudança os hábitos alimentares e a prática regular de atividade física, no entanto não são suportadas por uma base teórica que explique a escolha de determinada metodologia em detrimento de outras.

A sensibilização e o fornecimento de informação é o método preferencialmente utilizado pelas ações, através de atividades como: sessões de sensibilização e educação para a saúde, materiais didáticos e lúdicos, folhetos e cartazes, *workshops*, livros, adequação de

ementas, histórias, elaboração e preparação de receitas saudáveis, dinamização de eventos para a prática de atividade física.

Os resultados das intervenções restringem-se ao número de participantes ou número de sessões realizadas. Os indicadores de avaliação utilizados nas intervenções foram: o número de participantes, o número de ações de sensibilização, o número sessões de atividade física, avaliações antropométricas, número de escolas participantes, composição e constituição das ementas escolares e da oferta alimentar nos bufetes, frequência de participação. A avaliação nunca contempla a avaliação de processo e é pouco detalhada.

Relativamente aos resultado dos Centros de Saúde da RAA, as atividades a desenvolver são propostas e orientadas por programas, atualmente denominadas por áreas de intervenção do PRS de 2014-1016. A promoção de uma alimentação saudável e prática de atividade física é uma área transversal nos PRS, pois o excesso de peso/obesidade é considerado um fator de risco para doenças crónicas. O atual PRS de 2014-2016 considera a obesidade como uma das áreas de intervenção, no entanto as ações terapêuticas sobrepõem-se às ações de prevenção primária. Este plano também prevê que as equipas de saúde escolar desenvolvam atividades em educação para a saúde, nas áreas prioritárias a nível regional, nomeadamente a alimentação saudável e atividade física. De acordo com este plano, cada atividade deve ter um peso de, pelo menos, 10% no total de ações realizadas por unidade orgânica. Estas atividades contemplam a melhoria na oferta alimentar nas escolas e locais públicos, como a água, frutos ou hortícolas frescos, em detrimento de outros alimentos com elevado teor de açúcar, sal e gordura. São medidas fundamentais, mas não devem ser apenas recomendações com liberdade de implementação pelas entidades, deviam antes ser de âmbito obrigatório.<sup>(42)</sup>

No PRS de 2014-2016 são mencionados os indicadores de saúde da população, que indicam as doenças do aparelho circulatório (33%) e os tumores malignos (22,9%) como as principais causas de morte para todas as idades, independente do sexo. Além destas a diabetes e as doenças do fígado apresentam valores alarmantes como causa de morte. São dados que sublinham a importância da criação de projetos com ações estruturadas e sustentáveis que visem prevenir a exposição aos fatores de risco, na sua maioria evitáveis, como a alimentação

desequilibrada e o sedentarismo, que conduzem ao excesso de peso e obesidade, condição comum a todas as doenças crónicas mencionadas.<sup>(42)</sup> O plano prevê ainda a tomada de algumas medidas nas USI para colmatar as principais doenças da região, algumas a manter e a expandir, mas deveria ser mais específico e abrangente na resposta ao excesso de peso em todos os grupos etários da população, e não apenas o foco na sensibilização e informação à população.

Entre 2004 a 2014, deve frisar-se o Programa Regional de Saúde Escolar e Saúde Infantojuvenil de 2009-2012, que conjeturou a criação de uma equipa multidisciplinar entre as escolas e os centros de saúde, para melhorar o estado de saúde das crianças e jovens, em particular o estado nutricional das mesmas, através da promoção da alimentação saudável e da atividade física nas escolas da região. Da leitura dos Relatórios Anuais de Atividades das USI é possível verificar um aumento das ações de sensibilização nas escolas e a melhoria na oferta alimentar destes espaços, mas não constam as atividades realizadas noutras circunstâncias, como por exemplo os convites de colaboração por parte de instituições públicas e privadas e trabalhos dirigidos à comunidade. O aumento do número de atividades de sensibilização junto das escolas e comunidade é verificado a partir de 2009, provavelmente em resposta aos números de obesidade infantil na região e, também, pela contratação de um nutricionista na DRE e nas USI através da Resolução nº37/2009.

Em relação às autarquias, os resultados demonstram falta de participação deste organismo na prevenção da obesidade. De acordo com as autarquias locais, as questões relacionadas com a obesidade são da responsabilidade dos Centros de Saúde e de outros organismos de saúde. Esta é uma das explicações para a ausência de projetos com atividades de ação direta e/ou indireta na prevenção da obesidade. No entanto, já se tem verificado a implementação de alguns projetos com atividades para a promoção da atividade física para diferentes grupos etários. Entre os parceiros inquiridos os municípios são os que menos participam na tomada de ação contra a obesidade.

A DRE é a parceira regional que coordena e colabora nos projetos de âmbito nacional a aplicar nas comunidades da região. Assim, é possível verificar a existência de projetos e ações no âmbito da prevenção da obesidade infantojuvenil considerados nos resultados do

estudo. A aquisição de um profissional de nutrição pela instituição contribuiu para uma ação mais sustentável em questões relacionadas com a alimentação, que além do apoio e garantia no cumprimento dos projetos, executa ações de sensibilização nas escolas e assegura uma oferta alimentar adequada e equilibrada. No entanto, há a necessidade de uma resposta mais abrangente, constante e eficaz focada nas necessidades específicas locais.

O mapeamento é vital para caracterizar as intervenções realizadas até 2014, para verificar as metodologias e avaliar a eficácia das mesmas, para saber quais as características das ações com maior impacto nos resultados a serem replicadas no futuro.

O projeto MAPICO (Mapeamento e Divulgação de Boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade e Diminuição da Prevalência da Pré-obesidade e Obesidade Infantil em Portugal), projetado e criado pelo PNPAS e a DGS, pretende a divulgação e conhecimento das ações, a nível nacional, que tenham como objetivo a prevenção da obesidade nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários, Câmaras Municipais e escolas. Na página oficial do PNPAS, acessada a 30 de junho de 2016, estão incluídos 40 projetos, de âmbito nacional e regional, sendo a RAA a única que não possui um projeto desta envergadura de caráter regional. No entanto, na RAA são implementados alguns programas e projetos nacionais, como o Programa Escolar de Reforço Alimentar (PERA), o COSI, o projeto Heróis da Fruta e o projeto Papa bem.<sup>(100,101)</sup> O nosso estudo espera contribuir para este projeto, na divulgação de ações na RAA.

Em agosto de 2016 foi publicada uma revisão da literatura sobre as “Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado de Arte em Portugal”, a incluir no MAPICO, onde é feita uma exposição dos projetos/programas existentes em Portugal Continental e Madeira, que visam contribuir para a prevenção e controlo do excesso de peso e obesidade infantil, realizados entre 2001 e 2015. Desta revisão é possível constatar a crescente preocupação na necessidade de combater a doença em idades precoces, no entanto aos projetos são apontados algumas limitações que podem impedir a sua replicação, entre as quais a não utilização de um racional teórico subjacente à intervenção, a não descrição detalhada dos procedimentos e atividades realizadas, a falta de explicitação do formato da intervenção e da informação sobre a duração, intensidade e dose da intervenção, a não descrição do contexto

em que a intervenção ocorre e a falta de dados sobre a avaliação da eficácia na mudança do(s) comportamentos(s).<sup>(102)</sup>

Algumas das recomendações propostas com o intuito de modificar o ambiente envolvente da região e posterior estilo de vida, carecem e dependem do apoio e aprovação do governo nacional e regional, pois necessitam de uma abordagem política e legislativa. Por exemplo, é o caso da aplicação de impostos nos produtos considerados nutricionalmente pobres, ricos em açúcar, sal e gordura (e.g. os refrigerantes), a atribuição de subsídios a grupos específicos da população para a compra de hortícolas e fruta, a restrição da publicidade de alimentos menos saudáveis nos meios de comunicação nacionais, substituindo por publicidade promotora de alimentos mais saudáveis e de hábitos de vida saudáveis.<sup>(19,27,52,64,66,74)</sup>

As políticas que envolvem medidas de carácter fiscal constam no WHO *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*, dirigido aos 53 países membros da OMS na Europa. Estas medidas fiscais podem ser utilizadas pelo governo como uma fonte adicional de receitas, a aplicar em políticas de promoção de saúde, em subsídios de apoio, em programas e serviços de assistência alimentar a grupos vulneráveis. A implementação de impostos em alimentos considerados pouco saudáveis já é aplicada em alguns países da União Europeia:

- O primeiro país a introduzir este tipo de imposto foi a Dinamarca, sobre a gordura, em particular a gordura saturada, incluindo laticínios, carnes, óleos, manteigas e margarinas. Verificou-se uma redução no consumo de manteigas e margarinas, mas não é possível aferir sobre a sua eficácia e sustentabilidade devido à curta aplicação do imposto pois a forte oposição por parte das indústrias, a falta de apoio político e a dificuldade em definir com exatidão a sua aplicação levaram à extinção do imposto;

- A Finlândia possui um imposto sobre os produtos de confeitaria, chocolates e gelados, mas excluí biscoitos, pães, iogurtes, pudins, gelatinas, mousses e açúcar granulado. Há relatos de uma diminuição nas vendas e no consumo de bebidas não alcoólicas, porém a oposição tem crescido e as queixas por parte da Finnish Food and Drinks Industries Federations põem em causa a legalidade do imposto sobre os doces, o que impediu a expansão do mesmo em 2015;

- Em 2011, foi aplicado na Hungria um imposto sobre as bebidas açucaradas e energéticas, as bebidas alcoólicas aromatizadas, confeitaria, snacks salgados, condimentos e compotas de fruta. As receitas do imposto revertem para o orçamento em cuidados de saúde e para complementar os salários dos profissionais de saúde. As pesquisas e estatísticas populacionais realizadas revelam uma redução no consumo destes produtos, no entanto em resposta ao imposto as indústrias procederam à reformulação dos produtos isentos de imposto mas nutricionalmente pobres;

- Em França foi implementado um imposto sobre os fabricantes, importadores e estabelecimentos de restauração e venda de bebidas com adição de açúcar ou adoçantes. Os efeitos desta medida ainda estão por ser avaliados, assim como os seus aspetos negativos;

- No México houve um aumento do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) sobre os produtos não saudáveis, ou seja, em bebidas açucaradas, alimentos com elevado teor de açúcar, gordura e sal.<sup>(74,102)</sup>

- Em Portugal, segundo a publicação da OMS “Using price policies to promote healthier diets”, de 2015, verificou-se um aumento do IVA sobre a restauração e nos géneros alimentares não essenciais, como as bebidas açucaradas, sobremesas lácteas, conservas de fruta, doces, geleias, petiscos, óleo e margarinas, com intuito de gerar receitas.<sup>(74)</sup>

Os impostos sobre os preços dos refrigerantes na Finlândia, França, Hungria e México resultaram numa redução do consumo entre 4 a 10%. Das avaliações feitas, com auxílio da OMS, as vendas destes produtos diminuíram 27% e o consumo entre 20 a 35%.<sup>(74,103)</sup>

