

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

Mestrado em Saúde Comunitária



EDUCAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL

Potencialidades de Estudantes de Educação de Infância

Rute Teixeira Borrego

2007

EDUCAÇÃO ALIMENTAR INFANTIL

Potencialidades de Estudantes de Educação de Infância

Rute Teixeira Borrego

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor José Luís Castanheira

AGRADECIMENTOS

Gostaria de transmitir algumas palavras de agradecimento àqueles que, em momentos diversos, estiveram ao meu lado ao longo deste trabalho.

Aos Conselhos Directivos das instituições de ensino superior, aos professores e aos estudantes da licenciatura em educação de infância pela sua participação neste trabalho, que seguramente não tinha sido realizado sem a sua colaboração.

Ao Prof. Doutor José Luís Castanheira, pelo interesse e disponibilidade com que acompanhou o meu trabalho desde o início. Agradeço os ensinamentos, a experiência transmitida e acima de tudo, a persistência com que me apoiou.

Ao Prof. Doutor David Tavares pela colaboração e disponibilidade, bem como pelos incentivos e pela forma amigável e cordial com que acompanhou este trabalho.

À Prof. Doutora Elisabete Carolino pelo apoio *estatístico* que me proporcionou.

À Mestre Ana Spínola pela partilha de experiências, cedência de bibliografia e ainda pela disponibilidade.

À Prof. Doutora Giorgina Palma pela sua revisão editorial.

À Fátima Correia, à Raquel Ferreira e à Vânia Costa que deram vida às personagens do videograma, pela disponibilidade, profissionalismo e dedicação à arte de representar.

Ao João Loff que, com arte e sabedoria, deu imagem, luz e acção ao videograma.

Aos colegas da área científica de dietética, pela partilha de experiências e conhecimentos e também pela vossa amizade.

Aos colegas de mestrado pelo apoio e incentivo.

Aos amigos e família pela compreensão da minha ausência.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO ALIMENTAR	2
DESENVOLVIMENTO INFANTIL	5
NUTRIÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA	7
Padrões alimentares	7
Repercussões na saúde, crescimento e desenvolvimento	9
EDUCAÇÃO ALIMENTAR	12
Educação alimentar na escola	13
OBJECTIVOS.....	19
METODOLOGIA.....	21
DESENHO METODOLÓGICO	22
O VIDEOGRAMA	25
INSTRUMENTO DE NOTAÇÃO – QUESTIONÁRIO	26
TRABALHO DE CAMPO	28
Composição da amostra	30
RESULTADOS	32
DIMENSÃO: CONHECIMENTOS	33
Importância da alimentação infantil.....	33
Utilidade da educação alimentar	34
Aplicabilidade da educação alimentar.....	35
DIMENSÃO: ATITUDES.....	37
Curriculum escolar	37
Refeições escolares	39
Envolvimento família	40
DIMENSÃO: COMPORTAMENTOS PREVISÍVEIS.....	41
Factores predisponentes	42
Factores capacitadores	43
Factores de reforço	45
CONHECIMENTOS / ATITUDES / COMPORTAMENTOS.....	47
DISCUSSÃO	48
CONCLUSÕES	53
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS.....	xi
ANEXO 1 – GUIÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR.....	xii
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO.....	xvii

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Projectos de educação alimentar em escolas	17
Quadro 2 – Domínios e componentes da natureza da aprendizagem	23
Quadro 3 – Factores e componentes que contribuem para o comportamento em saúde	24
Quadro 4 – Versão experimental e versão definitiva do instrumento de notação	30
Quadro 5 – “Na alimentação infantil é importante” – respostas.....	33
Quadro 6 – “A educação alimentar permite” - respostas	34
Quadro 7 – “A educação alimentar desenvolve-se” – respostas	35
Quadro 8 – Sub-dimensão curriculum escolar – valores médios de concordância.....	38
Quadro 9 – Sub-dimensão refeições escolares – valores médios de concordância.....	39
Quadro 10 – Sub-dimensão envolvimento da família – valores médios de concordância	40
Quadro 11 – Sub-dimensão factores predisponentes – valores médios de concordância	42
Quadro 12 – Sub-dimensão factores capacitadores – valores médios de concordância.....	44
Quadro 13 – Sub-dimensão factores de reforço – valores médios de concordância.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho metodológico	23
Figura 2 – Etapas do trabalho de campo	29

RESUMO

Na promoção de comportamentos alimentares saudáveis ao longo da vida, que deve iniciar-se o mais precocemente possível, a educação alimentar é um elemento chave. O jardim-de-infância é um espaço efectivo na implementação de projectos de educação alimentar, onde os educadores de infância são actores imprescindíveis. Este estudo teve como objectivo desenvolver uma metodologia apropriada para identificar as capacidades de estudantes de educação de infância e avaliar as suas aptidões no contexto da educação alimentar infantil.

A população alvo do estudo foram estudantes do 4º ano da licenciatura em educação de infância de instituições públicas e privadas da área metropolitana de Lisboa (n=287). Construiu-se um videograma, integrador dos domínios da aprendizagem (cognitivo e afectivo) e dos factores associados aos comportamentos em saúde (predisponentes, capacitadores e de reforço). A construção dos questionários estruturou-se em: conhecimentos – atitudes – comportamentos. Pretendia-se que os estudantes transmitissem a sua opinião, de acordo com os questionários.

Os estudantes manifestaram conhecimentos, no âmbito da alimentação infantil e da utilidade e aplicabilidade da educação alimentar. Nenhum estudante apresentou conhecimentos negativos, numa escala de zero a 18 valores, 86,9% obtiveram uma classificação entre 11 e 17 valores e 13,1% a classificação máxima. A atitude dos estudantes revelou-se consensual com o desejável, 98,5% apresentaram atitudes positivas face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar. No domínio do “saber fazer” 51,0% dos estudantes demonstraram fragilidades no seu desempenho/comportamento.

Em conclusão, a utilização do questionário demonstrou ser apropriado para a medição dos conhecimentos, das atitudes e como forma de os estudantes, após visionarem o videograma, espelharem o seu desempenho/comportamento face à representação do educador de infância. A taxa de resposta nunca foi inferior a 98,9% (n=284). No domínio dos conhecimentos, os estudantes manifestaram concepções positivas no campo da alimentação infantil e da educação alimentar. As atitudes enfatizaram-se no domínio afectivo, nos aspectos relacionais e comunicacionais. No domínio dos comportamentos, 91,8% dos estudantes apresentaram dificuldades na identificação dos aspectos menos correctos do desempenho dos actores do vídeo, o que pode sugerir lacunas no âmbito do “saber fazer”.

ABSTRACT

Nutrition education is key element to promote lifelong healthy eating behaviours and it must begin since early stages of life. Nursery schools are an effective space in the implementation of nutrition education projects, where the nursery teachers are indispensable actors. The aim of this study was to develop an appropriate methodology to identify nursery education student's skills and evaluate their attitudes in the childhood nutrition education's context. The study's population were students of the 4th degree in private and public nursery education universities in Lisbon metropolitan area (n=287). A video integrator of learning domains (cognitive and affective) and of factors associated with health behaviours (predisposing, enabling and reinforcing) was developed. Questionnaire's construction was structured in: knowledge – attitudes – behaviours. According to the questionnaires students were asked to transmit their opinion

Students revealed knowledge, in the scope of the childhood nutrition and in the utility and applicability of nutrition education. No students presented negative results in knowledge in a zero - 18 scale; 86.9% students obtained a classification between 11 and 17 and the maximum classification was obtained by 13.1% students. Student's attitude was according to with the desirable, 98.5% students' revealed positive attitudes in the nutrition education's structure aspects of childhood activities. In the domain of the "know to do" 51.0% of students showed fragilities in their performance/behaviour.

In conclusion, the questionnaire's utilization confirm to be appropriated in measurement knowledge and attitudes and also, after watching the video, as a way for students reflect their performance/behaviour face to the nursery teacher's representation. Answer's rate was never lower than 98.9% (n=284). In the knowledge's domain students demonstrated positive conceptions in the childhood nutrition and nutrition education's fields. Attitudes were emphasized in the affective domain in the communication and relational aspects. In behaviour's domain 91.8% students presented difficulties in identifying the less correct aspects of the video actor's performance what may suggest gaps in the "know to do" scope .

PREFÁCIO

O presente trabalho situa-se no estudo e construção de uma metodologia para identificação das capacidades dos estudantes de educação de infância para a educação alimentar.

A área de educação de infância sempre me interessou e fascinou e, por isso, durante a minha juventude, colaborei em projectos de actividades de férias e de tempo livre, com crianças no âmbito da educação não formal. Participei ainda, em acções de formação na área da animação e educação não formal dirigida a crianças e adolescentes.

No decorrer da minha formação académica inicial em dietética, foi-me possível continuar a associar este interesse pela área da educação de infância, uma vez que tive a oportunidade de realizar o estágio da vertente de nutrição e dietética comunitária, num jardim-de-infância. Ao longo do estágio, foi possível perceber as múltiplas potencialidades de um dietista na área da educação alimentar infantil.

Actualmente, como docente da licenciatura em dietética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), a vivência e construção de projectos de educação alimentar em escolas/jardins-de-infância, no âmbito da formação dos estudantes de dietética, bem como o serviço de apoio à comunidade da licenciatura em dietética, permitem manter o contacto com a educação de infância na vertente da educação para a saúde. O serviço de apoio à comunidade e a investigação desenvolvida pela licenciatura em dietética da ESTeSL, têm demonstrado as necessidades da comunidade escolar, na área da saúde. Os educadores/professores solicitam informação e manifestam muitas dúvidas na área da nutrição e alimentação infantil, bem como nas estratégias a desenvolver para alterar comportamentos alimentares das crianças e familiares.

A partir destas vivências pessoais e profissionais, constatei que havia uma necessidade de adquirir mais ferramentas, mais competências na área da saúde comunitária e especificamente na promoção e educação alimentar na infância.

Neste contexto, e dado a situação estratégica dos professores/educadores de infância para a efectividade de projectos de educação alimentar na escola/jardim-de-infância, surgiu o interesse em identificar as potencialidades dos professores/educadores de infância para a educação alimentar e compreender de que forma eles as poderão desenvolver e aplicar.

INTRODUÇÃO

*Na promoção de comportamentos alimentares saudáveis ao longo da vida, que deve iniciar-se o mais precocemente possível, a **educação alimentar** é um **elemento chave**. O **jardim-de-infância** é um espaço efectivo na **implementação** de **projectos de educação alimentar**, onde os **educadores de infância** são **actores imprescindíveis**.*

PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO ALIMENTAR

A educação para a saúde, nomeadamente a componente educação alimentar, tem vindo, progressivamente, a ocupar um lugar central quer do ponto de vista do planeamento educativo quer das práticas dos profissionais de saúde, sendo portanto imperativo a adequação das políticas de saúde, ajustando-as às constantes alterações ocorridas na sociedade.

Em 1978 na Conferência Internacional sobre cuidados de saúde primários, em Alma Ata, considerou-se que os cuidados de saúde primários constituíam a chave para atingir a meta de saúde para todos:

“Salientando que os cuidados primários de saúde devem concentrar-se nos principais problemas de saúde da comunidade (...) recomenda que os cuidados primários de saúde abranjam, pelo menos as seguintes actividades: promoção de uma nutrição apropriada; abastecimento suficiente de água potável e saneamento básico do meio ambiente; assistência materno-infantil (...)”⁽¹⁾.

Em 1986, realiza-se a primeira Conferência Internacional para a promoção da saúde, em Ottawa. Na Declaração Final, conhecida por Carta de Ottawa lê-se:

“A promoção da saúde é um processo que visa desenvolver a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. De forma a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e concretizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”⁽²⁾.

A II Conferência para a promoção da saúde, em Adelaide, em 1988, criou o conceito de política pública saudável que constitui um objectivo central dos projectos de cidades saudáveis e estabeleceu políticas de saúde pública. Nesta Declaração, é identificada a alimentação e nutrição como uma das quatro áreas prioritárias na implementação imediata de políticas favoráveis à saúde ⁽³⁾.

A Conferência de Jakarta, em 1997, definiu as orientações e as estratégias a adoptar para dar resposta aos desafios da promoção da saúde no século XXI:

“O aumento da prevalência de doenças crónicas e o sedentarismo (...) são uma ameaça à saúde e ao bem-estar de centenas de milhões de pessoas, sendo essencial que a promoção de saúde evolua para dar

resposta às mudanças que têm causado nos determinantes de saúde”

(4).

Internacionalmente já se vem assinalando a importância do pleno conhecimento dos determinantes da saúde sendo a nutrição e a alimentação condições essenciais para a saúde.

O Relatório Mundial de Saúde de 2002 da Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve como principais factores de risco que contribuem para os valores de mortalidade e morbidade por doenças crónicas na maior parte dos países, os seguintes: a hipertensão arterial, o tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas, a deficiência em ferro, a hipercolesterolemia, o consumo inadequado de frutos e hortícolas, a inactividade física e o excesso ponderal. Refere também que hábitos alimentares pouco saudáveis e inactividade física estão entre as principais causas do aumento desses factores de risco e do aparecimento de patologias como a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e de certos tipos de cancro, que no seu conjunto, contribuem substancialmente para as despesas globais com a saúde e para os valores de mortalidade ⁽⁵⁾.

Em 2004, durante a Assembleia Mundial de Saúde, foi aprovada a “Estratégia Global de Alimentação, Actividade Física e Saúde” que define como objectivo geral a “promoção e melhoria da saúde da população” e estabelece quatro objectivos específicos:

“- Reduzir os factores de risco para as doenças crónicas provenientes de hábitos alimentares inadequados e de inactividade física através de acções em saúde pública e de medidas que abranjam a promoção da saúde e a prevenção da doença;

- Aumentar a consciencialização da população para a influência da alimentação e actividade física na saúde e para o impacto positivo que têm as acções de prevenção;

- Incentivar o desenvolvimento e implementação de políticas e planos de acção que sejam abrangentes, de longa duração e multissetoriais, e que incluam a colaboração com a sociedade civil, sector privado e com os meios de comunicação;

- Monitorizar dados científicos e principais influências na alimentação e actividade física; apoiar a investigação realizada em áreas relevantes para este tema, incluindo a avaliação da eficácia das intervenções e o reforço dos recursos humanos necessários neste domínio”⁽⁶⁾.

A nível internacional, estes foram marcos que contribuíram para o desenvolvimento dos países e das populações em termos de saúde e por via destes que se deu enfoque à nutrição e alimentação como importante determinante de saúde.

A nível nacional, a lei de bases da saúde atribui grande importância e prioridade à promoção da saúde envolvendo nela todos os profissionais de saúde de todos os níveis de prestação de cuidados e todos os sectores da sociedade ⁽⁷⁾.

Nesta vertente, o enquadramento do profissional de dietética e nutrição assenta na área de promoção da saúde, sendo um elemento chave na implementação de programas de educação alimentar. A este profissional compete pois:

“aplicação de conhecimentos de nutrição e dietética na saúde em geral e na educação de grupos e indivíduos, quer em situação de bem-estar quer na doença (...); a prestação de serviços e cuidados de saúde necessários à prevenção da doença, à manutenção, à defesa e à promoção do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade”⁽⁸⁾.

A posição da Associação Americana de Dietistas, em 2004, é mais específica no que se refere à Promoção da Saúde, quando declara que os profissionais de saúde da área da dietética e nutrição têm a responsabilidade de desenvolver métodos práticos para a prevenção de doenças crónicas, intervindo precocemente, de preferência, durante os primeiros anos de vida, e que os educadores e todos os profissionais de saúde devem contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis ⁽⁹⁾.

Assim, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. Na II Conferência para a promoção de saúde, em Adelaide, foi reforçada esta ideia pela relevância que foi dada ao “desenvolver novas alianças na saúde” :

“As instituições ligadas ao ensino devem responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currícula existentes de modo a incluírem competências de capacitação, mediação e advocacia”⁽³⁾.

Alguns autores, já em 1988, mencionavam que as escolas detinham uma posição única para influenciar tanto a alimentação como a actividade física das crianças ⁽¹⁰⁾.

A Conferência de Jakarta evidencia a importância dos “ambientes favoráveis à saúde” considerando a escola como um ambiente específico que oferece possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais ⁽⁴⁾.

Já na década de quarenta, alguns autores sugeriam que deveriam existir políticas que assegurassem ambientes adequados para a educação alimentar nos programas escolares e que todos os professores e educadores deveriam estudar este assunto nos seus cursos de formação pré-graduada e de formação em serviço ⁽¹¹⁾.

É nesta lógica que os educadores de infância assumem um papel preponderante na valorização da educação alimentar na escola, na motivação das crianças e dos pais para obterem informação e desenvolverem actividades para manterem uma boa saúde, evitando acções nocivas e criando hábitos saudáveis de alimentação e actividade física ⁽¹²⁾.

Assim, a educação alimentar integra a formação em educação de infância, visando a aquisição de conhecimentos, de atitudes e de comportamentos, pretendendo-se desenvolver um saber fazer e um saber ser no indivíduo e/ou comunidade ao nível da saúde e alimentação.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A infância é um período crítico para o bem-estar nutricional a curto e a longo prazo e a melhor altura para se adquirirem práticas alimentares saudáveis ⁽¹³⁾. Nos primeiros anos de vida, as atitudes face aos alimentos parecem ser mais susceptíveis de serem melhoradas do que em faixas etárias mais avançadas, estando o prazer ou a rejeição dos alimentos associados a situações vividas e relacionadas com o acto de comer na infância ^(14,15,16).

Os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar são caracterizados pelas suas preferências alimentares, as crianças consomem o que mais apreciam, ou o que está mais disponível e acessível no seu ambiente, recusando normalmente alimentos de que não gostam ⁽¹⁷⁾. Os pais são os primeiros promotores de saúde e o processo educativo a todos os níveis inicia-se, indubitavelmente, no seio familiar.

A preferência pelos sabores doce e salgado e a rejeição dos sabores amargo e ácido, bem como a novos alimentos e sabores, denominada por neofobia alimentar são reconhecidamente inatas e fisiológicas nesta idade ^(18,19). No

entanto, praticamente todas as preferências alimentares são apreendidas nos primeiros anos de vida, pela associação de três factores: (1) percepção sensorial dos alimentos, (2) consequências após ingestão de alimentos e (3) contexto social, cultural e geográfico ^(20,21).

Desta forma, as preferências alimentares das crianças e a aceitação ou rejeição de certos alimentos são determinados pela qualidade e quantidade das experiências com os alimentos, bem como pelas ocasiões a que estas experiências estão associadas, com o contexto social de ingerir alimentos e com as consequências fisiológicas após ingestão ⁽¹⁸⁾. A família e os educadores na escola são sem dúvida uns dos maiores responsáveis por providenciar experiências com alguns alimentos e restringir outros, produzindo diferenças nas preferências alimentares e no aporte nutricional das crianças.

Estudos com crianças até aos 5 anos de idade, demonstraram que as preferências alimentares aumentavam com repetidas exposições a alimentos. Em crianças até aos dois anos eram necessárias dez repetições para aumentar as preferências por um alimento, em crianças entre os quatro e cinco anos as repetições aumentavam para as quinze ^(22,23).

A perspectiva familiar é interessante porque contribui ao mesmo tempo com o factor genético e com o ambiental em que a criança se insere. A acessibilidade e disponibilidade de certos alimentos no ambiente em que a criança se encontra são condicionadas pela família, escola e pares sendo estes intervenientes fundamentais na formação das preferências alimentares das crianças do pré-escolar ⁽¹⁹⁾.

Nas crianças mais jovens, um alimento pode vir a ser melhor apreciado se for oferecido como uma recompensa de algo que a criança tenha feito. As ofertas alimentares e a publicidade fazendo parte do ambiente que rodeia a criança, têm um importante impacto nas suas escolhas alimentares ⁽²⁴⁾.

Birch (1999) evidenciou que crianças do pré-escolar que não gostavam de vegetais aumentavam as suas preferências por esses alimentos, quando lhes era dada a oportunidade, durante as refeições, de observarem outras crianças a escolherem e consumirem vegetais ⁽²⁵⁾.

Neste processo, a influência social e cultural é determinante. Quando as crianças agem num processo de imitação do que vêem, podem ocorrer erros alimentares. Estes são frequentemente ocasionados por estímulos inconscientes e impróprios dos adultos para as crianças, permitindo-lhes e / ou até sugerindo por exemplo o

consumo de bebidas desaconselháveis, de produtos de pastelaria e outros. Por outro lado, também a agressão diária da publicidade que impele ao consumo de determinadas bebidas e alimentos industrializados, muitas vezes prejudiciais para a saúde da população mais jovem.

Desta forma, apesar da predisposição das crianças para preferirem os sabores doce e salgado, rejeitando o amargo e ácido, e da fobia a novos alimentos e sabores, a formação dos hábitos alimentares das crianças faz-se no contexto social e cultural - família, educadores, pares. Sendo os factores fundamentais e modificáveis a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos no ambiente da criança, as repetidas exposições a diferentes alimentos e as associações positivas ao consumo de alimentos.

NUTRIÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA

Devido à sua função social, a alimentação foi durante milénios, o centro da actividade humana para a sua sobrevivência ⁽²⁶⁾.

Na actualidade, muitos são os indivíduos que a reconhecem como uma importante promotora de saúde, associando-a a um estilo de vida saudável ⁽²⁷⁾. A nutrição é um determinante essencial do estado de saúde e é um campo fulcral de intervenção para a melhoria da saúde pública. A prova da influência da alimentação sobre o desenvolvimento de patologias e sobre o estado de saúde global é um elemento chave da elaboração das políticas de saúde pública ⁽²⁸⁾.

Padrões alimentares

Nas últimas décadas, o consumo alimentar em Portugal e no Mundo tem vindo a modificar-se com aumentos significativas no valor energético total.

No período de 1990 a 2003 assistiu-se em Portugal ao aumento do consumo dos produtos hortícolas (mais 45%), produtos estimulantes (café, misturas de café e seus sucedâneos, cacau e chocolate) (mais 45%), carnes e miudezas (mais 31%) e frutos (mais 31%). Com acréscimos mais moderados, os lacticínios (mais 19%), ovos (mais 14%), gorduras (mais 10 %), açúcares (mais 8%) e cereais (mais 4%). Em termos de decréscimos das captações diárias, as maiores variações verificaram-se para as raízes e tubérculos (menos 35%) e leguminosas secas (menos 26%) e, mais moderadamente, no Pescado (menos -9%) ⁽²⁹⁾.

O estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) registou que os adolescentes portugueses de onze anos de idade apresentaram o consumo diário de fruta mais elevado da Europa e dos Estados Unidos da América (EUA) (58,3% no género feminino e 51,5% no género masculino média do HBSC 40,7% e 35,5% respectivamente), sendo no entanto ainda um consumo diminuto. O consumo diário de vegetais dos adolescentes apresentou valores muito próximos da média HBSC (raparigas 36,1% e rapazes 30,5%), raparigas portuguesas 36,3% e rapazes portugueses 27,5%. Menos de metade dos adolescentes portugueses de onze anos consomem diariamente vegetais. Diariamente os adolescentes portugueses consomem refrigerantes e doces (35,8% e 20,6% respectivamente). No entanto, os adolescentes portugueses apresentaram um consumo diário de doces inferior à média de consumo HBSC 27,5% ao contrário do consumo de refrigerantes que é 10% superior à média consumo HBSC ⁽³⁰⁾.

Nos EUA, o consumo energético total diário também tem registado aumentos significativos ⁽¹⁰⁾. O estudo epidemiológico “The Bogalusa Heart Study” feito com crianças americanas de dez anos avaliadas durante duas décadas (1973-1994), evidenciou que as tendências da ingestão nutricional são consistentes com o tipo dos alimentos consumidos pelas crianças. No estudo constatou-se um declínio no consumo de leite, vegetais, sopa, pão, cereais e ovos de 1973 a 1994 e um aumento no consumo de frutos, sumos de fruta, bebidas açucaradas, frango e queijo ⁽³¹⁾.

Em média, as crianças e adolescentes americanos demonstram um consumo elevado de lípidos, lípidos saturados e trans, sódio e açúcar de adição e um consumo insuficiente de fibra, potássio, zinco, ferro, cálcio, vitaminas A, D e C e ácido fólico ^(32,33).

Por outro lado, os padrões de consumo também têm sofrido alterações. A recorrência a restaurantes e a outros locais fora de casa, o aumento das porções por refeição, a alteração do tipo de bebidas consumidas (aumento do consumo de refrigerantes em substituição do consumo de água) a frequência das refeições (o aumento da omissão de refeições) o aumento do acto de petiscar “*snacking*” e as refeições na escola onde as crianças estão grande parte do seu dia repercutem-se nestes valores já mencionados ⁽¹⁰⁾. Segundo a ADA, a escola e os alimentos que aí são disponibilizados para consumo das crianças têm um grande impacto no seu padrão alimentar. Actualmente muitas escolas oferecem alimentos e bebidas “*a la carte*” nos bares e em máquinas automáticas de venda. A maioria

destes alimentos contém elevada densidade energética devido ao excessivo teor de gorduras e/ou açúcares. Alguns destes alimentos contêm ainda quantidades elevadas de sal, contribuindo para a alteração da palatibilidade e diminuindo a percepção a outros sabores ⁽¹⁰⁾.

Repercussões na saúde, crescimento e desenvolvimento

Padrões alimentares adequados durante a infância e adolescência promovem um crescimento saudável e um adequado desenvolvimento intelectual, previnem problemas de saúde imediatos, como sendo deficiências de ferro, anemia, distúrbios alimentares, cáries dentárias, desnutrição, má nutrição, pré-obesidade e obesidade.

Deficiências de ferro – anemia

A deficiência em ferro é a causa mais comum de anemia. Esta deficiência aumenta a fadiga, diminui a capacidade de trabalho e concentração, reduz a resistência a infecções e diminui a performance intelectual ⁽³⁵⁾. Como os grupos com maiores prevalências no mundo são as grávidas e as crianças até aos três anos ⁽³⁴⁾. A prevenção da deficiência de ferro em crianças deve passar pelo consumo adequado de alimentos ricos em ferro e vitamina C, que tem a função de aumentar a absorção de ferro pelo organismo.

Distúrbios alimentares

Os distúrbios alimentares incluindo a anorexia nervosa e a bulimia são desordens do foro psicológico caracterizadas por terem alterações severas no comportamento alimentar. Estes distúrbios mais frequentemente surgem na adolescência e mais de 90% ocorre no género feminino ⁽³⁵⁾. Comparando adolescentes com comportamento alimentar adequado e adolescentes com distúrbios alimentares, estes últimos tendem a apresentar baixa auto-estima, uma imagem negativa do corpo, ansiedade, disfunção social e depressão. Os distúrbios alimentares podem causar complicações severas na saúde e até mesmo a morte ⁽³⁵⁾.