Estas são medidas de elevado custo administrativo e o seu objetivo é exclusivamente a obtenção de lucros.<sup>(103)</sup> A falta de dados na monitorização e avaliação torna impossível a determinação do impacto destas medidas nas escolhas alimentares e no consumo e os seus efeitos na saúde. São fortemente criticadas pela indústria alimentar e o público em geral e carecem de apoio político. São apontados algumas consequências negativas não intencionais, da aplicação destas medidas: a substituição por outros produtos igualmente pobres



nutricionalmente mas isentos de impostos; a desigualdade social pelo caráter regressivo do imposto, onde os grupos desfavorecidos terão de gastar uma parcela maior dos seus rendimentos para a alimentação; a reformulação dos produtos, principalmente se o imposto for dirigido ao um ingrediente específico; a redução da produtividade das indústrias e a perda de emprego (sem evidências científicas que o comprovem); a distorção do objetivo principal, ou seja, a aplicação das receitas geradas pelo imposto. A dedicação, o apoio e a aceitação por parte dos governos, dos investigadores e dos profissionais de saúde são cruciais para evitar ou minimizar a ocorrência destas situações.<sup>(74,103)</sup>

Em alguns casos já estão previstas a aplicação de medidas para evitar estas consequências negativas, como: a atribuição de subsídios para estimular o consumo de fruta e hortícolas, em particular os grupos socioeconomicamente desfavorecidos; a aplicação de um imposto que albergue um vasto conjunto de produtos, para evitar a substituição por outros igualmente pobres nutricionalmente; a aplicação do imposto na íntegra no momento da compra, como é o caso das bebidas alcoólicas; a partilha de serviços de logística, como o armazenamento, a distribuição e as encomendas pelas empresas cuja matéria-prima é mais dispendiosa, o que ajuda a melhorar a produtividades e o equilíbrio dos custos, permitindo a competitividade com outras empresas.<sup>(74,103)</sup>

As medidas propostas e aplicadas exigem apoios financeiros para serem operacionalizadas, o que pode constituir uma barreira na sua implementação na região. E exemplo disso é o fornecimento de incentivos aos produtores agrícolas, como subsídios para uma maior produção de hortícolas e frutas, e assim a redução dos preços praticados para estes produtos e a sua venda não só nas grandes superfícies comerciais, como também nas lojas de conveniência, mercearias e mercados locais.<sup>(98)</sup>

Ao nível do marketing de produtos alimentares, é possível verificar na região a predominância de publicidade a alimentos nutricionalmente pobres nos placards da via pública e em espaços públicos, com intuito de propaganda a restaurantes locais, como o uso de imagens dos pratos confeccionados de forma apelativa e acompanhados por mensagens sugestivas e cómicas. Nos supermercados locais é possível verificar a supremacia dos produtos processados em detrimento dos frescos, colocados em locais estratégicos e com

várias promoções, em oposição aos elevados preços praticados sobre a fruta e os hortícolas e a fraca qualidade destes. Em 2008, as crianças da RAA, durante a semana, eram as que viam mais horas de televisão por dia (35,7% mais do que duas horas), assim como ao fim de semana (40,5% mais de 3 horas por dia). Estes resultados demonstram a necessidade não só de promover as campanhas contra o sedentarismo mas também a revisão e imposição de regulamentação sobre a publicidade alimentar neste meio de comunicação.<sup>(104)</sup>

Relativamente à amamentação, como fator preventivo da obesidade, segundo os especialistas na área de enfermagem e da leitura dos relatórios de atividades das USI a prática da amamentação na região é pouco comum, uma vez que é possível verificar uma participação reduzida das mães nas ações disponibilizadas pelas USI para promoção do aleitamento materno. Os dados estatísticos sobre a amamentação na RAA, em 2005 e 2006, classificam como a região nacional com a menor percentagem de aleitamento materno exclusivo aos 3 e aos 6 meses, com aproximadamente 26% e 7% respetivamente.<sup>(105)</sup> Segundo o Relatório do estudo COSI em Portugal, de 2008, onde é aplicado um questionário aos encarregados de educação, a RAA é a região nacional com menor proporção de crianças amamentadas (82,1%) e é a região onde, também, o período de amamentação é menor (45,7% inferior a 3 meses).<sup>(104)</sup>

Para promoção desta prática o PRS de 2014-2016 refere a manutenção da colaboração com a SOS Amamentação no projeto “Promoção do Aleitamento Materno em Escolas”, a monitorização do aleitamento materno nas USI, a divulgação da informação sobre aleitamento materno e incentivo à sua prática em consultas de enfermagem/médicas e a promoção do aleitamento materno, através da generalização dos “cantinhos de amamentação”.<sup>(42,106)</sup> Estas são ações a manter, a promover e a abranger a toda a população, consciencializando as mães e as futuras mães sobre os benefícios da amamentação e os direitos que lhe assistem.

Numa tentativa de conhecer a saúde dos açorianos e posterior enumeração de recomendações realísticas de ações a implementar na região, foi feita uma análise ao Inquérito Regional de Saúde (IRS) de 2014.<sup>(39)</sup> Os parâmetros analisados no IRS e incluídos no presente estudo estão relacionados com os dois principais fatores de risco da obesidade, o sedentarismo e a alimentação desadequada.

Assim, segundo o IRS de 2014, cerca de 41,6% da população inquirida, com idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, praticava atividade física, dos quais 31% faziam-no diariamente, pelo menos durante 30 minutos e 21% 1 a 2 vezes por semana.<sup>(39)</sup> A possibilidade de sobrestimação deve ser tida em conta, mas é possível afirmar que a prática de atividade física pela população é insuficiente. Dos resultados obtidos nos questionários enviados, verifica-se um aumento da preocupação e participação dos municípios em alguns projetos com resultados positivos, que devem ser constantes e mantidos para todos os grupos populacionais. Da pesquisa das entidades regionais foi possível verificar a existência de dois programas apoiados pelo governo regional, que visam estimular a adoção de estilos de vida ativos na região, o “Açores ativos” e o “Atividade Física Desportiva Regular para Jovens”, nas quais o governo fornece o apoio financeiro e as instalações físicas necessárias para a prática desportiva, mas a participação dos indivíduos só é possível quando estão inscritos em clubes e associações desportivas.<sup>(107,108)</sup>

Os Açores são conhecidos pela sua natureza rica, que valorizada e aproveitada é uma oportunidade única para estimular a prática de atividade física. As autoridades locais, com apoio da secretaria regional da Agricultura e Ambiente e outros parceiros necessários, podem criar e/ou manter as zonas verdes de lazer e parques existentes, ciclovias, trilhos pedestres e desportos radicais acessíveis a todos. Sem esquecer o principal fator de desenvolvimento da região, o mar, com a colaboração da Secretaria Regional do Mar, Ciência e Tecnologia, no incentivo à natação, canoagem, entre outras atividades aquáticas.

Relativamente aos hábitos alimentares dos açorianos, perto de 60,2% faz cerca de 3 a 4 refeições diárias, enquanto 6,4% faz 5 a 6. Aproximadamente 15% da população, com idades compreendidas entre 20 e 74 anos, consome doces/bolos/chocolates diariamente, destes 35,2% é pré-obesa e 28,9% é obesa. E 32% afirma nunca ou raramente consumir destes alimentos. A ingestão diária de hortícolas (em salada ou cozinhados) foi mencionada por 35,7% dos residentes na RAA. No que respeita ao consumo de sopa de legumes, 39,3% da população fá-lo diariamente, em oposição aos 9,7% que nunca ou raramente a consomem e mais de 63% da população ingere fruta diariamente, mas 64,4% apenas ingere 1 a 2 peças. Em termos de ingestão de água e infusões, 62,1% bebe, diariamente, entre os 0,5 e os 1,5L.<sup>(37)</sup>

Estes dados uma vez mais sublinham a importância de ações que visem a promoção da mudança dos hábitos alimentares das populações. A mudança deve ser feita no meio envolvente dos indivíduos, logo a necessidade de medidas de aplicação na comunidade. Entre as ações comumente descritas a aplicar na comunidade, na região podemos verificar o cumprimento de algumas, como a existência de recomendações regionais para a oferta alimentar nos bufetes, refeitórios e máquinas de venda automática, campanhas de sensibilização nos centros de saúde, escolas e hospitais para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e a amamentação exclusiva, a construção de infraestruturas na via pública com intuito de promover a prática de atividade física e o planeamento de eventos públicos com o mesmo intuito, a realização de workshops e sessões de esclarecimento em escolas, instituições privadas sobre a alimentação saudável. Contudo são muitas vezes esporádicas e não incluídas em projetos estruturados.<sup>(19,64,66)</sup>

As autarquias na RAA devem assumir um papel ativo e responsável na tomada de ação em questões relacionadas com a saúde, como é o caso da prevenção, em especial quando as ações de prevenção requerem uma abordagem política e legislativa e/ou regulamentar e a utilização de recursos financeiros e físicos. Um programa nacional de sucesso é o MUN-SI, em que as autarquias têm um papel determinante na prevenção primária da obesidade infantil, com o estabelecimento de um conjunto de atividades a desenvolver na comunidade, no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis e da atividade física.<sup>(109,110)</sup>

A vertente da prevenção da doença pode ser incluída na saúde ocupacional ou saúde no trabalho nas empresas, serviços ou outros locais de trabalho, através de programas de promoção da saúde no local de trabalho que pretendem a melhoria da produtividade do empregador, melhorar a imagem corporativa e moderar os custos de cuidados de saúde. A prevenção da obesidade e de outras doenças pode ser executável a partir de um conjunto de ações de intervenção no local de trabalho. As estratégias, comumente descritas nos planos internacionais, tendo em conta as características do tipo de trabalho são as estratégias educacionais e informativas, as estratégias sociais e comportamentais (aconselhamento, reforço e recompensas, inclusão da família) e as estratégias políticas e ambientais (oferta alimentar e atividade física, seguros de saúde acessíveis).<sup>(33,35,111)</sup>

Segundo as referências bibliográficas analisadas para a concretização do estudo na **Tabela 11** são identificados projetos cuja implementação se propõe na RAA. As diversas ações propostas têm como base projetos aplicados em outras regiões, com resultados positivos.