Cáries dentárias

Em Portugal, as cáries dentárias na população infantil e juvenil apresentam um índice de gravidade moderada, isto é o número de dentes cariados, perdidos e obturados, por criança, aos 12 anos, é de 2,95, e a percentagem de crianças livres de cárie dentária, aos 6 anos, é de 33% ⁽³⁶⁾. As cáries dentárias são uma doença progressiva, que, se não for tratada, pode causar infecções generalizadas, dor, perdas de dentes e tratamentos dispendiosos. Existe uma associação forte entre o consumo de açúcar e/ou produtos açucarados e o desenvolvimento de cáries dentárias. Neste sentido, a prevenção destas passa por moderar o consumo desses produtos, a lavagem dos dentes ser frequente e usar dentífricos fluoretados ⁽³⁷⁾.

Desnutrição

As carências nutricionais mesmo ligeiras podem determinar o desenvolvimento cognitivo e conseqüente desempenho escolar das crianças. Carências nutricionais crônicas tendem a revelar nas crianças menor resistência a infecções, conseqüentemente maior tendência a ficarem doentes, a faltarem mais à escola, a terem maiores dificuldades de aprendizagem e menos energia, limitando a actividade física. Crianças que repetidamente não tomam pequeno-almoço têm manifestado algumas destas conseqüências na saúde ⁽³⁸⁾.

Pré-obesidade e obesidade infantil

A obesidade na infância e adolescência está a tornar-se um autêntico flagelo, não apenas nos países desenvolvidos mas mesmo nos que estão em vias de desenvolvimento. A prevalência da obesidade e da pré-obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar a nível mundial a um ritmo alarmante, sobretudo nos países desenvolvidos e em alguns segmentos de países em desenvolvimento ^(39,40,41,42). Dados recentes dos EUA (1998) revelam que uma em cada cinco crianças tem excesso de peso ⁽⁴³⁾. Em Portugal, um estudo de 2002 em crianças entre os sete e nove anos, registou uma prevalência de obesidade e excesso de peso de 31,5%, sendo 20,3% de excesso de peso e 11,2% de obesidade ⁽⁴⁴⁾. Um outro estudo de 2001, realizado com crianças entre os três e os seis anos do município de Coimbra revelou a prevalência de pré-obesidade de 16,9% e de obesidade de 6,7% ⁽⁴⁵⁾. Estes valores estão muito próximos dos outros países Europeus como Itália (36%), Grécia (31%) e Espanha (30%) ⁽⁴⁶⁾.

Na génese da pré-obesidade e da obesidade foram identificados diversos factores que condicionam a sua instalação e progressão, considerando-se importantes os factores genéticos, ambientais, psicológicos e metabólicos ^(43,47,48). Estima-se que 95% das situações de obesidade e de excesso de peso têm uma causa exógena ou nutricional, sendo os restantes 5% devido a causas endócrinas, hereditárias ou genéticas ⁽⁴⁹⁾. Na verdade, é já sobejamente reconhecido que os padrões de comportamento das crianças e dos adolescentes podem acelerar o processo de doença relacionado com estilos de vida resultando numa prematura morbidade e mortalidade. As preferências das crianças recaem cada vez mais sobre, navegar na internet, ver televisão, jogar jogos de vídeo, ao invés de se dedicarem a actividades que despendem maior gasto energético ⁽⁵⁰⁾. O problema da obesidade e da pré-obesidade na saúde infantil e juvenil deve-se à sua elevada repercussão no desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes estando, por isso, frequentemente associados distúrbios psicológicos, como: a diminuição da auto-estima, o isolamento social e a diminuição da participação em actividades colectivas ⁽⁴⁹⁾.

Por estes motivos se explica o facto de a obesidade ser a doença pediátrica que na última década apresentou o maior aumento da prevalência, pelo que deve ser valorizada e avaliada em função da sua real importância na saúde infantil e juvenil ⁽⁵¹⁾. A prevenção da obesidade deve incluir medidas de saúde pública inseridas nas instituições e estabelecimento de estratégias para a promoção de estilos de vida saudável ⁽⁵²⁾.

Assim, uma alimentação adequada contribui para a melhoria do bem-estar das crianças e potencializa a sua aprendizagem, contribuindo para melhores resultados na escola ^(10,53). As crianças e os jovens que são estimulados a praticar hábitos alimentares saudáveis são mais activos fisicamente, não têm propensão para fumar, gerem melhor o *stress* e correm menor risco de doenças crónicas em adultos ^(35,54). A longo prazo, os padrões alimentares desadequados durante a infância e a adolescência geram também outras complicações de saúde, como sejam doenças crónico-degenerativas, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, arteriosclerose, osteoartrose, algumas formas de cancro e obesidade ^(7,55, 56).

Com esta perspectiva nacional e internacional e sendo as crianças consideradas como o grupo mais promissor para uma intervenção efectiva, quer pela flexibilidade à introdução de novos conceitos, quer pela sua avidez em aprender,

são imprescindíveis intervenções imediatas de inversão destas tendências alimentares ⁽⁵⁷⁾.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR

A educação alimentar foi definida como sendo um qualquer conjunto de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar a adopção voluntária de comer e a desenvolver comportamentos relativos à alimentação conducentes à saúde e bem-estar ⁽⁵⁸⁾.

Como experiência de aprendizagem, entenda-se esta com a necessidade de uma pedagogia activa que permita a integração e a apropriação dos elementos cognitivos (conhecimento), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) e que favoreça assim, a realização de um comportamento planeado, estruturado para o sujeito que permita a reflexão de acordo com as necessidades e que seja baseado em modelos e teorias ⁽⁵⁹⁾.

As crianças não nascem com a capacidade de escolher uma alimentação saudável mas as suas preferências alimentares estão associadas às características sensoriais e ao contexto social, como foi anteriormente mencionado.

Sendo os objectivos da educação alimentar com crianças:

- Estimular a procura de uma variedade de alimentos saudáveis;
- Contribuir para a compreensão de como uma boa alimentação está associada ao bem-estar, a uma boa imagem corporal, a capacidade física e intelectual.

Modelos pedagógicos baseados no valor expectativa não são, neste sentido, os mais apropriados para as estratégias de educação para a saúde com crianças.

A teoria da acção planeada de Ajzen valoriza a intenção de levar a cabo um determinado comportamento com a influência da família, dos amigos e de outros grupos sociais, contemplando também a percepção da capacidade do individuo em se auto-controlar em situações relativas à alimentação ⁽⁶⁰⁾.

Deste modo, as estratégias deverão envolver as crianças no seu ambiente, para aprender a explorá-lo e a questioná-lo. É no seu próprio ambiente, que as crianças encontram os alimentos que lhes são oferecidos, as condições destes e os colegas / pares e os adultos com os seus comportamentos ⁽²⁴⁾.

Na organização de projectos de educação alimentar em escolas é utilizada uma combinação de teorias em que o modelo *PRECED-PROCED* de Green and Kreuter (1991) é o mais focalizado ^(61,62). Este modelo organiza-se em nove fases, em que as primeiras se restringem ao diagnóstico educacional pretendendo-se identificar e descrever os factores associados aos comportamentos alvo e classificá-los de acordo com os papéis ⁽¹³⁾. De acordo com os autores, foi proposta a divisão dos factores que afectam individualmente e colectivamente o comportamento em três categorias, cada uma delas com diferente influência no comportamento: predisponentes, capacitadores e reforçadores.

Factores predisponentes – incluem conhecimentos, atitudes, crenças e valores.

Factores capacitadores – incluem capacidades e acessibilidade.

Factores reforçadores – incluem suporte social.

Em consonância com os factores, Green e Kreuter (1991) estruturaram três tipos de estratégias de intervenção: “comunicação directa” – para influenciar os factores predisponentes; “comunicação indirecta” – família, parceiros, professores, educadores, profissionais de saúde para influenciar os factores de reforço; e “estratégias organizativas ou de reforço” – para alterar os factores capacitadores ⁽¹³⁾.

O desenvolvimento da capacidade crítica e da percepção de auto-controlo são também elementos essenciais no processo de crescimento e aquisição de comportamentos saudáveis.

Nesta etapa de desenvolvimento é crucial promover a auto-estima e a auto-confiança ⁽⁶³⁾. Daí a importância de estimular o respeito pelas diferenças culturais reflectidas nas práticas alimentares e de encorajar as crianças a serem elas a fazer as suas escolhas em qualidade e quantidade, para preparar a refeição, pondo a mesa, confeccionando pratos, realizando compras ⁽²⁴⁾.

Educação alimentar na escola

A escola, dada a sua natureza e função, constitui o local ideal para promover a alimentação saudável das crianças e jovens ^(24,35,63,64). Por outro lado, alguns autores evidenciam os vários factores de relevo que facilitam e fortificam a promoção da saúde alimentar nas escolas, a saber:

- a presença dos elementos pares nas escolas;
- um ambiente em que a atenção e a aprendizagem são a regra;

- a facilidade de contacto com os familiares e com vários grupos e organizações da comunidade;
- as crianças passarem a maior parte do seu tempo nas escolas
- algumas das refeições diárias (por exemplo, o almoço e a merenda), ocorrerem durante o horário escolar ^(7,24,65).

Curricula escolares

Nos infantários, nas instituições de ensino pré-escolar, nas escolas de ensino básico e nas escolas secundárias devem incorporar-se os princípios da alimentação, nutrição e saúde nos curricula escolares, uma vez que são nestas idades que as atitudes em relação à alimentação são formadas ⁽⁶⁶⁾. É considerado que a educação alimentar deveria estar presente em todos os curricula escolares, envolvendo activamente os professores, a família e outros profissionais da comunidade ⁽⁶⁷⁾.

Para melhorar os resultados da educação alimentar na escola, os educadores devem identificar e concentrar-se em experiências que sejam significativas para as crianças. Neste sentido as motivações e preocupações referentes aos alimentos e à alimentação devem ser exploradas. Num estudo realizado em Inglaterra, relativo às motivações das crianças e adolescentes para uma alimentação saudável, verificou-se que os rapazes identificavam o desporto, o ser forte e ter uma boa performance, enquanto que as raparigas assinalaram como principal factor a aparência pessoal ⁽⁶³⁾.

A importância de conhecer bem as crianças e de se pretender saber como a aprendizagem acontece é valorizada por Piaget. E de acordo com esta perspectiva, os responsáveis pela elaboração dos curricula escolares e os educadores deveriam perguntar mais vezes às crianças o que elas comem e como fazem as suas escolhas alimentares ⁽⁶⁸⁾.

Assim, o curriculum em Educação Alimentar deve contemplar os três domínios da aprendizagem: cognitivo, afectivo e psicomotor. As estratégias com os mais jovens devem explorar sobretudo os domínios afectivos/sensoriais (por exemplo o paladar) e a influência dos pais ⁽²⁴⁾.

A capacidade de decidir, a responsabilidade pessoal, bem como a habilidade de integrar o domínio emocional e as aptidões comportamentais são competências apropriadas a qualquer idade ⁽²⁴⁾.

Refeições escolares

As refeições na escola (almoço e merendas) também fazem parte do processo educativo, sendo uma excelente oportunidade para praticar e aplicar as aprendizagens que as crianças fazem em sala ^(63,69,70).

O ambiente psicológico, social e físico em que decorrem as refeições e a composição destas são elementos fundamentais no processo educativo. A hora das refeições é um momento crucial para estabelecer o tipo de relação da criança com a alimentação. A observação dos alimentos vindos de casa e o tipo de escolha alimentar que a criança é capaz de fazer, quando lhe é dada oportunidade, permitem realizar um diagnóstico sobre os seus hábitos e preferências alimentares ⁽²⁴⁾.

O ambiente em que decorrem as refeições também é determinante para as escolhas alimentares. Deve ser um local agradável, o mais acolhedor possível, arejado, que não amplifique o som, esteticamente adequado, com as mesas colocadas de forma a não permitir mais do que seis crianças em cada ^(63,69,70). A forma como o prato é apresentado também conta para o despertar do apetite ⁽²⁴⁾.

Na alimentação escolar o domínio da interculturalidade também é muitas vezes referenciado, sendo as refeições escolares o momento ideal para o abordar. Oriundas de diferentes culturas e religiões as crianças são muitas vezes confrontadas com alimentos que desconhecem ou que alguns deles não podem ingerir. Neste sentido, as crianças podem ser envolvidas na tomada de decisão sobre as ementas, conduzindo a uma maior riqueza gastronómica e cultural, e aumentando a experiência de novos sabores.

Assim, os educadores / professores têm um importante papel na educação alimentar das crianças, ao poderem proporcionar-lhes estas experiências e partilhas, durante as refeições na escola.

Participação da família

As atitudes e comportamentos dos pais influenciam as escolhas alimentares das crianças ⁽²⁴⁾. Se está demonstrado que os pais controlam as escolhas alimentares disponíveis em casa, alterar os comportamentos alimentares dos pais será considerada a mais efectiva forma de alterar os hábitos alimentares das suas crianças. Ao nível do jardim-de-infância, devem envolver-se os pais nos curricula de educação alimentar, podendo alterar-se os comportamentos alimentares de ambos, crianças e pais ^(71,72,73). Contento *et al* (1990) referem que este

envolvimento dos pais pode consistir em actividades a serem elaboradas por estes e pelos seus filhos, em conjunto ⁽⁷⁴⁾.

Verifica-se em alguns estudos que os pais são mais receptivos a actividades que possam realizar em casa, com as crianças, do que a actividades que requeiram a sua participação na escola ^(75,76).

Deste modo, a inclusão dos pais como instrutores ancestrais em casa serve, não só para reforçar o que a criança aprendeu na escola, mas também poderá ter um efeito positivo nas atitudes e comportamentos dos próprios pais ⁽²⁴⁾.

Está descrito que os pais desempenham, nas idades mais jovens, uma importante referência, sendo o trabalho conjunto entre pais e educadores / professores potencializador de efeitos na criança ^(71,73,77,78).

Em suma, um programa de educação alimentar na escola deve ser integrado, devidamente planeado e de índole formativa:

- sendo transversal aos curricula escolares;
- envolvendo a família
- aproveitando as refeições escolares como o momento crucial de aplicação e prática das aprendizagens.

Pretende promover conhecimentos de alimentação e nutrição e desenvolver capacidades de auto-estima, autocrítica e autoconfiança, de forma a ajudar as crianças a adoptarem e manterem padrões alimentares saudáveis e consequentemente a prevenir doenças crónicas ^(56,79,80).

A implementação de projectos de Educação Alimentar em escolas tem demonstrado resultados positivos nos conhecimentos nutricionais, nas atitudes e na alteração de comportamento: hábitos alimentares e actividade física (quadro 1).

Quadro 1 – Projectos de educação alimentar em escolas

Projecto	Dimensões	Resultados
Heart Health Crete ⁽⁸¹⁾		Conhecimentos nutricionais: ↑ Hábitos alimentares: ↓ lípidos, ↑ frutos e vegetais; Actividade física: ↑
Minnesota Heart Health ⁽⁸²⁾		Conhecimentos nutricionais: ↑ Hábitos alimentares: ↓ sal
GIMME 5 ^(83,84,85)	Integração curriculum escolar Intervenção refeições escolares Envolvimento família Formação professores	Consumo alimentar: ↑ frutos e vegetais; Conhecimentos nutricionais: ↑
High 5 ^(86,87)	Integração curriculum escolar Intervenção refeições escolares Envolvimento família Formação professores	Comportamento alimentar: ↑ frutos e vegetais e na família; Conhecimentos nutricionais: ↑
5-a-Day Power Plus ⁽⁸⁸⁾	Formação professores Intervenção refeições escolares	Hábitos alimentares: ↑ frutos e vegetais;
CATCH1 ^(53,89,90,91)	Integração curriculum escolar Intervenção refeições escolares Envolvimento família Formação professores	Hábitos alimentares: ↓ lípidos Conhecimentos nutricionais: ↑ Actividade física: ↑ Colesterol sanguíneo, pressão arterial e IMC: alterações não significativas;
Heart Health Montreal ⁽⁹²⁾	Integração curriculum escolar Intervenção refeições escolares Envolvimento família Formação professores	
Eat Well & Keep Moving ⁽⁹³⁾	Integração curriculum escolar Formação professores Intervenção refeições escolares Envolvimento família	Ingestão alimentar: ↓ lípidos totais, ↓ lípidos saturados, ↑ frutos e vegetais, ↑ vitamina C, fibra;
Planet Health ⁽⁹⁴⁾		Hábitos alimentares: ↑ frutos e vegetais; Horas de TV: ↓ Prevalência de obesidade: ↓ (género feminino)
Low-income urban area in Bilbao (Spain) ⁽⁶¹⁾	Integração curriculum escolar Participação estudantes Intervenção refeições escolares Envolvimento família	Conhecimentos nutricionais: ↑ Hábitos alimentares: ↑ frutos e vegetais; Comportamentos saúde: lavagem das mãos

Neste sentido, as crianças são consideradas uma prioridade para estas estratégias de intervenção, uma vez que nesta idade estão mais ávidas a mensagens de saúde e a mudanças de comportamento que se tendem a manter

mais tarde, durante a adolescência e até à idade adulta ⁽⁹⁵⁾. A educação alimentar é um elemento chave na promoção de comportamentos alimentares e de exercício físico saudável ao longo da vida, mas que deve iniciar-se o mais precocemente possível. Os profissionais de dietética e nutrição e os educadores de infância são actores principais no desenvolvimento de projectos de educação alimentar na escola integrados, devidamente planeados e de índole formativa.

OBJECTIVOS

A finalidade desta investigação é avaliar as aptidões para a educação alimentar de estudantes de educação de infância.

Em concreto, pretende-se:

- Desenvolver uma metodologia apropriada para identificar as capacidades de estudantes de educação de infância para a educação alimentar;
- Avaliar as aptidões de estudantes de educação de infância no contexto da educação alimentar infantil.

METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo, apresentam-se e fundamentam-se as opções metodológicas relativas ao estudo, de acordo com os objectivos traçados e com a bibliografia utilizada.

DESENHO METODOLÓGICO

O estudo desenvolveu-se em torno do conceito de “educação alimentar” e da forma como os estudantes de Educação de Infância fazem a passagem do “saber” ao “saber fazer”, ou seja, põem em jogo a informação de que necessitam para o exercício prático, sendo este mesmo que estabelece as capacidades a desenvolver ⁽⁹⁶⁾. Neste estudo pretende-se que se enquadrem no âmbito da Educação Alimentar.

De acordo com estes aspectos, alguns modelos metodológicos foram considerados para se alcançarem os objectivos propostos: - A pesquisa por narrativa, que contém situações o mais próximo possível da realidade dos estudantes, na área da educação alimentar e da educação de infância; - Na medição dos comportamentos, já alguns estudos demonstraram, que o recurso à imagem, ou pela utilização do videograma ^(97,98,99), ou pela utilização da representação fotográfica, ⁽¹⁰⁰⁾ é um auxiliar aparentemente eficaz para resolver os problemas que se colocam na captação de comportamentos; - Metodologias de observação participante e/ou não participante são também utilizadas neste âmbito e em combinação com outras técnicas; - A observação dos estudantes no seu contexto de estágio foi também considerada como um modelo a seguir, no entanto é considerado como um processo moroso, com subjectividade na quantificação dos dados, com dificuldades de definição do papel do observador.

Com o propósito de registar comportamentos, Hutt (1974:122), citado por Carvalho M. (2001), refere que é aconselhável a recolha por imagens através de filme ou de vídeo quando: a acção decorre tão depressa que é impossível registar os elementos por qualquer outro meio; a acção é tão complexa que a atenção se fixa em determinadas componentes com prejuízo das demais; as mudanças de comportamento são tão subtis; quando se torna necessário medir com precisão parâmetros específicos de certos eventos comportamentais breves ou complexos ⁽⁹⁹⁾.

Neste âmbito, apresenta-se o desenho metodológico que se pretende que ilustre e integre todo o movimento metodológico do estudo figura 1.

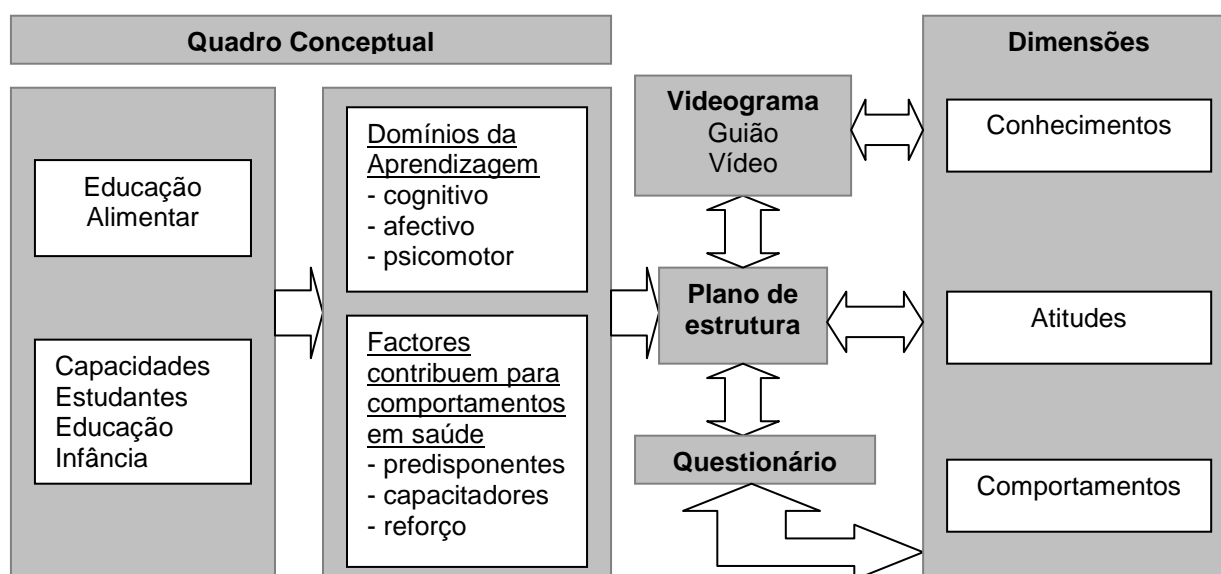


Figura 1 – Desenho metodológico

Nesta perspectiva, construiu-se o plano de estrutura em que se parte dos diferentes domínios: cognitivo, afectivo e psicomotor¹ que são integradores das aprendizagens dos estudantes, em concordância com a taxonomia de Bloom (101,102). Com base na taxonomia de Bloom, apresentou-se uma estrutura de domínios e componentes da natureza da aprendizagem que se interrelacionam e que seguem uma hierarquia do mais simples para o mais complexo (quadro 2).

Quadro 2 – Domínios e componentes da natureza da aprendizagem

Domínios	Componentes
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento - Compreensão - Aplicação - Análise - Síntese - Avaliação
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Resposta - Valorização - Organização - Caracterização por um valor

Adaptado Taxonomy of Educational Objectives (Bloom et al, 1956 e 1964)^(101,102)

¹ O domínio psicomotor não foi incluído no estudo.

Na mesma lógica, ao nível do planeamento educacional, integraram-se os factores associados aos comportamentos de saúde – predisponentes, capacitadores e de reforço – de acordo com o modelo Precede-Procede ⁽¹²⁾. Apresentou-se uma estrutura de factores e componentes (quadro 3).

Quadro 3 – Factores e componentes que contribuem para o comportamento em saúde

Factores	Componentes
Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento - Crenças - Valores - Atitudes - Capacidades
Capacitadores	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos de saúde existentes - Acesso aos recursos de saúde - Prioridades assumidas pela comunidade e Governo - Capacidades relacionadas com a saúde
Reforço	<ul style="list-style-type: none"> - Família - Grupo de pares - Professores - Patrão - Profissionais de saúde - Leader comunitário

Adaptado do modelo Precede-Procede (Green and Kreuter, 1991) ⁽¹²⁾

Tanto a estrutura dos domínios e dos componentes da natureza da aprendizagem como a estrutura dos factores e componentes que contribuem para o comportamento em saúde revelaram-se integradores do plano de estrutura e fundamentais na elaboração do guião do videograma e na constituição de variáveis na construção do questionário.

Num primeiro momento, utilizou-se o plano de estrutura para a elaboração do guião que sofreu um processo de revisão por colegas da área da educação de infância e da área da dietética e nutrição (anexo 1). Num segundo momento, foram efectuadas várias leituras ao guião, no sentido de identificar os factores e os domínios que se constituíram em variáveis, a integrar no questionário.

O VIDEOGRAMA

Em concordância com os pressupostos mencionados no processo de aprendizagem do estudante e com o objectivo de o estimular a reflectir nas capacidades adquiridas, no âmbito da educação alimentar, construiu-se uma representação de uma prática do educador de infância.

Nesta perspectiva, valoriza-se a utilização da imagem através do vídeo como um auxiliar eficaz, quando o que se pretende é, através dela, estimular os estudantes a reflectir na acção pois “a imagem tem potencialidades pedagógicas que vale a pena explorar”⁽⁹⁷⁾.

Por outro lado, recorreu-se à utilização da câmara de vídeo pelo facto de ser um instrumento relativamente simples e pouco exigente tendo, segundo Linard M (1990) “todas as características requeridas por um elemento de comunicação, no sentido da troca de palavra e de responsabilidade”, sendo um meio privilegiado de análise e permitindo a interacção e representação mental, imagem real e imagem percebida no momento e efeitos esperados e efeitos observados⁽¹⁰³⁾. Desta forma, o vídeo facilita a reflexão do estudante sobre as suas práticas e sobre o seu saber fazer⁽¹⁰⁴⁾.

A construção do videograma teve por base os seguintes pressupostos:

- a educação alimentar é uma estratégia de intervenção planeada, estruturada e integrada no âmbito da educação de infância⁽¹²⁾;
- os estudantes, quando estimulados para a acção, desenvolvem diferentes capacidades que, de forma diferenciada ou diferenciadora, lhes promovem a reflexão na acção⁽¹⁰⁵⁾.

O movimento metodológico desenvolveu-se segundo as dimensões que constituem os factores associados aos comportamentos de saúde e os diferentes domínios da aprendizagem. Construiu-se um registo em videograma de uma intervenção educativa de educação alimentar desenvolvida por um Educador de Infância a uma Mãe, com o tema – Alimentação infantil - o problema dos maus hábitos alimentares.

Neste contexto, foram convidadas três dietistas com experiência profissional e amadora na área da expressão dramática e com experiência profissional na área da educação alimentar infantil. Estas três protagonistas assumiram diferentes papéis, de acordo com as motivações pessoais e os requisitos dos diferentes intervenientes.

As filmagens foram realizadas por um profissional de audiovisuais que complementou toda a área de cenário, imagem, som e luminosidade. Os adereços e guarda-roupa ficaram a cargo da investigadora e das protagonistas de forma a enquadrarem e melhor caracterizarem os intervenientes. As filmagens decorreram num jardim-de-infância (sala e parque exterior) simulando uma intervenção educativa de educação alimentar infantil entre uma mãe e uma educadora de infância.

Após as filmagens, ficou-se com um videograma que constituiu um instrumento a utilizar com os estudantes, com o objectivo de os estimular a reflectir na acção, o que possibilita a caracterização do comportamento, a partir das variáveis a integrar no questionário. O estudante é sujeito a uma estimulação de uma atitude reflexiva, através da visualização do videograma e posteriormente a transmitir a sua opinião, de acordo com o instrumento de notação.