Projetos Recomendados	Metodologia	Projetos e ações já implementadas	Resultados
<b>A caminhar ou pedalar para a escola</b>	<p>Definição de rotas pedestres seguras, consoante as características geográficas e sociais locais.</p> <p>Proporcionar condições infraestruturais adequadas (iluminação, passeios, ciclovias, passadeiras).</p> <p>Garantia da segurança com o apoio da PSP e guias voluntários.</p>	<p>Programa <i>Safe Routes to School</i>, em vários estados dos EUA.<sup>(112)</sup></p>	<p>Programa expandido para várias cidades.</p> <p>Aumento da atividade física diária das crianças e adultos.<sup>(112)</sup></p>
<b>Percorrer o Arquipélago</b>	<p>Nas escolas criar um registo de quilómetros percorridos, por cada minuto de atividade física realizada pelos alunos.</p> <p>Alunos premiados caso alcancem o número de quilómetros necessários para percorrer o arquipélago de ponta a ponta.</p>	<p>Programa <i>Shape Up</i>, estabelecido nas escolas de Oregon.<sup>(109)</sup></p>	<p>Expandido para o estado de Washington.</p> <p>Elevada participação dos alunos após e durante o período de aulas.<sup>(109)</sup></p>
<b>Regras para os restaurantes de Fast-Food</b>	<p>Criação de planos de ordenação de território para limitar a localização de restaurantes de <i>fast-food</i> em relação a escolas, creches e outros espaços frequentados por crianças. E/ou estabelecimento de horários específicos de funcionamento.</p>	<p>Em Arden Hills, proibição da localização de restaurantes <i>fast food</i> a menos de 120 metros de qualquer escola pública ou privada, igrejas, áreas de lazer públicas ou qualquer zona residencial.<sup>(113)</sup></p> <p>Em Phoenix foi banido os vendedores de rua a menos de 180 metros das escolas entre as 7h00 e as 16h30.<sup>(113)</sup></p>	

<p><b>Menus saudáveis na restauração local</b></p>	<p>Presença de opções mais saudáveis nos restaurantes, com publicidade e promoção deste.</p> <p>Formação aos cozinheiros e restantes funcionários sobre culinária e alimentação saudável e o controlo das porções a servir</p>	<p>Na cidade de Sigourney, no estado de Iowa, implementação de um programa de baixo custo em 5 restaurantes locais. Colocação de sinais com a lista dos itens do menu mais nutritivos.<sup>(109)</sup></p> <p>O programa “TexPlate”, no Texas, com o objetivo de reduzir as porções para tamanhos recomendados e aumentar a porção de hortícolas nos pratos.<sup>(64)</sup></p> <p>Programa FOOD (<i>Fighting Obesity through Offer and Demand</i>), que fornece ferramentas, como guias, folhetos, posters, vídeos, sessões de treino e <i>e-learning</i> para os chefes, vouchers de refeições, necessárias para uma oferta alimentar saudável nos restaurantes e posterior certificação destes como promotores de uma alimentação saudável.<sup>(114)</sup></p>	<p>No programa de Sigourney a intervenção alcançou cerca de 50 a 60% dos clientes, considerada uma ferramenta útil, em combinação com outras medidas comunitárias.<sup>(109)</sup></p> <p>Programa FOOD chegou a 352 mil restaurantes na Bélgica, República Checa e França, Itália, Espanha e Suécia. Adesão por mais dois países ao programa FOOD, Portugal e Eslováquia.<sup>(114)</sup></p>
<p><b>A Horta cresce e faz crescer bem</b></p>	<p>Construção de hortas comunitárias, em simultâneo com outras atividades de educação e sensibilização da alimentação saudável para famílias.</p>	<p><i>Growing Healthy Kids</i>, Condado de Orange na Califórnia, promove o aumento da ingestão de hortícolas e frutas em famílias carentes, através da construção de hortas comunitárias em simultâneo com outras atividades como sessões</p>	<p>Participação de vários organismos comunitários.</p> <p>Aumento da ingestão de hortícolas e frutas frescas pelas famílias.<sup>(115)</sup></p>

		semanais sobre a horticultura, workshops de nutrição e culinária, eventos e atividades sociais, como piqueniques. <sup>(115)</sup>	
<b>Frescos para todos</b>	Distribuição de senhas alimentares por famílias carenciadas. Por cada cinco euros em senhas alimentares gastos nos mercados agrícolas locais os indivíduos recebem dois euros em senhas que podem ser trocadas durante um ano nos mercados agrícolas locais.	Nova Iorque o <i>Health Bucks Program</i> . <sup>(64)</sup>	Em 2007 os novaiorquinos usaram mais do que 40% dos 9 mil <i>Health Bucks</i> distribuídos em 2006. <sup>(64)</sup>
<b>Comunidades zero Obesidade</b>	Inclusão de famílias socioeconomicamente desfavorecidas e restantes grupos. Atividades comunitárias como: <i>workshops</i> , demonstrações culinárias e educação alimentar em lares, mercados agrícolas, associações e outros locais da comunidade. Divulgação de mensagens para a promoção de estilos de vida saudáveis nos meios de difusão locais, neste caso a RTP Açores, nos jornais e rádios locais. Ações centradas nas famílias: realização de piqueniques, visitas a mercados locais e/ou supermercados, sessões de interpretação de rótulos, criação de ementas saudáveis, <i>workshops</i> de cozinha saudável com <i>Chefs</i> locais, a participação em hortas pedagógicas, em eventos de atividade física, desportos radicais, dança.  A realização de feiras, teatros de rua, festas temáticas, entre outras, nas escolas, nas associações comunitárias e outros espaços.	<i>Just Say Yes to Fruits and Vegetables</i> . <sup>(116)</sup> Programa MUN-SI. <sup>(110)</sup>	Expansão para outras cidades. <sup>(110)</sup>

<b>Feira de negócios locais</b>	Promover os produtores de géneros alimentícios locais	<i>Farm Market Kitchen</i> , em Algoma, Wisconsin, um espaço para desenvolver e expandir pequenos negócios relacionados com a alimentação, como agricultores, <i>chefs</i> , restaurantes, padeiros, instrutores culinários, grupos comunitários. <sup>(109)</sup>	Expandido para outros locais. <sup>(109)</sup>
<b>Água para todos</b>	Promover a ingestão de água em toda a população, através de campanhas de sensibilização regionais sobre os benefícios de consumo de água da torneira Colocação de bebedouros em escolas, zonas de lazer, locais públicos e de trabalho e garantir a sua manutenção Garantir o acesso e qualidade da água.	Campanha “A água de cá é da nossa responsabilidade!”, pela MUSAMI – Operações Municipais do Ambiente, EIM, SA, em São Miguel. <sup>(117)</sup> Estudo “Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial”. <sup>(118)</sup>	Aumento da ingestão de água nas escolas através de uma intervenção que combina a educação com mudança ambiental. <sup>(118)</sup>
<b>Autarquias contra a Obesidade</b>	Parceria das autarquias com vários autores da região, desde meios de comunicação locais, profissionais de saúde, associações desportivas e outras, restauração, juntas de freguesia, lares e centros de dia, escolas, agricultores locais. Formações dirigidas aos professores e fornecimento de material/programas pedagógicos relativo ao tema da alimentação saudável dos parceiros do projeto MUN-SI, os Nutriventures, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Ciência, da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, da OMS, da Rede EPODE, entre outros.	Programa MUN-SI. <sup>(110)</sup>	Expansão para outras cidades. <sup>(110)</sup>



	Sessões em escolas a cargo da Equipa Municipal (designada pelo município em função das parcerias e profissionais de saúde envolvidos no programa). <sup>(106)</sup>	
<b>Locais de trabalho promotores de saúde</b>	<p>Inclusão de opções mais saudáveis nas cantinas, bares e máquinas de venda automática, a preços acessíveis e a criação de um ambiente alimentar agradável.</p> <p>Disponibilizar a informação nutricional dos pratos servidos na cantina, organizar semanas temáticas, oferecer ocasionalmente fruta e hortícolas gratuitos e sensibilização constante dos benefícios de uma alimentação saudável</p> <p>Elaboração de protocolos com os produtores locais para o fornecimento e/ou distribuição no local de trabalho de fruta e hortícolas frescos locais e sazonais, de parcerias comunitárias com estabelecimento de atividade física locais (como por exemplo os ginásios e as associações desportivas a preços especiais para os trabalhadores e o fornecimento de aconselhamento alimentar e sessões de esclarecimento em parcerias com clínicas ou centro de saúde.</p>	<p>Caixa Geral de Depósitos.<sup>(111)</sup></p> <p>Programa FOOD.<sup>(114)</sup></p> <p>Aumento do bem-estar dos funcionários. Homens e mulheres capazes de reduzir o peso corporal.<sup>(111)</sup></p> <p>Programa FOOD envolveu cerca de 4 milhões de trabalhadores na Bélgica, República Checa, França, Itália, Espanha e Suécia.<sup>(114)</sup></p>

**Tabela 11** - Proposta de ações a aplicar na RAA, com base em projetos com resultados positivos, na prevenção da obesidade

O aumento de disponibilidade e acessibilidade dos produtos está dependente do aumento da produção dos mesmos. Assim é recomendado o aumento da produção de produtos hortícolas e frutas regionais, o número de mercados e feiras agrícolas para venda dos mesmos e executar e promover as iniciativas “do campo para o prato”. Estas iniciativas de distribuição

e venda de produtos frescos diretamente ao consumidor são consideradas duplamente vantajosas, pois aumentam a disponibilidade de produtos frescos como peixe, hortícolas e fruta e aumentam as vendas e rendimento dos produtores.<sup>(64)</sup>

Em 2015 foi elaborado um estudo, a pedido da Comissão da Agricultura e do Desenvolvimento Rural do Parlamento Europeu, sobre a agricultura do arquipélago. Segundo dados deste estudo a superfície agrícola útil da região corresponde a 51,6% do total do território do arquipélago, desta superfície cerca de 88% são prados, pastagens permanentes para a criação de gado, 10% de terras aráveis (essencialmente milho forrageiro para o gado) e apenas 2% para as culturas permanentes (sendo a vinha a principal cultura). A superfície das explorações agrícolas, onde se pratica a agricultura biológica, continua a ser bastante modesta, com apenas 620 hectares.<sup>(119)</sup> Isto revela que a agricultura familiar é de pequenas dimensões e são poucos os produtores que conseguem viver exclusivamente dos rendimentos provenientes da agricultura. A produção de carne de bovino predomina em relação a outros tipos de carne, assim como a produção de leite UHT (58,6 milhões de litros) e de queijo (12 614 toneladas produzidas em 2014). A maior parte desta produção é destinada ao mercado externo, 75% para Portugal Continental. Devido à sua importância na economia local e ao desaparecimento das quotas leiteiras, a reestruturação e os apoios fornecidos para a modernização das explorações é aplicado na maioria ao sector do leite, contra os 18,1% para os projetos de apoio a carne de bovino ou os 5,3% para a horticultura.<sup>(119)</sup> Dados que demonstram as limitações na obtenção de produtos hortícolas e frutas locais e frescos por toda a população, ao longo do ano e na variação dos mesmos.

Em 2014, as principais culturais anuais da RAA foram o milho forrageiro (270 775 t.), a beterraba sacarina (13 320 t.) a batata (11 142 t.), o inhame dos Açores (1 191 t.) e a batata-doce (1 176 t.) e nas culturas permanentes as vinhas (12 913 hl), a banana (5 129 t.) e a laranja (3 754 t.). A pesca descarregada nos Açores não tem sido constante, por exemplo em 2004 houve um total de 11 042 toneladas, enquanto em 2010 foi um total de 18 944 toneladas, vindo a diminuir até 2013 com um total de 13 961 toneladas. Os cereais, o arroz, o óleo e o açúcar de beterraba são produtos que entram nos Açores através do apoio da União Europeia para o consumo, transformação ou utilização dos meios de produção.<sup>(119, 120)</sup>

Estes dados estatísticos demonstram a realidade da região na necessidade de importar determinados produtos considerados essenciais, que dada a localização geográfica do arquipélago leva à aplicação de uma política de preços mais elevada para os produtos importados e com perdas na qualidade. Os preços elevados sobre a fruta, os hortícolas e o pescado são muitas vezes incompatíveis com a conjuntura económica de muitas famílias da região, o que se reflete nas escolhas dos consumidores no momento de compra.

As hortas comunitárias são também mencionadas como forma de aumentar o consumo deste tipo de produtos em famílias carenciadas. Na região, segundo os dados de 2013, foram cedidos gratuitamente 90 talhões de terreno para criação de hortas comunitárias, todos na ilha de São Miguel, além das hortas já existentes. Esta medida deve ser promovida, com a criação das mesmas em outras ilhas.<sup>(121)</sup> A RAA é detentora da marca Açores®, com diversos tipos de produtos, incluindo bens alimentares, conhecidos internacionalmente, alguns deles nutricionalmente ricos, que devem ser promovidos na região, como o ananás, a banana, o chá, a laranja, as castanhas, o inhame, o pescado e os laticínios.<sup>(119)</sup>

Em locais públicos da região, como os hospitais, os centros de saúde, as prisões, os aeroportos, entre outros, a oferta alimentar deve conter opções saudáveis, seja em cantinas ou refeitórios, bares ou máquinas de venda automática. Em 2016 foi aprovado no parlamento português a proibição da venda de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras trans em máquinas de venda automática no Serviço Nacional de Saúde e devem obrigatoriamente disponibilizar água, fruta fresca, leite simples, iogurtes naturais, sumos de fruta e néctares, pão adicionado de queijo pouco gordo, fiambre com baixo teor de gordura e sal, carne, atum ou outros peixes de conserva e sandes mistas.<sup>(122)</sup> Ação positiva, que deve ser projetada para a região e alargada para outros serviços públicos nacionais.

Nas unidades orgânicas da RAA, os programas nacionais e as medidas implementadas devem ser mantidos, promovidos e alargados à participação de outras escolas. Segundo os dados do COSI de 2008, as crianças entre os 6 e os 8 anos da RAA são as que apresentam um menor número de inscrições em clubes desportivos, dança e ginásios (34,6%). No entanto na RAA as crianças brincam duas ou mais horas por dia fora de casa (30,1%).<sup>(38)</sup> A educação alimentar deve fazer parte do plano de estudos das escolas, com garantia do seu

cumprimento e sustentabilidade. A promoção da atividade física nas escolas é imprescindível na prevenção da obesidade, com necessidade de garantir a qualidade da disciplina de educação física nas escolas.<sup>(64)</sup>

A obtenção de dados das instituições responsáveis pelo desenvolvimento de ações para a promoção da obesidade foi a etapa mais constrangedora e limitadora na execução deste estudo. As principais limitações identificadas podem considerar-se idênticas às de outros estudos realizados com o intuito de mapeamento de projetos/programas de prevenção, como por exemplo a revisão feita em 2016, com o título de “Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado de Arte em Portugal.”<sup>(102)</sup> Apesar disto, as limitações não devem ser esquecidas e devem mesmo ser consideradas na eventual replicação do estudo.

No que respeita às limitações alusivas ao preenchimento dos questionários, são de referir: o extenso período de tempo abrangido; o desconhecimento dos responsáveis pelas ações/projetos; a dificuldade de compreensão do pretendido nos questionários; as diferentes formas de armazenamento dos dados ao longo do tempo (de papel para digital) e constantes modificações dos sistemas e serviços informáticos; a ausência de relatórios das ações realizadas ou de relatórios anuais de atividades; a constante rotatividade e mudança de equipas de administração dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, logo diferentes formas de planeamento e organização; a ausência de divulgação das ações nos relatórios de atividades, ou na comunicação social ou em bases de dados científicas.

Também as limitações relativas aos resultados obtidos devem ser referidas: a ausência de informação detalhada sobre as intervenções, o que dificultou a compreensão sobre o que foi implementado; a ausência das etapas de avaliação e monitorização na maioria das ações, conseqüentemente a insustentabilidade das mesmas; a inexistência de critérios e terminologia uniformes para descrição da metodologia, dos resultados, da monitorização, avaliação e sustentabilidade; a falta de recursos, quer sejam financeiros, materiais ou humanos, na generalidade das atividades executadas por estas instituições, salientados nos relatórios anuais de atividades.

Consoante os resultados obtidos as etapas de monitorização e a avaliação, carecem de rigor e são desadequadas em relação à sua utilidade e aplicação. Apesar destas etapas serem referidas nos programas e planos de atividades dos Centros de Saúde, nos relatórios anuais de atividades não são descritos especificamente os resultados. A avaliação que consta na maioria dos relatórios anuais de atividades é referente a todas as atividades e serviços prestados pelas USI. A ausência de informação detalhada sobre os resultados obtidos pelas ações pode ser explicada pela curta duração das mesmas e a não aplicação de ferramentas próprias para avaliar a adoção dos comportamentos desejados.

A inexistência de uniformização dos critérios a utilizar e a implementação de todas as etapas previstas de um projeto conduz à insustentabilidade a médio e longo prazo das ações e a impossibilidade de replicação e, também, a carência em recursos financeiros.<sup>(102)</sup>

A implementação e descrição detalhada da metodologia, dos resultados obtidos, dos indicadores de monitorização e avaliação e a garantia de sustentabilidade são cruciais para a melhoria das ações e sua replicação no futuro. No entanto, a ausência deste tipo de detalhes é comum, a nível nacional e internacional, já que 70% das intervenções não farmacológicas não descrevem o seu conteúdo de forma adequada.<sup>(102)</sup>

A elaboração de programas e planos com ações de intervenção na saúde requer o conhecimento da realidade cultural, social, económica onde será implementado. Este conhecimento auxilia na previsão de ocorrência de imprevistos, barreiras e na garantia de correção e adaptação quando necessário e de informação fiável, periódica e com dados comparáveis, para uma tomada de decisões técnicas e programáticas.<sup>(123,124)</sup>

No processo de planeamento de programas em saúde a construção de indicadores de monitorização e a avaliação são sinónimo de garantia de sustentabilidade, adaptação e correção, eficácia e qualidade. Quando a monitorização e avaliação são tidas em conta, adequadamente e a funcionar, permite aos intervenientes a garantia de que os objetivos e metas inicialmente definidos serão alcançados, bem como uma melhor gestão dos esforços e dos recursos e das dificuldades. São etapas complementares, onde a monitorização é a fonte de informação para a avaliação. A sua exclusão ou incorreta utilização pode ser motivo para

tornar um projeto inválido e ineficaz e de impossível repetição, pois não se conhecem os meios para atingir o fim nem os motivos para a desistência por parte dos intervenientes.<sup>(123,124)</sup>

Desta análise às limitações e pela experiência adquirida durante a progressão do estudo, podem ser consideradas algumas correções a aplicar em caso da replicação do mesmo: na fase inicial do estudo fazer o levantamento da opinião e conhecimentos dos profissionais de saúde envolvidos na preparação de programas preventivos na região, no sentido da simplificação e melhor adaptação do questionário, idealmente tentando obter informação que permitisse usar respostas fechadas; a marcação de entrevistas com os responsáveis pelas intervenções para o preenchimento dos questionários; a separação entre as ações previstas pelos Programas Regionais de Saúde e as ações isoladas executadas por profissionais de saúde; a inclusão de instituições públicas e privadas como os centros de dia para idosos, infantários, instituições de Atividades para tempo livre (ATL), unidades de restauração e instituições desportivas.

Diversas instituições internacionais e nacionais têm consciência da necessidade de tomada de ação na redução da obesidade, prova disto são as várias recomendações e publicações que apoiam uma estratégia planeada para a redução de doenças crónicas, com o as publicações da OMS, entre as quais *Population-based Approaches to Childhood Obesity, o European Food Nutrition Action Plan 2015-2020*.<sup>(14,21,28)</sup> No entanto, as taxas de obesidade têm se mantido inalteradas, e em alguns casos continuam a aumentar, devido a barreiras que impedem a obtenção de resultados positivos, como a falta de evidências da eficácia das políticas e regulamentações propostas, a competição por recursos entre os serviços de prevenção e outros serviços do governo e o conflito de interesses pela defesa do consumo de produtos nutricionalmente pobres e os departamentos governamentais que priorizam a atividade livre dos mercados e o crescimento económico.<sup>(36)</sup>

Os projetos anteriormente recomendados para implementação na RAA podem não ter os resultados desejados uma vez que há diferenças na realidade social e económica vivenciada e a falta de evidências de efetividade destas ações preventivas mostra a necessidade de fazer um diagnóstico da situação mais apurado para conhecer os verdadeiros fatores do meio contribuidores do excesso de peso na região. Uma das ferramentas auxiliaadoras para a

realização desta avaliação é o conhecimento das tendências do consumo regular da população, para estabelecer posteriormente relações com os determinantes em saúde. Em Portugal o primeiro, e único, Inquérito Alimentar Nacional com recolha direta individual data de 1980, pelo INSA. Trinta e quatro anos depois, da necessidade urgente de atualização dos dados e das alterações ambientais e dos estilos de vida surge o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2014-2016, com aplicação nacional, e que pretende não apenas avaliar o consumo alimentar, mas também os níveis de atividade física e caracterizar as dimensões alimentares, de atividade física e antropométricas por região, condição socioeconómica e de acordo com outros determinantes em saúde. Esta caracterização pode também permitir uma análise e determinação dos potenciais determinantes do excesso de peso da população portuguesa.<sup>(125)</sup>

Nos três momentos de avaliação do estado nutricional das crianças entre os 6 e os 8 anos, pelo COSI, em 2008, 2010 e 2013, os Açores apresentam uma diminuição, com significância estatística, da prevalência do excesso de peso, de 46,6% em 2008, para 24% em 2013. No entanto esta diminuição foi acompanhada por um aumento da prevalência de baixo peso. Esta redução pode ser explicada pelo trabalho e empenho dos profissionais de saúde nos programas dirigidos ao tratamento da obesidade infantil, uma vez em alguns dos Relatórios de Atividades foi possível verificar um aumento de consultas de nutrição nos centros de saúde, para crianças e adolescentes, e pela parceria dos centros de saúde com as escolas através da saúde escolar. Apesar desta descida, o número de crianças com excesso de peso e obesidade não se encontra nos parâmetros desejados. As ações dirigidas às escolas são imprescindíveis e devem contemplar toda a comunidade escolar e comunidade onde se insere a escola, em particular a família, a oferta de produtos alimentares e as oportunidades para uma prática de atividade física regular.<sup>(38,104)</sup>