INSTRUMENTO DE NOTAÇÃO – QUESTIONÁRIO

Para a construção do instrumento de notação teve-se em conta o plano de estrutura bem como o guião do videograma, uma vez que se entende a construção do questionário como integrador e congregador de todo o processo metodológico. A estrutura do questionário baseou-se nos aspectos transversais a todo o estudo bem como nos trabalhos de Madeira A. (2004) que situou a sua investigação ao nível cognitivo e afectivo e deu um contributo na adopção de algumas escalas⁽⁹⁸⁾.

O questionário encontra-se dividido em duas partes, de acordo com a estrutura metodológica traçada: conhecimentos – atitudes – comportamentos (anexo 2). O primeiro bloco da primeira parte contempla a caracterização dos conhecimentos dos estudantes no que respeita à alimentação infantil e ao conceito de educação alimentar, através das sub-dimensões: 1) importância da alimentação infantil, 2)

utilidade da educação alimentar e 3) aplicabilidade da educação alimentar. As modalidades possíveis de resposta eram verdadeiro ou falso.

O segundo bloco pretende avaliar as atitudes dos estudantes relativas a diversos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar em jardim-de-infância, utilizando-se a escala de Likert para o registo individual de cada indivíduo, do seu grau de concordância ou discordância com cada um desses aspectos.

O recurso a uma escala de intervalos, mais especificamente à escala de Likert, prende-se com o facto desta ser usada frequentemente para o registo do “grau de concordância ou de discordância com determinada afirmação sobre uma atitude, uma crença ou um juízo de valor”⁽¹⁰⁶⁾, tal como é o objectivo já definido para este bloco do questionário. O facto de utilizar um sistema de questão fechada, permite levar a standardização e uniformização das respostas mais longe, admitindo assim uma obtenção de dados comparáveis⁽¹⁰⁷⁾. A escala de Likert, construída para este bloco do questionário, possuía cinco itens correspondendo o 1- a discordo totalmente e o 5- a concordo totalmente e ainda a modalidade de resposta não tenho opinião. Deste modo, era pedido aos estudantes que mostrassem o seu grau de concordância ou discordância relativamente às afirmações, bastando para tal colocar a sua marca na escala.

As dezassete afirmações foram estruturadas conceptualmente em três sub-dimensões que enformam os aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar: 1) curriculum escolar, 2) refeições escolares e 3) envolvimento da família. Consideraram-se estas sub-dimensões, por abrangerem os aspectos essenciais na construção de actividades de educação alimentar com crianças, em jardim-de-infância.

A segunda parte do questionário pretende avaliar o comportamento do estudante desencadeado pelo estímulo vídeo, numa perspectiva de “se estivesse na situação como faria”. Assim, as variáveis incluídas nesta parte do questionário foram oriundas do videograma e foram divididas nas três sub-dimensões: 1) factores predisponentes, 2) factores capacitadores e 3) factores de reforço. A modalidade de resposta foi também criada com recurso à escala de Likert com 5 opções, a primeira nada e a última opção nunca, em que os estudantes assinalavam a opção que melhor correspondia à sua opinião. As variáveis recolhidas relativas à caracterização pessoal foram idade e sexo. Desta forma, o

questionário foi respondido de forma anónima e todos os dados são confidenciais. Todas as questões foram sujeitas a um processo de validação facial junto de colegas, que sugeriram algumas alterações quanto à redacção das questões e ao aspecto gráfico do questionário.

TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo iniciou-se a cinco de Fevereiro de 2007, com o envio dos pedidos de autorização aos conselhos directivos e/ou direcções das instituições de ensino superior público e privado da área metropolitana de Lisboa, a ministrar no ano lectivo de 2006/2007 a Licenciatura em Educação de Infância. Das sete instituições contactadas, uma não respondeu ao pedido de autorização.

A aplicação do questionário decorreu no período de dezasseis de Março a dezanove de Abril de 2007, nas salas de aula e de tempo lectivo das aulas de 4º ano da Licenciatura em Educação de Infância, disponibilizadas para o efeito pelas instituições de ensino superior. Todo o processo decorreu na presença da investigadora, que assegurou o preenchimento individual do questionário e ainda a presença obrigatória dos estudantes nas três etapas do processo metodológico, garantindo-se a correspondência individual das duas partes do questionário (figura 2).

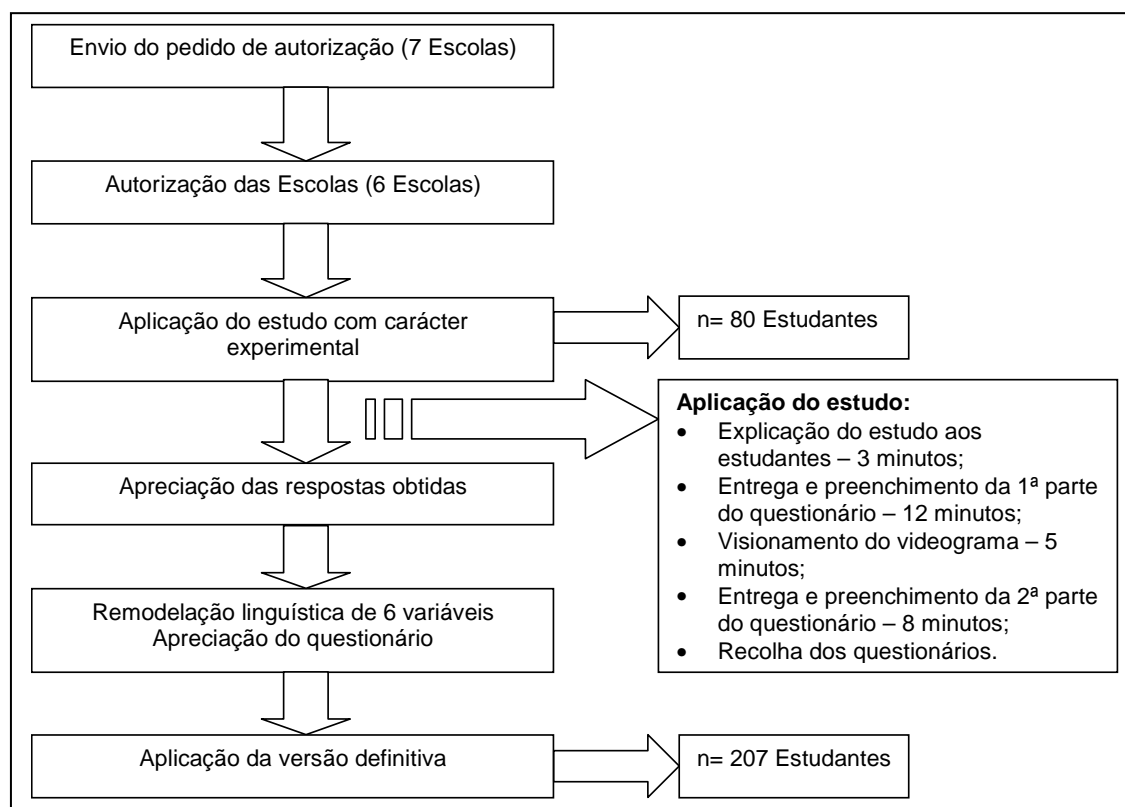


Figura 2 – Etapas do trabalho de campo

Na logística para a aplicação do estudo constataram-se algumas dificuldades, como sendo:

- a morosa aprovação do estudo;
- a comunicação interna nas instituições;
- a conjugação de horários de professores e estudantes.

No entanto, ultrapassadas estas dificuldades a aplicação do estudo decorreu sem incidentes e cumpriu-se o estipulado.

A taxa de resposta ao estudo foi elevada. Os estudantes não responderam a algumas questões, ou por não saberem, ou por não compreenderem, ou por esquecimento. No entanto, o número total de respostas às diversas questões nunca foi inferior a 284 estudantes. Quer os questionários quer o videograma, foram compreendidos pelos estudantes.

No final da aplicação do estudo notou-se que os estudantes manifestaram interesse em perceber se as suas respostas estavam ou não ajustadas. Por se tratarem de estudantes que se encontravam em período de estágio curricular, alguns expressaram certas dificuldades que estavam a ter ou que já tinham tido

na área da educação alimentar, com as crianças, as famílias ou com a própria instituição onde estagiavam.

Composição da amostra

Após a aplicação da versão definitiva, procedeu-se à descrição simples de todas as variáveis e confrontaram-se as respostas da versão experimental e da versão definitiva: primeira parte do instrumento, primeiro bloco através das frequências relativas; primeira parte segundo bloco e segunda parte do instrumento de notação através das médias e desvio-padrão (quadro 4).

Quadro 4 – Versão experimental e versão definitiva do instrumento de notação

1ª Parte - 1º Bloco			
Versão Experimental		Versão Definitiva	
1.5. A introdução do açúcar e produtos açucarados ao longo do dia.		1.5. A introdução do açúcar e produtos açucarados (bolos, gelados, gomas, rebuçados) ao longo do dia.	
Respostas	%	Respostas	%
Verdadeiro	11,2%	Verdadeiro	1,9%
Falso	88,8%	Falso	97,6%
3.6. Através da comunicação social (televisão, rádio, revistas, jornais).		3.6. Através de artigos e/ou programas de comunicação social (televisão, rádio, revistas, jornais).	
Respostas	%	Respostas	%
Verdadeiro	76,9%	Verdadeiro	73,9%
Falso	23,1%	Falso	26,1%
3.7. Através do marketing.		3.7. Através de anúncios e/ou propaganda.	
Respostas	%	Respostas	%
Verdadeiro	60,8%	Verdadeiro	52,7%
Falso	39,2%	Falso	47,3%
1ª Parte - 2º Bloco			
Versão Experimental		Versão Definitiva	
Média (desvio-padrão)			
7- Identificar as barreiras do meio envolvente.	4,37 (0,94)	4,13 (0,94)	7- Identificar as dificuldades do meio envolvente.
2ª Parte			
Versão Experimental		Versão Definitiva	
Média (desvio-padrão)			
2.1. Integrados no planeamento os conhecimentos da mãe em matéria de saúde.	2,65 (1,30)	2,89 (1,18)	2.1. Integrados na intervenção os conhecimentos da mãe em matéria de saúde.
2.2. Incluídos no planeamento as crenças e os valores de saúde da mãe.	2,54 (1,19)	2,86 (1,07)	2.2. Incluídos na intervenção as crenças e os valores de saúde da mãe.
4.4. A rede familiar de suporte social.	3,51 (1,03)	3,78 (0,96)	4.4. A rede familiar de suporte social (apoio informal, familiares, vizinhos, amigos).

Com base nos resultados obtidos nas sete variáveis remodeladas da versão experimental para a versão definitiva, verifica-se que, no primeiro bloco da

primeira parte, as percentagens de resposta são homogéneas nas variáveis 3.6. e 3.7. Por outro lado, as respostas no variável 1.5. apresentam diferenças sendo que, da versão experimental para a versão definitiva, há uma diferença de 9,3% nos respondentes que assinalaram a opção de resposta verdadeira.

No segundo bloco e na segunda parte do instrumento de notação, verifica-se que os valores médios de concordância e o desvio-padrão apresentam valores também homogéneos.

Neste sentido, define-se como decisão sobre a composição do número de indivíduos em estudo que, em todas as variáveis do instrumento de notação, se vão avaliar as respostas para o total da amostra $n=287$, exceptuando para a variável 1.5. do primeiro bloco da primeira parte, em que se retiram os oitenta indivíduos da versão experimental do trabalho de campo.

A população alvo $N=362$ integra os estudantes do 4^o ano da Licenciatura em Educação de Infância de instituições de ensino superior público e privado, da área metropolitana de Lisboa.

Participaram no estudo 287 estudantes que representam 79,2% da população. Esta diferença deve-se ao facto de no dia agendado para aplicação do estudo, os estudantes estarem ausentes e por isso serem excluídos do estudo.

Dos 287 estudantes que participaram no estudo 1% ($n=3$) era do sexo masculino e 99% ($n=284$) do sexo feminino. As idades estavam compreendidas entre os 21 anos e os 45 anos, apresentavam uma média de idades de 24,3 anos com um desvio-padrão de 3,7.

RESULTADOS

*Ao longo deste capítulo, procede-se à apresentação e análise de todo o **trabalho de campo** desenvolvido e dos resultados do estudo de acordo com os objectivos propostos. Numa primeira fase descrevem-se e analisam-se os **conhecimentos** dos estudantes sobre educação alimentar, através de variáveis relativas à alimentação infantil e ao conceito de educação alimentar. De seguida, realiza-se a análise das **atitudes** expressas face a actividades de educação alimentar no jardim-de-infância. Termina-se, com uma análise do **comportamento** dos estudantes face à intervenção do educador de infância no videograma.*

DIMENSÃO: CONHECIMENTOS

Na análise da dimensão relativa aos conhecimentos tem-se em conta a sub-dimensão Importância da Alimentação Infantil. No conceito de educação alimentar consideram-se duas sub-dimensões: Utilidade da Educação Alimentar e Aplicabilidade da Educação Alimentar. Para todas as sub-dimensões atribuiu-se uma pontuação final em que as respostas correctas a cada variável têm a pontuação de um ponto e as respostas incorrectas têm a pontuação de zero pontos. Desta forma, obtém-se a pontuação final em cada sub-dimensão e consegue-se analisar os conhecimentos expressos pelos estudantes no âmbito da educação alimentar.

Importância da alimentação infantil

A importância da alimentação infantil expressa-se em sete variáveis em que as afirmações dois, quatro, seis e sete são verdadeiras, sendo as restantes falsas. Assim, a pontuação final desta sub-dimensão está compreendida entre zero e sete pontos.