Semelhante ao que ocorre a nível nacional, segundo a revisão “Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado de Arte em Portugal” a maioria dos projetos encontrados têm as crianças como principal grupo-alvo para melhoria dos hábitos alimentares e de atividade física em idades precoces. Muitas destas ações são realizadas apenas em ambiente escolar, não sustentadas a longo-prazo e sem um processo de

monitorização e avaliação adequados. Em simultâneo o ambiente comunitário envolvente pode comprometer os esforços de prevenção pela ausência de medidas de proteção da saúde da população a nível comunitário.<sup>(102)</sup>

É necessário que as intervenções futuras tenham um maior rigor e detalhe sobre a sua implementação e padronizar os critérios das etapas de avaliação e monitorização. Para tal é sugerido a aplicação de uma *checklist*, elaborada para o efeito, que pretende uma descrição detalhada das intervenções, para replicação das mesmas e melhoria dos critérios de divulgação das intervenções.<sup>(102)</sup>

A informação e sensibilização não chegam para mudanças efetivas no comportamento alimentar, é necessário incluir nas intervenções determinantes comportamentais, como os motivacionais e subjetivos. A inclusão destas melhoria permite um aumento na qualidade e eficácia das intervenções a realizar.<sup>(102)</sup>

O facto de não existir um programa de prevenção estruturado e aplicável a toda a região revela que a prevenção não é, ainda, considerada uma prioridade nas políticas de saúde, sendo o tratamento a via preferencial e a mais procurada e investida. É um fato que são necessários mais estudos para criar evidências sólidas da melhor forma para evitar e controlar a obesidade, mas “prevenir é melhor que remediar”, a instalação da patologia traz consequências em vários aspetos, na maioria irreversível, e que são passíveis de evitar com a tomada de determinados comportamentos promotores de saúde. O tratamento não deve ser a única e possível solução, a passividade do indivíduo em relação à sua saúde deve ser desmontada, dotando-o de conhecimentos e ferramentas para uma atitude mais ativa e participativa na sua saúde e na construção de um ambiente promotor de saúde.



## Referências bibliográficas

1. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Obesidade - Formação Contínua. [internet]. 2012 [acesso em 10 nov 2014]; Lisboa. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/OBE SIDADE.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/OBE%20SIDADE.pdf).
2. Mitchell S, Shaw D. The worldwide epidemic of female obesity. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* [Internet]. 2014 out [acesso em 15 mar 2015]; 29 (3): 289-299. Disponível em: <http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934%2814%2900213-2/pdf>.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Adult Obesity. Obesity Rises Among Adults. CDC Vital signs report. [Internet] Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. 2010 aug. [acesso em 10 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2010-08-vitalsigns.pdf>.
4. Hills AP. It's time to be more serious about activating youngsters: lessons for childhood obesity. *J ExercSci Fi* [Internet]. 2009 [acesso em 15 nov 2014]; 7(2 Suppl): 28-33. Disponível: <http://www.e-jesf.com/article/S1728-869X%2809%2960020-4/pdf>.
5. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancetseries*. [Internet]. 2011 aug [acesso em 5 mar 2014] 378 (9793): 838-47. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2811%2960815-5.pdf>.
6. The Johns Hopkins Center for a Livable Future and The Department of Health, Behavior and Society. Perspectives on Childhood Obesity Prevention: Recommendations from Public Health Research and Practice. [Internet]. 2007 [acesso em 14 nov 2014]. Disponível em: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/\\_pdf/research/clf\\_reports/childhoodobesity.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/_pdf/research/clf_reports/childhoodobesity.pdf).
7. Stephens SK, Cobiac LJ, Veerman JL. Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence. [Internet]. 2014 fev [acesso em 13 nov 2014]. 62:167-78. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514000735>.

8. Ribeiro AIP. Implementação e avaliação do EFICAS: programa da obesidade pediátrica, em contexto escolar. [Trabalho de investigação] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2008. [acesso em 15 nov 2014]. Disponível em: [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54497/4/120825\\_0827TCD27.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54497/4/120825_0827TCD27.pdf).
9. World Health Organization. Global status Report on noncommunicable diseases 2014. [internet] Suíça: WHO; 2014. [acesso em 12 fev 2015]. 302p. Disponível em: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-status-report-ncds-2014-eng.pdf>.
10. Rito A, Breda J, Carmo I. Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil [internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Direção- Geral da Saúde; 2010 dez. [acesso em 10 set 2015] INSA,IP. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>.
11. Goacher PJ, Lambert R, Moffatt PG. Can weight-related health risk be more accurately assessed by BMI, or by gender specific calculations of Percentage Body Fatness?. *MedHypotheses* [internet]. 2012 set [acesso em 10 set 2015]; 79(5):656-62. Disponível em: [http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877\(12\)00370-2/abstract](http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(12)00370-2/abstract).
12. Oliveros E, Somers VK, Sochor O, Goel K, Lopez-Jimenez F. The Concept of Normal Weight Obesity. *Prog Cardiovasc Dis* [internet]. 2014 jan-fev [acesso 10 set 2015]; 56 (4):426-33. Disponível em: [http://www.onlinepcd.com/article/S0033-0620\(13\)00176-X/fulltext](http://www.onlinepcd.com/article/S0033-0620(13)00176-X/fulltext).
13. Zhou D, Yang M, Yuan ZP, Zhang DD, Liang L, Wang CL et al. Waist-to-Height Ratio: A simple, effective and practical screening tool for childhood obesity and metabolic syndrome. *Prev med* [internet]. 2014 jun [acesso 10 set 2015]; 67:35-40. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514002266>.
14. World Health Organization. European Food Nutrition Action Plan 2015-2020. [internet] Dinamarca: World Health Organization Regional Office for Europe; 2014 set [acesso em 12 fev 2015]. 24p. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/253727/64wd14e\\_FoodNutAP\\_140426.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf).

15. World Innovation Summit for Health, Kumanyika S, Libman K, Garcia A. Obesity. Strategic Action to Combat the Obesity epidemic. [internet] Qatar: WISH; 2013 dez [acesso em 15 fev 2015]. Disponível em: <http://www.wish-qatar.org/app/media/383>.
16. Graça P, Gregório MJ. A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. Revista Nutricias. [internet] 2013 set [acesso em 24 nov 2014]; Julho-Setembro 2013 (18): 6-9. Disponível em: [http://www.apn.org.pt/documentos/revistas/RN\\_18.pdf](http://www.apn.org.pt/documentos/revistas/RN_18.pdf).
17. World Health Organization. Report of the first meeting of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. [internet] Geneva (Suíça): WHO; 2014 jun. [acesso em 12 fev 2015]; 49p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133545/1/9789241507653\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133545/1/9789241507653_eng.pdf?ua=1&ua=1).
18. Reilly JJ. Evidence-Based Obesity Prevention in Childhood and Adolescence: Critique of Recent Etiological Studies, Preventive Interventions, and Policies. *AdvNutr* [internet]. 2012 jul [acesso em 5 mar 2015]; 3 Suppl: 636–41. Disponível em: <http://advances.nutrition.org/content/3/4/636S.full.pdf+html>.
19. Fiese BH, Bost KK, McBride BA, Donovan SM. Childhood obesity prevention from cell to society. *TrendsEndocrinolMetab*. [internet]. 2013 ago [acesso em 5 nov 2014]; 24(8):375-77. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043276013000210>.
20. Padwal RS. Obesity, Diabetes, and the Metabolic Syndrome: The Global Scourge. *Can J Cardiol* [internet] 2014 mai [acesso em 16 fev 2015]; 30(5):467-72. Disponível em: <http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X%2813%2901635-8/abstract>.
21. World Health Organization. Population-based Prevention Strategies for Childhood Obesity. Report of the WHO Forum and Technical Meeting. [internet] Suíça: 2010. [acesso em 15 nov 2014]; 40p. Disponível: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf>.

22. Carqueijeiro M. Prevenir a Obesidade e a Diabetes: mais do que um problema de educação. *Revista Factores de Risco*. [internet] Portugal: 2011. [acesso em 14 nov 2014]; 22:26-30. Disponível: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/350.pdf>.
23. Lemos LFS. Projeto para Implementação de um Plano de Acção no Combate à Obesidade na Região Autónoma dos Açores. [trabalho de investigação] [internet] Porto: Universidade do Porto; 2009 [acesso em 15 nov 2014]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54460>.
24. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Obesity Prevention Strategies. [internet] Boston:2015.[acessoem 15 dez 2014]. Disponível em:<http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-prevention/>.
25. Onis M. Preventing childhood overweight and obesity. *J Pediatr*. [internet]. 2015 abr [acesso em 15 mar 2014]; 91(2):105-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553615000233>.
26. Gaipo S. Projecto de promoção da alimentação saudável numa escola do 2.º ciclo no âmbito da prevenção e controlo da obesidade infantil. [Trabalho de investigação] [internet] Porto: Universidade do Porto; 2009 [acesso 15 nov 2014]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54476>.
27. World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.[internet] Dinamarca: 2007. [acesso em 15 nov 2014]; 40p. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98243/E89858.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf).
28. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, T-K-Huang T, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancetseries*. [Internet]. 2015 fev [acesso em 5 mar 2015]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X).
29. Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública*. [internet] 2008 nov [acesso em 5 dez 2014]; 24 Suppl:209-234.

Disponível em: [http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2008001400002&pid=S0102-311X2008001400002&pdf\\_path=csp/v24s2/02.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2008001400002&pid=S0102-311X2008001400002&pdf_path=csp/v24s2/02.pdf).

30. MacKay S. Legislative solutions to unhealthy eating and obesity in Australia. *PublicHealth*. [internet] 2011 dez [acesso em 6 dez 2014]; 25(12):896-904. Disponível em: [http://www.publichealthjrnal.com/article/S0033-3506\(11\)00188-0/pdf](http://www.publichealthjrnal.com/article/S0033-3506(11)00188-0/pdf).
31. Ells LJ, Campbell K, Lidstone J, Kelly S, Lang R, Summerbell C. Prevention of childhood obesity. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. [internet] 2005 dez [acesso em 6 dez 2014]; 19(3): 441–54. Disponível em: [http://www.bprcem.com/article/S1521-690X\(05\)00040-0/pdf](http://www.bprcem.com/article/S1521-690X(05)00040-0/pdf).
32. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancetseries*. [Internet]. 2011 ago [acesso em 5 mar 2015]. 378: 804–14. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60813-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60813-1.pdf).
33. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson D, et al. The Effectiveness of Worksite Nutrition and Physical Activity Interventions for Controlling Employee Overweight and Obesity. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2009 out [acesso em 5 dez 2014].37(4):340-57. Disponível em: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(09\)00486-3/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(09)00486-3/pdf).
34. Have M. Ethical aspects of obesity prevention. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. [Internet]. 2014 mar [acesso em 16 fev 2015].28: 303–14. Disponível em: [http://www.bpgastro.com/article/S1521-6918\(14\)00029-8/pdf](http://www.bpgastro.com/article/S1521-6918(14)00029-8/pdf).
35. Harvard T.H. Chan School of Public Health. *Worksite Obesity Prevention Recommendations: Complete List*. [internet] Boston:2015. [acesso em 15 dez 2014]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-prevention/worksites/worksites-obesity-prevention-recommendations-complete-list/>.
36. Lobstein T, Brinsden H. The prevention of obesity and NCDs: challenges and opportunities for governments. *IASO Policy Briefing*. [internet] 2014 jan [acesso em 5 fev 2015].

Disponível em: [http://www.worldobesity.org/site\\_media/uploads/iaso\\_preventingobesity\\_briefing.pdf](http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/iaso_preventingobesity_briefing.pdf).

37. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity. Portugal. [internet] WHO Regional Office for Europe country profile; Suíça. [acesso em 15 fev 2015]; 2013. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/243318/Portugal-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/243318/Portugal-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1).
38. Rito AI, Graça P- Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2013. [Internet]. INSA: Lisboa; 2015 ago [acesso em 1 out 2015]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-2013.aspx>.
39. Secretaria Regional da Saúde e Direção Regional da Saúde. Inquérito Regional de Saúde – 2014. Resumo dos resultados [Internet]. Direção Regional da Saúde: Angra do Heroísmo; ago 2015 [acesso 23 mai 2016]. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Dezembro/ResultadospreliminaresInReS.pdf>;
40. Gil P. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11.ª edição. Madrid: Elsevier Masson. 2013.
41. Almeida LM. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. Revista portuguesa de saúde pública. [Internet]. 2010 jan [acesso em 5 dez 2014]. 28(1):79-92. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-1-2010/08-2010.pdf>.
42. Região Autónoma dos Açores. Secretaria Regional da Saúde. Plano Regional de Saúde 2014-2016. [internet] 2014 ago [acesso em 15 fev 2015]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/C1434B21-D0C0-4B26-9A3B-17254892AD0F/0/PRS20142016.pdf>.
43. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Jr Irwin CE, Ross DA, et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. Lancet series. [Internet]. 2012 abr

- [acesso em 5 mar 2015]; 379 (9826): 1653-64. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960238-4/abstract>.
44. Portugal. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [internet] 2012 jan [acesso em 15 fev 2015]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
  45. Centers for Disease Control and Prevention. The Power of Prevention Chronic disease . . . the public health challenge of the 21st century. [Internet] Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. 2009 [internet] [acesso em 15 nov 2014]; 18p. Disponível em: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/2009-Power-of-Prevention.pdf>.
  46. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity. [internet] WHO: França. [acesso em 22 nov 2014]; 2004. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).
  47. Almeida LM. Da prevenção primordial À prevenção quaternária. Revista portuguesa de saúde pública. [Internet]. 2005 jan [acesso em 5 dez 2014]. 23(1):91-6. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>.
  48. Hoelscher DM, Kirk S, Ritchie L, Cunningham-Sabo L. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *J Acad Nutr Diet*. [Internet]. 2013 out [acesso em 5 fev 2015]. 113(10): 1375-94. Disponível em: [http://www.andjrn.org/article/S2212-2672\(13\)01292-6 /pdf](http://www.andjrn.org/article/S2212-2672(13)01292-6 /pdf).
  49. Dietz WH, Benken DE, Hunter AS. Public Health Law and the Prevention and Control of Obesity. *Milbank Q*. [Internet]. 2009 mar [acesso em 5 dez 2014]; 87(1): 215–27. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879170/pdf/milq0087-0215.pdf>.
  50. Haynos AF, O'Donohue WT. Universal childhood and adolescent obesity prevention programs: Review and critical analysis. *Clin Psychol Rev*. [Internet]. 2012 jul [acesso em 5 dez 2014]; 32(5):383-99. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735811001590>.

51. Harvey JR, Ogden DE. Obesity treatment in disadvantaged population groups: Where do we stand and what can we do? *PrevMed*. [Internet]. 2014 nov [acesso em 14 mar 2015]; 68: 71–5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514001819>.
52. European Association for the Study of Obesity. Sociocultural, Behaviour and Economic Factors in Obesity Prevention. *ObesFacts*. [Internet]. 2011 [acesso em 14 dez 2014]; 4:249–53. Disponível em: <http://easo.org/documents/EASOPPHTFSatelliteReport.pdf>.
53. Chan RSM, Woo J. Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach. *Int. J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2010 mar [acesso em 15 dez 2014];7(3): 765–83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872299/pdf/ijerph-07-00765.pdf>.
54. Sherwood NE, French SA, Veblen-Mortenson S, Crain AL, Berge J, Kunin-Batson A, et al. NET-Works: Linking families, communities and primary care to prevent obesity in pre-school age children. *Contemp Clin Trials*. [Internet]. 2013 out [acesso em 15 dez 2014];36(2):544–54. Disponível em: <http://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144%2813%2900166-3/pdf>.
55. Pratt CA, Lemon SC, Fernandez ID, Goetzel R, Beresford SA, French SA, et al. Design Characteristics of Worksite Environmental Interventions for Obesity Prevention. *Obesity*. [Internet] 2007 set [acesso em 15 dez 2014];15(9): 2171-80. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2007.258/epdf>.
56. Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI. Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance: Executive Summary. *J Acad Nutr Diet*. [Internet] 2005 jan [acesso em 15 dez 2014];105(1): 131-8. Disponível em: <http://www.andjrn.org/article/S0002-8223%2804%2901729-8/pdf>.
57. EPHE, EPODE for the Promotion of Health Equity. Why Community-Based Programme? [Internet] Paris; 2012. [acesso em 15 fev 2015]. Disponível em: [http://www.epheproject.com/?page\\_id=189](http://www.epheproject.com/?page_id=189).
58. The European Food Information Council. Prevenção da obesidade infantil através de programas dirigidos à comunidade. [Internet] 2013 ago [acesso em 15 dez 2014]. Disponível em:



- em: <http://www.eufic.org/article/pt/doencas-relacionadas-com-a-alimentacao/obesidade/artid/Preventing-childhood-obesity-through-community-based-initiatives/>.
59. Ashe M, Graff S, Spector C. Changing places: Policies to make a healthy choice the easy choice. *PublicHealth*. [Internet] 2011 set [acesso em 15 nov 2014]; 125(12):889-95. Disponível em: <http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506%2811%2900141-7/pdf>.
  60. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancetseries*. [Internet]. 2015 fev [acesso em 5 mar 2015]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2814%2961745-1.pdf>.
  61. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. [internet] WHO: Suíça. [acesso em 22 nov 2014]; 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1).
  62. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability system to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancetseries*. [Internet]. 2015 fev [acesso em 5 mar 2015]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2814%2961747-5.pdf>.
  63. Aronne LJ, Havas S. The Obesity Epidemic: Strategies in Reducing Cardiometabolic Risk. *Am J Med*. [Internet]. 2009 abr [acesso em 5 dez 2014]; 122(4A Suppl): 52pp. Disponível em: <http://www.amjmed.com/issue/S0002-9343%2809%29X0013-6>.
  64. Keener D, Goodman K, Lowry A, Zaro S, Khan LK. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States: Implementation and measurement guide. [internet] Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. [acesso em 5 dez 2014]; 2009 jul. Disponível em: [http://www.cdc.gov/obesity/downloads/community\\_strategies\\_guide.pdf](http://www.cdc.gov/obesity/downloads/community_strategies_guide.pdf).
  65. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: working with local communities. NICE public health guidance. [internet] Manchester (Ing): National Institute for Health and

- Clinical Excellence. [acesso em 22 fev 2015]; 42:144p.; 2012 nov. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph42/resources/guidance-obesity-working-with-local-communities-pdf>.
66. Parker L, Burns AC, Sanchez E. Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity. [internet] Washington (EUA): National Academies Press; 2009 [acesso em 22 fev 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219683/>.
67. Bleich SN. Generating better evidence to engage local food outlets in obesity prevention research. *PrevMed*. [internet] 2013 jul [acesso em 5 dez 2014]; 57(4):265-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513002673>.
68. Centers for Disease Control and Prevention. Child Care and Early Education (ECE): Strategies to Combat Obesity. [internet] Atlanta (GA); 2014 dez. [acesso em 5 fev 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/obesity/strategies/childcareece.html>.
69. Ladeiras L, Lima RM, Lopes A, Graça P. Bufetes Escolares – Orientações. [Internet] Ministério da Educação e Ciência, Direção- Geral da Educação; 2012. [acesso em 4 abr 2016]. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Bufetes%20escolares.pdf>.
70. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Rede de Bufetes Escolares Saudáveis. [internet] DGS: 2016. [acesso em 4 abr 2016] Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/projetos/rede-de-bufetes-escolares-saudaveis-rbes/>.
71. World Health Organization. WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation. [internet]. Geneva: abr 2013. [acesso em 16 fev 2015] Disponível em: [http://www.who.int/occupational\\_health/who\\_workers\\_health\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf).
72. European Commission's Directorate for public health and risk assessment. Making the healthy option available. Food project. Fighting Obesity through Offer and Demand. [Internet] EU: 2008-2013 EU Funded Actions to Support The EU Public Health Priorities; 2014. [acesso em 15 fev 2015]. 20-2; Disponível em: [http://www.food-programme.eu/IMG/pdf/nutrition\\_fundedactions\\_2014\\_extract.pdf](http://www.food-programme.eu/IMG/pdf/nutrition_fundedactions_2014_extract.pdf).

73. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Programa FOOD. [internet] DGS: 2016. [acesso em 4 abr 2016] Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/parcerias-e-projectos/projetos-a-nivel-nacionalprograma-food/>.
74. World Health Organization. Using price policies to promote healthier diets. [internet] WHO: Dinamarca. [acesso em 15 mar 2015]; 2015. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/273662/Using-price-policies-to-promote-healthier-diets.pdf).
75. Graça P, Gregório MJ. Evolução da política alimentar e de nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. SPCNA [internet]. 2012 [acesso 13 set 2015]; 18(3): 79-96. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:\\_NiBSkQ4jLgJ:www.spcna.pt/download.php%3Fpath%3Dpdfs%26filename%3DREV\\_2012\\_3\\_79-96\\_Rah\\_2012\\_n3\\_art3.pdf+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_NiBSkQ4jLgJ:www.spcna.pt/download.php%3Fpath%3Dpdfs%26filename%3DREV_2012_3_79-96_Rah_2012_n3_art3.pdf+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt).
76. EPHE, EPODE for the Promotion of Health Equity. Homepage [Internet] Paris; 2012. [acesso em 15 fev 2015]. Disponível em: <http://www.epestory.eu/>.
77. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Charter on counteracting obesity. [internet] WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity: Turquia [acesso em 4 dez 2014]; 2006 nov. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/87462/E89567.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf).
78. Borys JM, Bodo YL, Jebb SA, Seidell JC, Summerbell C, Richard D, et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obes Rev.* [internet] 2012 abr [acesso em 22 fev 2015]; 13(4):299-315. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2011.00950.x/epdf>
79. European Community of Consumer Co-operatives. Tackling Obesity: Consumer Co-operatives Leading the Way. [internet] EuroCoop: Bruxelas [acesso em 22 fev 2015]; 2014. Disponível em: [http://www.eurocoop.org/dmdocuments/publication\\_report/report\\_obesity/EuroCoop\\_report\\_2014\\_Obesity.pdf](http://www.eurocoop.org/dmdocuments/publication_report/report_obesity/EuroCoop_report_2014_Obesity.pdf).