Quadro 5 – “Na alimentação infantil é importante” – respostas

Variáveis	Respostas		Total respondentes (n)
	Correctas %	Incorrectas %	
1.1. O consumo de refrigerantes numa refeição diária.	99,7%	0,3%	287
1.2. O consumo de carne ou peixe ao longo da semana, para aumentar a quantidade de proteína.	98,6%	1,4%	286
1.3. O uso de sal na confecção de todos os alimentos.	93,4%	6,6%	287
1.4. O uso de azeite como gordura de origem vegetal na confecção dos alimentos.	94,1%	5,9%	287
1.5. A introdução de açúcar e produtos açucarados (bolos, gelados, gomas, rebuçados) ao longo do dia	98,1%	1,9%	206
1.6. O consumo de sopa ao almoço e ao jantar.	98,6%	1,4%	287
1.7. A ingestão de água ao longo do dia.	99,7%	0,3%	287

De acordo com os resultados obtidos (quadro 5), constata-se que todas as questões apresentam maiores percentagens de respostas correctas, sendo a percentagem de respostas correctas em todas as questões acima dos 90%. As questões O uso de sal na confecção de todos os alimentos e O uso de azeite como gordura

de origem vegetal na confecção dos alimentos apresentam maior número de respostas incorrectas, respectivamente, 6,6% e 5,9%. No entanto, nesta sub-dimensão a pontuação mínima obtida foi de quatro pontos e a pontuação máxima de sete pontos, em que a média da pontuação final é de 6,8 pontos com um desvio-padrão de 0,4. Assim, verifica-se que 82,0% dos respondentes apresenta a pontuação máxima a esta sub-dimensão, sendo que nenhum estudante apresenta uma pontuação final negativa. Ou seja, nesta sub-dimensão não existe nenhum estudante com pontuação final abaixo de quatro pontos, o que indica que os estudantes apresentam conhecimentos adequados no que respeita à importância da alimentação infantil. Estes resultados demonstram o facto de, nos curricula escolar de educação de infância, existir uma unidade curricular no âmbito da saúde infantil e nesta estarem incluídos conteúdos programáticos sobre nutrição infantil.

Utilidade da educação alimentar

A utilidade da educação alimentar expressa-se em quatro questões sendo todas verdadeiras. A pontuação final nesta sub-dimensão está compreendida entre zero e quatro.

Quadro 6 – “A educação alimentar permite” - respostas

Variáveis	Respostas		Total respondentes (n)
	Correctas %	Incorrectas %	
2.1. Realizar um diagnóstico sobre os hábitos e preferências alimentares das crianças.	88,8%	11,2%	286
2.2. A compreensão das crenças e valores culturais das crianças.	70,4%	29,6%	287
2.3. Caracterizar os factores que influenciam os comportamentos.	58,0%	42,0%	287
2.4. A aprendizagem de comportamentos e atitudes que visam a protecção da saúde e prevenção da doença.	97,9%	2,1%	287

Como se pode observar no quadro 6, a percentagem de respostas correctas é em todas as variáveis superior ao número de respostas incorrectas. No entanto, nas questões A compreensão das crenças e valores culturais das crianças e Caracterizar os factores que influenciam os comportamentos constata-se que a percentagem de respostas incorrectas é elevada, respectivamente, 29,6% e 42,0%.

Por outro lado, verifica-se que a média da pontuação final a esta sub-dimensão é de 3,2 pontos com um desvio-padrão de 0,9, em que a pontuação mais baixa foi de um ponto e a máxima de quatro pontos. Constata-se que existe uma percentagem de 43,5% dos estudantes que obtiveram a pontuação máxima, contudo 23,5% dos estudantes apresentam uma pontuação final a esta sub-dimensão entre um e dois pontos. Estes resultados podem evidenciar fragilidades nos conhecimentos dos estudantes referentes à utilidade da educação alimentar, nomeadamente na fraca valorização dos factores que influenciam os comportamentos e ainda numa visão não integradora dos valores, das crenças e da diversidade cultural das crianças na educação alimentar. Com este panorama, o desenvolvimento e a efectividade de projectos de educação alimentar podem estar comprometidos, uma vez que, é fundamental compreender as crenças, os valores e a diversidade cultural que levam as crianças a ter determinados comportamentos alimentares para se poderem alterar ou reforçar estes mesmos comportamentos.

Aplicabilidade da educação alimentar

A aplicabilidade da educação alimentar é expressa em sete variáveis em que apenas a primeira questão é falsa e as restantes são verdadeiras. Nesta sub-dimensão, a pontuação máxima possível é de sete pontos e a pontuação mínima é de zero pontos.

Quadro 7 – “A educação alimentar desenvolve-se” – respostas

Variáveis	Respostas		Total respondentes (n)
	Correctas %	Incorrectas %	
3.1. Espontaneamente, sem programação educacional.	93,4%	6,6%	287
3.2. Com a utilização de métodos educativos apropriados.	90,9%	9,1%	286
3.3. Integrada nos curricula educacionais.	84,6%	15,4%	286
3.4. De forma contínua.	97,2%	2,8%	287
3.5. Obrigatoriamente com o envolvimento da família, educadores/professores, grupo de pares e profissionais de saúde.	96,5%	3,5%	286
3.6. Através de artigos e/ou programas de comunicação social (televisão, rádio, revistas, jornais).	74,7%	25,3%	285
3.7. Através de anúncios e/ou propaganda.	54,9%	45,1%	286

No que se refere a esta sub-dimensão (quadro 7), identifica-se em quatro questões uma taxa de respostas correctas superior a 90%. Na questão Integrada nos curricula educacionais verifica-se uma percentagem de 84,6% de respostas correctas e 15,4% de respostas incorrectas. Por outro lado, nas questões Através de artigos e/ou programas de comunicação social e Através de anúncios e/ou propaganda observa-se que 25,3% e 45,1% dos estudantes, respectivamente, entendem que a educação alimentar não se desenvolve através destes meios. Esta elevada percentagem pode ser atribuída a uma contradição entre o facto de estes meios poderem ser utilizados para fazer educação alimentar e o que se verifica na actualidade. As revistas, a televisão, a rádio, os jornais estão constantemente a publicitar produtos alimentares destinados a crianças em que muitas vezes o seu conteúdo nutricional é desadequado. Daí poder salientar-se o facto de estes resultados se apresentarem com elevadas percentagens de respostas incorrectas.

Nesta sub-dimensão, a pontuação média final é de 5,9 pontos com um desvio-padrão de 1,1. Esta pontuação final distribui-se entre os dois pontos e os sete pontos, em que 2,9% dos estudantes obtiveram entre dois e três pontos na pontuação final, 59,7% obtiveram pontuação final entre os quatro e seis pontos e apenas 37,5% dos estudantes obteve a pontuação máxima. Assim, parece emergir que os conhecimentos relativos à aplicabilidade da educação alimentar são elevados, salientando-se a forte valorização da programação educacional e da utilização de métodos educativos apropriados. Esta valorização pode ser explicada pelo facto de, no decorrer da formação em educação de infância, estes aspectos serem transversais a diversas unidades curriculares.

Na globalidade, os resultados obtidos nestas três sub-dimensões revelam que os estudantes manifestam conhecimentos no âmbito da alimentação infantil e do conceito de educação alimentar, verificando-se apenas lacunas na caracterização da utilidade e aplicabilidade da educação alimentar. Estas lacunas podem manifestar a influência dos factores externos nos conhecimentos dos estudantes, como sendo a comunicação social que, na actualidade, tem divulgado e promovido temáticas sobre alimentação infantil. Por outro lado, a aplicabilidade e utilidade da educação alimentar não são temáticas tão exploradas por estes

meios. No entanto, no conjunto, a média da pontuação final foi de 15,9 pontos, com um desvio-padrão de 1,4 e com uma distribuição entre os onze pontos e os dezoito pontos, em que o mínimo era zero e o máximo era dezoito. Ou seja, nenhum estudante apresenta conhecimentos negativos nesta área, com pontuação final inferior a nove pontos. Neste mesmo sentido, a percentagem da pontuação final é de 15,6% dos estudantes com pontuação final entre onze e catorze pontos, 71,3% entre os quinze e dezassete pontos e 13,1% com a pontuação máxima.

Os estudantes demonstram conhecimentos dispersos pelas três sub-dimensões o que se pode verificar quando se aplica o teste de correlação de Pearson ($p > 0,05$).

DIMENSÃO: ATITUDES

Relativamente à identificação dos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar, avaliam-se dezassete afirmações distribuídas pelas três sub-dimensões de análise. A modalidade de resposta está concebida na forma de escala, com cinco itens de resposta, o primeiro corresponde ao discordo totalmente e o quinto ao concordo totalmente e também a modalidade de resposta não tenho opinião. Uma vez que todas as afirmações do questionário foram elaboradas no sentido positivo, um elevado nível de concordância a estas corresponde a um elevado nível de atitudes positivas face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar, no jardim-de-infância.

Curriculum escolar

Nesta sub-dimensão, são avaliadas nove afirmações e espera-se obter dados sobre a forma como os estudantes percebem o curriculum escolar como sendo um aspecto estruturador de actividades de educação alimentar.

Quadro 8 – Sub-dimensão curriculum escolar – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
Promover debates sobre os anúncios publicitários a alimentos.	3,86 (1,03)
Promover a tolerância a diferentes padrões culturais.	4,12 (0,96)
Construir com as crianças pratos de diferentes gastronomias.	4,32 (0,77)
Criar situações de discussão de grupo sobre alimentação, entre as crianças.	4,55 (0,69)
Identificar as dificuldades no meio envolvente.	4,19 (0,94)
Integrar a alimentação no programa escolar.	4,66 (0,61)
Conhecer os métodos educativos mais adequados à população-alvo.	4,47 (0,75)
Utilizar a linguagem adequada aos diferentes grupos etários.	4,64 (0,67)
Integrar as metodologias educativas a desenvolver num plano previamente definido.	4,41 (0,76)

Como se pode observar a partir do quadro 8, os valores médios de concordância distribuem-se entre os 3,86 obtidos para a afirmação Promover debates sobre os anúncios publicitários a alimentos e os 4,64 para a afirmação Utilizar a linguagem adequada aos diferentes grupos etários. Quanto aos valores de desvio-padrão revelam que existe um consenso nas classificações atribuídas pelos estudantes. De notar que a afirmação Promover debates sobre os anúncios publicitários a alimentos com a média de classificação mais baixa, é também aquela que revela uma maior discordância entre os estudantes, desvio-padrão de 1,03. Nesta afirmação, a percentagem mais elevada regista-se no item 3 com 33,2% dos estudantes e no item concordo totalmente com 30,4%. Por outro lado, verifica-se que 7,3% assinalam o item dois ou discordo totalmente e 2,4% não tem opinião. Assim, estes valores podem estar associados à situação do contexto actual sobre a publicidade.

As afirmações Criar situações de discussão de grupo sobre alimentação, entre as crianças, Integrar a alimentação no programa escolar e Utilizar a linguagem adequada aos diferentes grupos etários apresentam uma média de concordância elevada 4,55, 4,66 e 4,64, respectivamente, e um consenso elevado entre as classificações atribuídas pelos estudantes, nomeadamente com valores de desvio-padrão compreendidos entre 0,61 e 0,69. Ou seja, pode revelar que estes aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar na dimensão curricula escolar têm menor impacto nas necessidades que os estudantes manifestam neste âmbito.

Nesta sub-dimensão, apenas 2,7% dos estudantes assinalaram o item três, 56,5% assinalaram o item quatro e 39,9% concordam totalmente. O valor médio

de concordância com esta sub-dimensão é de 4,36, com um desvio-padrão de 0,42, o que pode sugerir uma atitude concordante face ao currículo escolar como aspecto estruturador importante em actividades de educação alimentar.

Refeições escolares

Esta sub-dimensão é contemplada com quatro afirmações, em que se espera obter dados sobre a forma como os estudantes desenvolvem as suas atitudes face às refeições escolares como aspecto estruturador de actividades de educação alimentar.

Quadro 9 – Sub-dimensão refeições escolares – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
Cuidar da disposição do espaço onde se realizam as refeições.	4,50 (0,79)
Cuidar da apresentação do prato.	3,99 (1,02)
Encorajar o Educador a participar nas refeições da escola.	4,56 (0,74)
Conhecer os alimentos que as crianças trazem de casa.	4,59 (0,62)

Conforme o quadro 9, constata-se que os valores médios de concordância relativos às afirmações desta sub-dimensão se situam entre 3,99 e 4,59, o que indica um elevado grau de concordância com estes aspectos. A afirmação Cuidar da apresentação do prato apresenta o valor médio de concordância mais baixo da dimensão e é também a afirmação que apresenta menor consenso nas respostas. Nesta afirmação, os estudantes situaram as suas respostas pelos itens três, quatro e concordo totalmente com percentagens de 22,6%, 29,6% e 38,3%, respectivamente, mas 1,0% discorda totalmente com a importância de cuidar da apresentação do prato. Este resultado pode dever-se ao facto de, na maioria dos jardins-de-infância, não ser da responsabilidade do educador de infância realizar esta tarefa. Neste sentido, os estudantes, de acordo com a sua prática, manifestaram esta dispersão de resultados.

Na globalidade, o valor médio de concordância com estes quatro aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar na sub-dimensão das refeições escolares é elevado é de 4,41 com uma dispersão de respostas diminuta (desvio-padrão de 0,53). Os itens de resposta nesta sub-dimensão

apresentam percentagens mais elevadas na modalidade de resposta concordo totalmente 57,9% o que evidencia uma atitude concordante com a importância das refeições escolares e todos os aspectos estruturadores avaliados em actividades de educação alimentar.

Envolvimento família

Nesta sub-dimensão, são avaliadas quatro afirmações. Espera-se obter dados sobre a forma como os estudantes percebem o envolvimento da família, como sendo um aspecto estruturador de actividades de educação alimentar.

Quadro 10 – Sub-dimensão envolvimento da família – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
Envolver a família na promoção de hábitos alimentares saudáveis.	4,85 (0,39)
Comunicar com a família para perceber as alergias alimentares das crianças.	4,86 (0,43)
Conhecer os hábitos alimentares da família.	4,41 (0,72)
Aceitar um valor e / ou uma convicção manifestada pelas crianças, pelos familiares.	4,20 (0,88)

Referente aos resultados na sub-dimensão envolvimento da família, o quadro 10 indica um elevado grau de concordância nestes quatro aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar. No entanto, na afirmação Aceitar um valor e/ou uma convicção manifestada pelas crianças, pelos familiares apesar de a média de concordância ser de 4,20 com uma dispersão de 0,88, 3,8% dos estudantes assinalam o item discordo totalmente e o item dois e três apresentam 16,7% e 3,1% não respondem.

Na globalidade, o valor médio de concordância é de 4,58, com um elevado consenso nas respostas a esta sub-dimensão (desvio-padrão de 0,38), 99% das modalidades de resposta situaram-se entre o item quatro e o concordo totalmente, o que parece emergir uma atitude de concordância com o envolvimento da família em actividades de educação alimentar. Assim, salienta-se a forte ligação que existe neste nível de escolaridade (pré-escolar), entre a escola e os educadores de infância e a família e os benefícios que esta ligação traz para o sucesso dos projectos de educação alimentar.

Em suma, relativamente à identificação dos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar, constata-se que os estudantes revelam atitudes consentâneas com o desejável, em que os valores médios de concordância são de 4,45 com um elevado consenso nas respostas (desvio-padrão de 0,35). Em média 98,5% dos estudantes assinalou os itens quatro e concordo totalmente, os restantes 1,5% assinalaram o item de resposta três. Salienta-se uma valorização dos mesmos em atitudes ligadas ao domínio afectivo, o que se considera ser devido aos aspectos relacionais e de comunicação que se impõem na interacção com as crianças, familiares e outros intervenientes na educação alimentar. No decorrer do percurso de formação de educação de infância, onde se insere a componente de estágio, estes aspectos relacionais, já mencionados, são muito explorados e fomentados. No entanto, pode supor-se que as motivações dos estudantes, antes de integrarem a licenciatura em educação de infância, também se inseriam neste âmbito afectivo. Por outro lado, verifica-se que o nível de concordância dos estudantes nas três sub-dimensões de análise se correlaciona positivamente. Ou seja, os estudantes que manifestam atitudes positivas face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar na dimensão curricula escolar são aqueles que manifestam uma tendência para atitudes positivas na dimensão refeições escolares (Coeficiente Pearson=0,44) e no envolvimento da família (Coeficiente Pearson=0,45), bem como quando se correlaciona a dimensão refeições escolares com a dimensão envolvimento da família (Coeficiente Pearson=0,44). Apesar das tendências serem fracas, são significativas na população ($p < 0,01$).

DIMENSÃO: COMPORTAMENTOS PREVISÍVEIS

Relativamente à caracterização da intervenção educativa do educador de infância, pretendeu-se estimular a reflexão sobre as capacidades adquiridas pelos estudantes no âmbito da educação alimentar, através da visualização do videograma. À visualização do videograma, seguiu-se o preenchimento do questionário com três sub-dimensões de análise e com um total de seis afirmações, com respectivas alíneas. A maior parte das afirmações sugeriam um posicionamento nos itens mais baixos de resposta, uma vez que não eram contemplados, frequentemente, aspectos centrais na situação visualizada. Neste

sentido, pretendia-se que o movimento de reflexão dos estudantes se centrasse na identificação desses mesmos aspectos, que não se desenvolveram mas que são fundamentais para caracterizar a intervenção educativa do educador de infância. Ou seja, face à visualização da intervenção educativa do educador de infância – videograma - qual seria o comportamento/desempenho do estudante. A modalidade de resposta foi concebida na forma de escala com cinco itens de resposta, o primeiro corresponde ao nada e o quinto ao muito.

Factores predisponentes

Nesta sub-dimensão estão incluídas duas afirmações 1) Na intervenção a educadora privilegiou os seguintes aspectos e 2) No diálogo que a Educadora foi estabelecendo com a mãe foram, cada uma com três alíneas de resposta.

Quadro 11 – Sub-dimensão factores predisponentes – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
Na intervenção a educadora privilegiou os seguintes aspectos:	
O nível socio-económico	2,58 (1,08)
O nível educacional	4,02 (1,06)
O nível cultural	2,81 (1,15)
No diálogo que a educadora foi estabelecendo com a mãe foram:	
Integrados na intervenção os conhecimentos da mãe em matéria de saúde	2,83 (1,22)
Incluídos na intervenção as crenças e os valores de saúde da mãe	2,77 (1,11)
Mobilizado o património cultural da mãe, relativamente a aspectos nutricionais e consumo de determinados alimentos	3,34 (1,20)

Como se pode observar a partir do quadro 11, os valores médios de concordância com as diferentes alíneas distribuem-se entre 2,58 e 4,02, com um desvio-padrão superior a 1,08. A alínea Incluídos na intervenção as crenças e os valores da mãe é a que demonstra um posicionamento dos estudantes nos itens mais baixos de resposta: 42,5% dos estudantes assinalam o item nada e o item dois, verificando-se ainda que o item quatro obtém 30,0% e que 5,9% dos estudantes consideram que em muito a educadora integrou na intervenção as crenças e os valores de saúde da mãe.

Por outro lado, na alínea nível educacional os estudantes apresentam um valor médio de concordância de 4,02, em que 41,5% consideram que este aspecto é

muito privilegiado pela educadora, 31,7% assinalam a modalidade de resposta 4 e apenas 2,1% consideram que em nada este aspecto é privilegiado.

O valor médio de concordância nesta sub-dimensão é de 3,06 com um desvio-padrão de 0,77, o que pode evidenciar que os aspectos relativos aos factores predisponentes caracterizados na intervenção educacional não são adequadamente identificados pelos estudantes, pois as suas respostas situam-se maioritariamente no centro da escala. Ou seja, 47,7% dos estudantes situam a sua resposta no item três, 19,1% têm as respostas no nada ou no item dois, enquanto que 30,7% assinalam o item 4 e 2,5% dos estudantes o muito.

A identificação dos conhecimentos, atitudes, crenças, valores, necessidades e capacidades para os comportamentos em saúde são fundamentais para promover a mudança e por isso importantes no desempenho dos estudantes de educação de infância. Estes resultados, sugerem algumas fragilidades no comportamento/desempenho de alguns estudantes, na caracterização dos factores antecedentes ao processo de mudança de comportamentos, e que condicionam a motivação para os comportamentos em saúde.

Factores capacitadores

Nesta sub-dimensão estão incluídas três afirmações: 1) A educadora ao orientar a mãe na intervenção teve em consideração, com três alíneas de resposta, 2) Em que medida, a educadora foi tendo em consideração os seguintes aspectos, com quatro alíneas de resposta e 3) Ao terminar a intervenção como foram valorizados os seguintes aspectos, com uma alínea de resposta.

Quadro 12 – Sub-dimensão factores capacitadores – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
A educadora ao orientar na intervenção teve em consideração:	
A utilização de linguagem adequada	3,56 (1,30)
A expressão dos sentimentos da mãe	3,41 (0,99)
A criação de um clima favorável	3,65 (1,06)
Em que medida, a educadora foi tendo em consideração os seguintes aspectos:	
A acessibilidade aos recursos de saúde	3,59 (1,01)
A informação existente acerca dos recursos de saúde	3,56 (0,93)
A motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença	4,17 (0,91)
O feedback transmitido	3,60 (0,98)
Ao terminar a intervenção como foram valorizados os seguintes aspectos:	
A validação das orientações	3,47 (1,00)

Das oito alíneas consideradas, verifica-se que em sete delas os valores médios de concordância se situam acima dos 3,47. Ou seja, o posicionamento de resposta situa-se nos itens mais altos. A alínea relativa a se a educadora teve em consideração A expressão dos sentimentos da mãe apresenta um valor médio de resposta de 3,41, com um desvio-padrão de 0,99. A nível percentual encontram-se os valores de resposta mais elevados nos itens três e quatro, respectivamente, 34,8% e 34,1%, em que 13,6% dos estudantes consideram que em muito a educadora teve em consideração A expressão dos sentimentos da mãe.

Na globalidade, a identificação dos aspectos caracterizadores da intervenção da educadora de infância na dimensão factores capacitadores é relativamente baixa, ou seja, o valor médio de concordância é de 3,63 com um desvio-padrão de 0,78. Os itens de resposta nesta sub-dimensão apresentam percentuais mais elevados na modalidade de resposta quatro e três 47,2% e 29,3% respectivamente, em que 15,1% dos estudantes se situam no muito, o que evidencia um comportamento/desempenho frágil dos estudantes face aos aspectos caracterizadores da intervenção educativa, no âmbito da identificação dos factores capacitadores, que permitem que a motivação para os comportamentos em saúde se realize, ou seja, facilitam a execução dos comportamentos em saúde.

Factores de reforço

Nesta sub-dimensão, estão incluídas três afirmações: 1) Em que medida, a educadora foi tendo em consideração os seguintes aspectos, com uma alínea de resposta, 2) Quando a educadora refere à mãe que deve ser ela a responsável pela saúde do seu filho, teve em consideração na intervenção, com três alíneas de resposta e 3) Ao terminar a intervenção como foram valorizados os seguintes aspectos, com uma alínea de resposta.

Quadro 13 – Sub-dimensão factores de reforço – valores médios de concordância

	Média (Desvio-padrão)
Em que medida, a educadora foi tendo em consideração os seguintes aspectos:	
A rede familiar de suporte social	3,71 (0,98)
Quando a educadora refere à mãe que deve ser ela a responsável pela saúde do seu filho, teve em consideração na intervenção:	
Os profissionais de saúde	4,20 (0,81)
O cônjuge, a família	3,78 (1,05)
O grupo de pares	3,42 (1,06)
Ao terminar a intervenção como foram valorizados os seguintes aspectos:	
A disponibilidade da educadora para esclarecimento de dúvidas	3,23 (1,32)

Nesta sub-dimensão, constata-se que os valores médios de concordância se situam entre 4,20 e 3,23. Ou seja, o posicionamento de resposta dos estudantes é, em média, nos itens mais altos de resposta. O que se verifica na alínea relativa a se a educadora teve em consideração Os profissionais de saúde, em que se constata que os estudantes em média situam a sua resposta em valores de 4,02, sendo o grau de consenso elevado (desvio-padrão 0,81). A nível percentual, os valores são corroborantes, em que o item de resposta muito e o item de resposta quatro são assinalados ambos por 41,1%, o item nunca e o item dois apresentam 3,1% das respostas. Por outro lado, a alínea A disponibilidade da educadora para esclarecimento de dúvidas ao terminar a intervenção apresenta os valores médios de concordância mais ajustados, 3,23 mas com um baixo consenso (desvio-padrão de 1,32), o que também é visível através da dispersão das percentagens pelos cinco itens de resposta.

Na globalidade, a identificação dos aspectos caracterizadores da intervenção da educadora de infância na sub-dimensão factores de reforço é baixa, ou seja, o valor médio de concordância é de 3,67 com uma desvio-padrão de 0,73. Os itens

de resposta, nesta sub-dimensão, apresentam percentuais mais elevados, na modalidade de resposta quatro e três 46,8% e 31,7% respectivamente, em que 14,2% dos estudantes apresentam as suas resposta no muito, o que evidencia um comportamento/desempenho frágil dos estudantes face aos aspectos caracterizadores da intervenção educativa, no âmbito da identificação dos factores que contribuem para a persistência e repetição dos comportamentos em saúde.

Em suma, após visualização do videograma, como estímulo para o “conhecimento da acção”, pretende-se caracterizar a intervenção educativa do educador de infância através das capacidades adquiridas pelos estudantes, no âmbito da educação alimentar. Neste sentido, constata-se que alguns estudantes evidenciam dificuldades na identificação destes mesmos aspectos, o que se verifica através da análise do valor médio de concordância ser de 3,45 com um elevado consenso nas respostas (desvio-padrão de 0,65). Em média 51,0% dos estudantes situam as suas respostas nos itens quatro e concordo totalmente e 40,8% no item de resposta três. Por outro lado, verifica-se que o nível de concordância dos estudantes, nas três sub-dimensões de análise se correlaciona positivamente. Ou seja, os estudantes que manifestam comportamentos/desempenho positivos, face aos aspectos caracterizadores da intervenção educativa na sub-dimensão dos factores predisponentes são aqueles que também manifestam uma tendência moderada para comportamentos/desempenho positivos na sub-dimensão dos factores capacitadores (Coeficiente Pearson=0,64) e uma tendência fraca na sub-dimensão dos factores de reforço (Coeficiente Pearson=0,48). Quando se correlaciona a sub-dimensão factores capacitadores com a sub-dimensão factores de reforço, a tendência é moderada forte (Coeficiente Pearson=0,70) Todas estas tendências são significativas na população $p < 0,01$. Neste sentido, pode salientar-se que existe um grupo de estudantes, cerca de 51% que manifesta comportamentos/desempenho aparentemente insuficientes positivos transversalmente em todas as sub-dimensões.

CONHECIMENTOS / ATITUDES / COMPORTAMENTOS

No âmbito do “saber saber”, os estudantes manifestam ter, concepções positivas relativamente a conhecimentos de alimentação infantil e educação alimentar, o que também é visível no âmbito das atitudes. O positivo “saber estar”, que os estudantes demonstram, nomeadamente, no domínio afectivo dos aspectos relacionais e comunicacionais. Salienta-se que, os inquiridos que apresentam estes conhecimentos positivos, são também aqueles que demonstram uma tendência para atitudes positivas (coeficiente de Pearson 0,22). Esta tendência, apesar de ser fraca, é significativa para a população $p < 0,01$.