80. World Obesity Federation. Intervention atlas.[Internet] Inglaterra; 2014. [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <http://www.worldobesity.org/whatwedo/policyprevention/projects/spotlight/interventionatlas/>.
81. World Obesity Federation.The spotlight project.[Internet] Inglaterra; 2014. [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <http://www.worldobesity.org/what-we-do/policy-prevention/projects/spotlight/>.
82. World Obesity Federation.INFORMAS. Benchmarking food environments. [Internet] Inglaterra; 2014. [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <http://www.worldobesity.org/whatwedo/policyprevention/projects/informas/>.
83. World Obesity Federation.The DAPHNE project. [Internet] Inglaterra; 2014. [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <http://www.worldobesity.org/what-we-do/policy-prevention/projects/daphne/>.
84. World Health Organization.WHO European Database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (NOPA). [Internet] Suíça: WHO; 2014 [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <http://data.euro.who.int/nopa/DisplayRefmat.aspx?NOPAID=197>.
85. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I. Evolução da prevenção e combate À obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. Rev Por Saúde Pública. [internet] 2014 mar [acesso em 22 fev 2015]; 32(1):10-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087090251400008X>.
86. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Orientações Programáticas. [Internet] DGS: Lisboa; 2012 set [acesso em 4 dez 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22514>.
87. Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. APCOI inaugura o primeiro centro de prevenção da obesidade infantil em Portugal. [Internet] 2012 out. acesso em 5 mar 2015]. Disponível em: <http://www.apcoi.pt/apcoi-inaugura-o-primeiro-centro-de-prevencao-da-obesidade-infantil-em-portugal/>.

88. Ordem dos Nutricionistas. Proposta de reestruturação do Serviço Regional de Saúde. [internet] 2013 mai. [acesso 5 mar 2015]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/19FC16BD-9B0F-4617-AF14-3E5F53CE89A5/707679/OrdemdosNutricionistas.pdf>
89. Região Autónoma dos Açores. Resolução do Conselho do Governo n.º 37/2009, de 2 de março de 2009. Cria o Projecto para prevenção e tratamento da obesidade infantil na Região Autónoma dos Açores. [internet] Jornal Oficial. 2009 mar. 21 [acesso 5 mai 2015]. Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/JO/Serie+I/2009/S%C3%A9rie+I+N%C2%BA+30+de+2+de+Mar%C3%A7o+de+2009/Resolu%C3%A7%C3%A3o+do+Conselho+do+Governo+N%C2%BA+37+de+2009.htm>.
90. Região Autónoma dos Açores. Resolução do Conselho do Governo n.º 61/2012, de 21 de Maio de 2012. Que dá continuidade ao Projeto para a prevenção e tratamento da obesidade infantil na Região Autónoma dos Açores, criado pela Resolução n.º 37/2009, de 2 de março. [internet] Jornal Oficial. 2012 mai. 21 [acesso 5 mai 2015]. Disponível em: <http://www.vpgr.azores.gov.pt/sites/cid/Legislacao/c1a914ca-4883-40d0-8a7c-543d53e03e41.pdf>.
91. Kleinert S, Horton R. Rethinking and reframing obesity. The Lancet. [internet] 2015 fev [acesso em 5 mar 2015] Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60163-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60163-5.pdf).
92. PORDATA. O que são NUTS? [Internet] Portugal; 2014. [acesso em 3 abr 2016]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/O+que+sao+NUTS>.
93. Serviço Regional de Estatística dos Açores. Anuário Estatístico- Região Autónoma dos Açores. [internet] SREA: Angra do Heroísmo [acesso em 5 mar 2015]; 2014. Disponível em: <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B4e7eb4e9-7669-4ed4-8ead-05cf09d49272%7D.pdf>.
94. República Portuguesa. Lei n.º 1/2005, de 12 de Agosto de 2005. Aprova a Constituição da República Portuguesa. [internet] Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. 2005 ago 12 [acesso 5 mai 2016]. Disponível em:

[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_print\\_articulado.php?tabela=leis&artigo\\_id=&nid=4&nverso=&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=4&nverso=&tabela=leis).

95. WHO. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion. [internet] Bangkok: Tailândia. 2005 ago 11 [acesso 7 nov 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1).
96. Assembleia da República Portuguesa. Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. [internet] Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Ministério Público. 1990 ago 24 [acesso 7 nov 2016]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/Lei-de-Bases-da-Sa%C3%BAde-48.90.pdf>.
97. Direção Regional da Educação. Portal da Educação. Estatísticas da Educação. [Internet] Angra do Heroísmo: DRE; 2014 nov [acesso em 23 jan 2015]. Disponível em: <https://www.edu.azores.gov.pt/escolas/estatistica/Paginas/Estat%C3%ADsticasedu.aspx>
98. Tavares A. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 1992 [acesso em 23 mai 2016]; 2.ª ed.
99. Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais. Lisboa: ENSP; 1993 [acesso em 23 mai 2016]; 3.ª ed;
100. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. MAPICO—Participe no Mapeamento de Projetos Nacionais. [Internet]; Lisboa: BLOG Nutrimento; 4 fev 2016 [acesso em 23 mai 2016]. Disponível em: <http://nutrimento.pt/noticias/mapico-participe-no-mapeamento-de-projetos-nacionais/>.
101. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Projetos Nacionais. [internet]. Lisboa: DGS; 2016. [Acesso 23 mai 2016]. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/projetos/>.
102. Filipe J, Godinho CA, Graça P. Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado de Arte em Portugal. Revisão da Literatura. Psychology, Community & Health [internet]. ISPA: Lisboa; 8 ago 2016 [acesso em 16 de set 2016]; 5(2): 170-84.

- Disponível em: [http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/08/intervencoes-comportamentais-na-prevencao-da-obesidade-infantil\\_artigo.pdf](http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/08/intervencoes-comportamentais-na-prevencao-da-obesidade-infantil_artigo.pdf).
103. Cornelsen L, Carriedo A. Health-related taxes on foods and beverages. Food Research Collaboration Policy Brief [internet] UK: Esmée Fairbrain Foundation; 5 mai 2015 [acesso 21 ago 2016]. Disponível em: <http://foodresearch.org.uk/wp-content/uploads/2015/06/Food-and-beverages-taxes-final-amended.pdf>.
104. Rito AI, Graça P- Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008. Internet]. INSA: Lisboa; 2015 ago [acesso em 21 ago 2016]. Disponível em: [http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files\\_mf/1444900774Relat%C3%B3rioCOSIPortugal2008\\_InstitutoNacionaldeSa%C3%BAde.pdf](http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444900774Relat%C3%B3rioCOSIPortugal2008_InstitutoNacionaldeSa%C3%BAde.pdf).
105. Amamentar. Evolução da duração do aleitamento materno em Portugal. [Homepage Internet]. Alto Comissário da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública; ago 2017 [acesso em 22 ago 2016]. Disponível em: <http://amamentar.medicineone.net/Not%C3%ADcias/tabid/150/articleType/ArticleView/articleId/3/Default.aspx>.
106. Carvalho RB. Açores – 5 decisões alimentares para 2015 [internet]; DGS: PNPAS; jan 2015 [acesso 25 mai 2016]. Disponível em: <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/01/A%C3%A7ores-5-decis%C3%B5es-alimentares-para-2015.pdf>;
107. Região Autónoma dos Açores. Portaria n.º 152/2015 de 13 de Novembro de 2015. Aprovação do regulamento do projeto “Açores Ativos”. [internet] Secretaria Regional da Educação e Cultura: 2015 [acesso 23 mai 2016]. Disponível em: [http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/28888F17-AA5C-4BD3-9D8A-EEA52039C783/0/PortariaN1522015\\_RegulamentoprojetoA%C3%A7oresAtivos.pdf](http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/28888F17-AA5C-4BD3-9D8A-EEA52039C783/0/PortariaN1522015_RegulamentoprojetoA%C3%A7oresAtivos.pdf);
108. Região Autónoma dos Açores. Portaria n.º 139/2015 de 26 de Outubro de 2015. Aprovação do regulamento do projeto “Atividade Física Desportiva Regular para Jovens”. [internet] Secretaria Regional da Educação e Cultura: 2015 [acesso 23 mai 2016]. Disponível

- em:<http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/7743270D-C2E1-423C-B26B-C0A22555B6E2/0/PortariaN1392015atfisdspregularparajovens.pdf>;
109. Rockeymoore M, Moschetti C, Fountain A. Rural Childhood Obesity Prevention Toolkit [Internet]; USA: Robert Wood Johnson Foundation; 2014 [acesso 18 jun 2016]. Disponível em: [http://www.leadershipforhealthycommunities.org/wp-content/uploads/2014/12/LHC\\_Rural\\_Toolkit\\_FINAL.pdf](http://www.leadershipforhealthycommunities.org/wp-content/uploads/2014/12/LHC_Rural_Toolkit_FINAL.pdf);
110. MUN-SI- Programa de Promoção da Saúde Infantil em Municípios. Áreas de intervenção [internet]. Lisboa: 2016; [acesso em 23 mai 2016]. Disponível em: <http://mun-si.com/areas-de-intervencao/>;
111. Castro DC, Samuels M, Harman AE. Growing Healthy Kids. A Community Garden-Based Obesity Prevention Program. Am J Prev Med [internet]; 2013 [acesso em 25 mai 2016]; 44(3S3):S193-99. Disponível em: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(12\)00907-5/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(12)00907-5/pdf);
112. Centers for Disease Control and Prevention. Safe Routes to School Policies in Rural School Districts. [internet] ChangeLab Solutions: 2014 [acesso 25 mai 2016]. Disponível em: [http://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/SRTS-Policies-Rural\\_School\\_Districts-FINAL\\_20140611.pdf](http://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/SRTS-Policies-Rural_School_Districts-FINAL_20140611.pdf);
113. Public Health Law & Policy. Model Healthy Food Zone Ordinance. [internet] USA: National Policy & Legal Analysis Network to Prevent Childhood Obesity. [acesso 21 jun 2016] Disponível em: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/\\_pdf/projects/FPN/Ordinances\\_Model\\_Policies/Model%20Healthy%20Food%20Zone%20Ordinance%20Creating%20a%20Healthy%20Food%20Zone%20Around%20Schools%20by%20Regulating%20the%20Location%20of%20Fast%20Food%20Restaurants%20and%20Mobile%20Food%20Vendors.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/_pdf/projects/FPN/Ordinances_Model_Policies/Model%20Healthy%20Food%20Zone%20Ordinance%20Creating%20a%20Healthy%20Food%20Zone%20Around%20Schools%20by%20Regulating%20the%20Location%20of%20Fast%20Food%20Restaurants%20and%20Mobile%20Food%20Vendors.pdf);
114. Soroko R. Balanced Nutrition at Work. The European FOOD Project: a successful Public Private Partnership. Final Publication [internet] FOOD Project: 2012 out; [acesso a 27 mai 2016]. Disponível em: [http://www.food-programme.eu/IMG/pdf/PublicationFinale\\_BD\\_31052011\\_VA.pdf](http://www.food-programme.eu/IMG/pdf/PublicationFinale_BD_31052011_VA.pdf).



115. Departamento de Saúde do estado de Nova Iorque. Just Say Yes to Fruits and Vegetables Program.[Internet] NYSWIC: 2014; apr 2014 [acesso em 21 jun 2016]. Disponível em: [https://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/just\\_say\\_yes\\_fruit\\_vegs.htm](https://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/just_say_yes_fruit_vegs.htm);
116. MUSAMI. Notícias - Campanha com foco no consumo de água da torneira [internet]. 27 mar 2015 [acesso a 27 jun 2016]; Disponível em: <http://www.musami.pt/news/393>;
117. Muckelbauer R, Libuda L, Claussen K, Toschke AM, Reinehr T, Kersting M. Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial. Pediatrics [internet]. 2009 apr [acesso 27 jun 2016]; 123(4):e661-7. Disponível em: <http://waterinschools.org/wp-content/uploads/2014/07/Muckelbauer-Pediatrics.pdf>;
118. WHO. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event.[internet]. WHO:2008. [acesso 25 mai 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF\\_report\\_JAN2008\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/WHOWEF_report_JAN2008_FINAL.pdf).
119. Massot A. Agricultura do Arquipélago dos Açores (delegação da COMAGRI). [Internet] Bruxelas: Departamento Temático B: Políticas Estruturais e de Coesão; 2015 set [acesso em 25 mai 2016]. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/567667/IPOL\\_STU\(2015\)567667\\_PT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/567667/IPOL_STU(2015)567667_PT.pdf).
120. SREA. Séries estatísticas 2003-2013 [internet]. Serviço Regional de Estatística dos Açores: Angra do Heroísmo; 2013 [acesso 24 ago 2016]; Capítulo 6. Disponível em: <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7B0db5d853-a749-4923-b32b-7f9fb7cbf796%7D.pdf>.
121. LUSA. Noventa terrenos ocupados por hortas comunitárias [internet]; 2013: Açoriano Oriental; 9 jun 2013 [acesso em 20 de jun de 2013] Disponível em: <http://www.acorianooriental.pt/noticia/noventa-terrenos-ocupados-por-hortas-comunitarias-no-s-acoress-acoress>.
122. Viver Saudável. Máquinas de alimentos pouco saudáveis proibidas no SNS a partir de março.[internet] Lisboa: 2016. [acesso em 25 mai 2016]. Disponível

em:<http://www.viversaudavel.pt/noticia/Maquinas-de-alimentos-pouco-saudaveis-proibidas-no-SNS-a-partir-de-marco#sthash.KzzTRiFd.dpuf>.

123. ARS Norte, Ministério da Saúde. Monitorização e Avaliação dos Programas de Saúde - Termos de Referência [Internet]. Departamento de Saúde Pública: mar 2009; [acesso 25 ago 2016]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/MA\\_Termos\\_Referencia.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/MA_Termos_Referencia.pdf).
124. Palminha FM, Marques MJ. Roteiro de Acompanhamento e Avaliação de Projectos de Intervenção Comunitária (GPS). K’CIDADE – Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano [Internet]. Fundação Aga Khan Portugal: set 2007; [acesso em 25 ago 2016]. Disponível em: [http://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp-content/uploads/2013/09/2-Manual-Avalia%C3%A7%C3%A3o\\_GPS.pdf](http://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp-content/uploads/2013/09/2-Manual-Avalia%C3%A7%C3%A3o_GPS.pdf).
125. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física. Projeto, Enquadramento, Objetivos, Metodologia [Homepage]. EEA-Grants: Programa Iniciativas em Saúde Pública: 2014; [acesso 25 ago 2016]. Disponível em: <http://ian-af.up.pt/projeto/enquadramento>.

## F- Anexos

- Anexo 1 - Questionário

### **Mapeamento dos projetos comunitários com ação preventiva da obesidade na Região Autónoma dos Açores**

#### **Questionário**

No âmbito do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, está a ser desenvolvida uma dissertação de mestrado que tem como objetivo a identificação das intervenções concretizadas nos últimos 10 anos (2004-2014) por entidades públicas da região açoriana, nomeadamente, a Secretaria Regional da Saúde (pelos 18 centros de saúde locais), a Secretária Regional da Educação, Ciência e Cultura e as 19 autarquias da região autónoma dos Açores.

Pedimos assim o favor de preencher o questionário com máximo de rigor possível

**Nome da instituição:**

**Tipo de serviço disponibilizado (saúde, educação, autarquia):**

**Ilha:**

**Concelho:**

#### **Intervenções realizadas no período 2004-2014**

Preencher nos espaços indicados. Em caso de não resposta, colocar “Não se Aplica”

Descrição pormenorizada das intervenções realizadas:

(Por favor, caso existam outras intervenções realizadas, repetir tantas vezes as necessárias o módulo de questões anteriores)

Obrigada pela colaboração!

- 1.1. Nome da intervenção:
- 1.2. Duração (data de início e fim):
- 1.3. Responsável pelo projecto e/ou intervenção.
- 1.4. N.º de profissionais de saúde envolvidos: Nutricionistas: Dietistas: Enfermeiros: Médicos: Outros e quantos:

<b>1.5. Objectivos</b>						
<b>1.6. População-alvo</b>	3 a 5 anos		13 a 15 anos		36 a 65 anos	Outros:
	6 a 9 anos		16 a 18 anos		65 a 75 anos	
	10 a 12 anos		18 a 35 anos		75 a 90 anos	
<b>1.7. Financiamento e parcerias</b>						
<b>1.8. Metodologia aplicada</b>						
<b>1.9. Resultados</b>						
<b>1.10. Avaliação (indicadores utilizados)</b>						
<b>1.11. Monitorização</b>						

- Anexo2 – Caracterização das ilhas da RAA

### **Ilha de Santa Maria**

Caracterização da ilha: 96,89 Km<sup>2</sup> de área, com 5 663 habitantes, sendo a faixa etária entre os 25 e os 64 anos a que prevalece. A câmara municipal de Vila do Porto é a única câmara municipal da ilha e a USI é constituída pelo Centro de Saúde da Vila do Porto, segundo o Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2011/A.

Nota: estes foram os dados obtidos pela consulta dos relatórios disponíveis. É possível que tenham sido realizadas outras atividades, no âmbito da prevenção, como sessões e palestras na comunidade, pela técnica de nutrição.

### **Ilha de São Miguel**

Caracterização da ilha: com 744,58 km<sup>2</sup> de área, 138 638 de população residente, 76 755 com idades entre os 25 e os 64 anos. Ponta Delgada é a capital administrativa da RAA. Além da Câmara Municipal de Ponta Delgada (CMPD), há a Câmara Municipal da Ribeira Grande, Câmara Municipal de Vila Franca do Campo, Câmara Municipal da Lagoa, Câmara Municipal da Povoação e a Câmara Municipal do Nordeste.

A USI de São Miguel é constituída pelos Centros de Saúde de Ponta Delgada, da Ribeira Grande, de Vila Franca do Campo, da Povoação e do Nordeste (Decreto Regulamentar Regional n.º 26/2011/A de 9 de Dezembro de 2011)

### **Ilha Terceira**

Caracterização da ilha: 400,27 km<sup>2</sup>, 56 641 habitantes residentes, faixa etária dos 25 aos 64 anos predomina. Possui 1 hospital e 2 centros de saúde. A Câmara Municipal de Angra do Heroísmo e a Câmara Municipal de Praia da Vitória são as duas câmaras da ilha.

### **Ilha da Graciosa**

Caracterização da ilha: 60,66 km<sup>2</sup>, com 4400 de população residente, a faixa etária dos 25 aos 64 anos é a predominante. Não tem hospital, mas possui um centro de saúde que constitui a USI da Graciosa, e a Câmara Municipal de Santa Cruz da Graciosa.

### **Ilha de São Jorge**

Caracterização da ilha: 243,65 km<sup>2</sup>, com 8 777 de população residente, predomina a faixa etária entre os 25 aos 64 anos. Não possui hospital, mas a USI de São Jorge é constituído pelo centro de saúde das Velas e o centro de saúde da Calheta. E possui duas câmaras municipais, a Câmara Municipal da Calheta e a Câmara Municipal das Velas.

### **Ilha do Pico**

Caracterização da ilha: 444,80 km<sup>2</sup> de área, com 14 101 de habitantes, faixa etária do 25 aos 64 anos predomina. A USI do Pico é formada pelo centro de saúde das Lajes do Pico, o centro de saúde da Madalena e o centro de saúde de São Roque, sem hospital. Existem 3 câmaras municipais, a Câmara Municipal das Lajes do Pico, a Câmara Municipal da Madalena e a Câmara Municipal de São Roque.

### **Ilha do Faial**

Caracterização da ilha: 173,06 km<sup>2</sup> de área, com 14 994 habitantes, faixa etária do 25 aos 64 anos predomina. Esta ilha possui um hospital, a USI do Faial é constituída pelo Centro de Saúde da Horta, e uma câmara municipal da Horta.

### **Ilha Flores**

Caracterização da ilha 140,96 km<sup>2</sup> de área, com 3763 habitantes, 25 a 64 anos, é a faixa etária predominante. Não possui hospital, mas consta o centro de saúde de Santa Cruz das Flores que constitui a USI das Flores. Existem duas câmaras, a Câmara Municipal de Santa Cruz das Flores e a Câmara Municipal das Lajes das Flores.

### **Ilha do Corvo**

Caracterização da ilha: 17,11 km<sup>2</sup> de área, com 463 habitantes, 25 a 64 anos, é a faixa etária predominante. Não possui hospital, apenas o centro de saúde do Corvo. Em 2010 começou a existir a USI do Corvo, que anteriormente fazia parte da ilha das Flores.