No que concerne ao domínio dos comportamentos, evidencia-se que os estudantes apresentam algumas dificuldades na identificação dos aspectos menos correctos do desempenho dos actores do vídeo o que pode sugerir lacunas no âmbito do “saber fazer”. No entanto, pode também ser devido a se vincularem aos aspectos mais apelativos do vídeo, como sendo os aspectos mais estéticos do desempenho da educadora e da mãe. Por outro lado, apesar de os estudantes que apresentam um “saber saber” positivo se correlacionarem com os estudantes que apresentam um “saber estar” também positivo, o mesmo não acontece face ao “saber fazer” que é disperso ($p > 0,05$). Ou seja, parece poder identificar-se a necessidade de melhorar e aumentar o desempenho dos estudantes e também a sua capacidade reflexiva.

DISCUSSÃO

*Ao longo deste capítulo, procede-se a uma **reflexão** sobre as **opções metodológicas desenvolvidas** para a concretização dos objectivos propostos e analisa-se os **aspectos consonantes** e **dissonantes** relativos aos **resultados obtidos**.*

DA METODOLOGIA ADOPTADA

O estudo desenvolve-se em torno da produção de uma metodologia adequada para a identificação de capacidades que estudantes do curso de licenciatura em educação de infância têm na área da educação alimentar. Os domínios da aprendizagem e os factores que contribuem para comportamentos em saúde assumem-se como dimensões centrais no desenvolvimento desta investigação e na construção do dispositivo metodológico que se pretendeu coerente com esta perspectiva.

Aprender fazendo é fundamental no desenvolvimento do estudante e se pretender que este faça uma reflexão sobre as suas práticas e sobre o seu “saber fazer”. A utilização da imagem através do vídeo afigurou-se como essencial. O que se pretendia era a reflexão do estudante em aspectos concretos da sua prática, para a produção e reprodução do seu “saber fazer”.

O questionário foi outro recurso utilizado como técnica de pesquisa possível, para a caracterização das respostas à problemática em estudo. O questionário permite transformar em dados quantitativos a informação directamente comunicada por uma pessoa e medir o que alguém sabe (conhecimento e informação), aquilo de que gosta e de que não gosta (valores e preferências) e o que pensa (atitudes e crenças) ⁽¹⁰⁶⁾. Tuckman B. (2002) afirma que determinada informação não pode ser obtida senão através de questões e perguntas, e que mesmo que haja outra alternativa a via do questionar pode ser a mais eficiente ⁽¹⁰⁶⁾.

A conjugação videograma com o questionário revelou ser apropriada, uma vez que, das escolas convidadas a participar no estudo, apenas uma escola não quis participar. Neste sentido, a adesão inicial à metodologia proposta foi elevada. Por outro lado, verificou-se que esta metodologia teve uma positiva aceitabilidade e compreensibilidade por parte dos estudantes. A taxa de resposta nunca foi inferior a 98,9% (n=284), registou-se numa questão, que três estudantes não responderam, poder-se-á evidenciar que a utilização do questionário, como instrumento de notação, demonstrou ser relevante para a medição dos conhecimentos, das atitudes e como forma de os estudantes, após visionarem o

videograma, espelharem o seu desempenho/comportamento face à representação do educador de infância.

O que está de acordo com o que se havia encontrado na literatura, nomeadamente, um estudo, com o objectivo de avaliar os conhecimentos nutricionais e as atitudes dos professores do ensino básico que recorreu, também, à utilização de questionários ⁽¹⁰⁸⁾. Uma vez que a amostra era extensa (n=1089) e os locais de recolha dispersos pelo estado do Kansas nos EUA, os investigadores optaram pelo questionário. Este recurso diminuiu o tempo de recolha, os gastos financeiros, materiais e humanos e obteve uma taxa de resposta elevada (n=819) ^(108,109).

DOS RESULTADOS

Em complemento do que foi dito anteriormente, pretendeu-se, num primeiro momento, identificar os conhecimentos e caracterizar as atitudes dos estudantes face à educação alimentar infantil.

Os inquiridos manifestaram conhecimentos, no âmbito da alimentação infantil e da utilidade e aplicabilidade da educação alimentar. Na globalidade, nenhum estudante apresentou conhecimentos negativos, numa escala de zero a 18 valores, 86,9% dos estudantes obtiveram uma classificação entre 11 e 17 valores e 13,1% dos estudantes obtiveram a classificação máxima, 18 valores. Ou seja, esta taxa de respostas correctas, pode evidenciar o reflexo da aprendizagem dos estudantes, durante o percurso de formação no âmbito da importância da alimentação infantil. Neste mesmo seguimento, no contexto social actual, a alimentação e especificamente a alimentação infantil têm sido alvo de divulgação e promoção. Evidencia-se uma concepção de educação alimentar positiva, para os aspectos da programação educacional e da utilização de métodos educativos apropriados. No entanto, prevaleceu nos estudantes uma incipiente valorização para os factores que influenciam os comportamentos, como também uma visão não integradora dos valores, das crenças e da diversidade cultural das crianças na educação alimentar.

Face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar, o perfil dos estudantes revelou-se consensual com o desejável. Do global dos estudantes, 98,5% apresentaram atitudes positivas face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar. Salienta-se a clara valorização dos mesmos para as atitudes ligadas ao domínio afectivo, no âmbito do curriculum escolar, das refeições escolares e do envolvimento da família nos projectos de educação alimentar.

Num segundo momento e, utilizando o vídeo como estímulo para o “conhecimento da acção”, pretendeu-se caracterizar a intervenção educativa através das capacidades adquiridas pelos estudantes no âmbito da educação alimentar. Neste contexto, verificou-se que 91,8% (n=263) dos estudantes, pareceram revelar dificuldades, sobretudo na identificação dos aspectos menos correctos do desempenho dos actores do vídeo, o que sugere lacunas no comportamento/desempenho dos estudantes no âmbito da educação alimentar. Estas lacunas, são especificamente, na caracterização: dos factores antecedentes ao processo de mudança de comportamentos, dos factores que facilitam a execução dos comportamentos em saúde e dos factores que contribuem para a persistência e repetição dos comportamentos em saúde. Neste seguimento, o desenvolvimento e a efectividade de projectos de educação alimentar podem estar comprometidos.

Num estudo, com o objectivo de identificar as capacidades dos estudantes de enfermagem, no âmbito da educação para a saúde, concluiu-se que existiam diferenças, ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos estudantes de enfermagem do primeiro ano e do quarto ano⁽⁹⁸⁾. No entanto, tanto os estudantes do primeiro e do quarto ano demonstraram, no âmbito das atitudes, que estas se enfatizavam no domínio afectivo. No que concerne ao domínio dos comportamentos, denotou-se a influência das aquisições desenvolvidas ao longo do percurso de formação, porém, concluiu-se que existia uma necessidade de maior aprofundamento destas capacidades, no percurso de formação dos estudantes⁽⁹⁸⁾.

Desta forma, o que se verificou no presente estudo, é que os estudantes de educação de infância apresentaram conhecimentos e atitudes positivas no domínio do “saber saber” e no domínio do “saber estar” e que estes se correlacionavam positivamente ($p < 0,01$), o mesmo não aconteceu no domínio do “saber fazer”. Do total de estudantes, 51,0% ($n=146$) demonstraram fragilidades no seu desempenho/comportamento. Ou seja, identifica-se uma necessidade de melhorar e aumentar o desempenho dos estudantes, o “saber fazer”, e também a sua capacidade reflexiva no decorrer da formação.

CONCLUSÕES

Ao longo deste capítulo, descrevem-se as conclusões relativas às opções metodológicas desenvolvidas e aos resultados obtidos. Termina-se este capítulo com recomendações de acção, no âmbito da educação e promoção para a saúde.

Terminou um percurso de investigação / reflexão assente numa metodologia para a identificação das capacidades dos estudantes de educação de infância para a educação alimentar, em torno das três dimensões organizadoras de todo este processo: conhecimentos, atitudes e comportamentos.

Quanto à **metodologia**, a utilização do videograma, dispositivo promotor do estímulo a uma atitude reflexiva no estudante, revelou-se adequado, porque permitiu, através dos eixos organizadores de todo o movimento metodológico, levar à identificação das capacidades que os estudantes têm no âmbito da educação alimentar.

A produção de um instrumento metodológico desta natureza, permite reconhecer, num primeiro momento, as potencialidades do videograma na aprendizagem reflexiva do estudante e, num segundo momento, com a utilização dos questionários, encontrar novas respostas aos problemas levantados. Desta forma, concluiu-se que:

- A adesão inicial à aplicação da metodologia foi elevada. Das sete instituições de ensino superior público e privado, da área metropolitana de Lisboa, a ministrar no ano lectivo 2006/2007 a Licenciatura em Educação de Infância, apenas uma Escola não respondeu ao pedido de participação no estudo;
- O número de respondentes foi elevado. Dos 362 estudantes inscritos, no ano lectivo 2006/2007, no quarto ano da Licenciatura em Educação de Infância, nas instituições de ensino superior público e privado, da área metropolitana de Lisboa, 287 estudantes participaram no estudo, 79,2% da população;
- A metodologia adoptada revelou uma elevada aceitabilidade e compreensibilidade por parte dos estudantes. A taxa de resposta nunca foi inferior a 98,9% (n=284);
- A utilização do questionário, como instrumento de notação, demonstrou ser apropriado para a medição dos conhecimentos, das atitudes e como forma de os inquiridos, após visionarem o videograma, espelharem o seu desempenho/comportamento face à representação do educador de infância.

Perante os **resultados** obtidos penso poder concluir-se que:

- No **domínio dos conhecimentos**, os estudantes manifestaram concepções positivas no campo da alimentação infantil e da educação alimentar. Na globalidade, nenhum estudante apresentou conhecimentos negativos. Numa escala de zero a 18 valores, 86,9% dos estudantes obtiveram uma classificação entre 11 e 17 valores e 13,1% dos estudantes obtiveram a classificação máxima. Apesar de existirem fragilidades na compreensão da utilidade e aplicabilidade da educação alimentar, a globalidade dos estudantes de educação de infância apresentou consistência no âmbito do “saber saber”;
- No que concerne às **atitudes**, conclui-se que 98,5% dos estudantes apresentaram atitudes positivas face aos aspectos estruturadores das actividades de educação alimentar. Estas atitudes enfatizam-se no domínio afectivo, nos aspectos relacionais e comunicacionais. Este domínio é valorizado de forma a facilitar o “saber estar”. Os afectos ajudam e complementam o desenvolvimento destas capacidades, ou seja, há integração do domínio cognitivo e do afectivo;
- No **domínio dos comportamentos**, 91,8% dos estudantes (n=263) apresentaram algumas dificuldades na identificação dos aspectos menos correctos do desempenho dos actores do vídeo, o que sugere lacunas no âmbito do “saber fazer”. Assim parece poder identificar-se a necessidade de aperfeiçoar o desempenho estudantes e também a sua capacidade reflexiva e analítica.

Apesar da pesquisa bibliográfica, realizada foi difícil encontrar estudos nesta área. Nomeadamente, para comparação de resultados, apenas se encontrou um estudo. Estas dificuldades podem dever-se, quer ao facto da pesquisa ter sido limitada, devido à escassez de fontes disponíveis, quer ao carácter inovador da abordagem utilizada.

Ao terminar esta dissertação, baseada no estudo realizado e na experiência adquirida, atrevo-me a recomendar:

- a) A **investigadores futuros**: que a metodologia adoptada seja inspiradora para futuras investigações. Seria adequado estudar as potencialidades de outros intervenientes, de relevo na educação alimentar, com recurso a esta metodologia. Por outro lado, uma vez que esta metodologia demonstrou ser de fácil aplicação e

- compreensão e útil na identificação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos/desempenho, sugere-se a tentativa de adaptação desta metodologia para a educação para a saúde no seu global;
- b) Aos **responsáveis pelos serviços de saúde**: no âmbito dos cuidados primários afigura-se a necessidade de as equipas de saúde escolar estarem dotadas de competências na área da educação alimentar. Neste sentido, evidencia-se a necessidade de existir um profissional da área da dietética e nutrição, apto para capacitar e auxiliar a equipa de saúde escolar, neste domínio. A metodologia apresentada pode surgir como uma ferramenta no diagnóstico e avaliação de capacidades/potencialidades dos educadores de infância/professores no âmbito da educação alimentar, tendo em vista a sua integração nas equipas dos programas de educação para a saúde a desenvolver nas escolas;
- c) Aos **autarcas** e aos **responsáveis das direcções regionais de educação**, actualmente, com a responsabilidade de gestão do sector da alimentação (refeitório/bares) dos jardins-de-infância/escolas: devem existir equipas competentes em matéria de alimentação, que supervisionem e adequem a alimentação dos jardins-de-infância/escolas. Uma vez que, a influência das refeições escolares e dos alimentos que são disponibilizados às crianças no meio escolar, são um determinante dos seus hábitos e escolhas alimentares;
- d) A quem detém a responsabilidade pela **formação em educação de infância**: reforça-se a importância e necessidade de reorientar os currículos, de modo a dotarem os futuros educadores de infância de competências no domínio do “saber saber”, do “saber estar” e do “saber fazer” na área da educação para a saúde. Sugere-se a introdução de unidades curriculares no âmbito da educação para a saúde, tanto na formação pré-graduada como pós-graduada, com recurso a metodologias de ensino centradas no desenvolvimento de competências, a par das recentes recomendações internacionais para o ensino, na área da saúde e da educação.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Declaração de Alma Ata, 1978.
2. OMS. Carta de Otwa, 1986.
3. OMS. Conferência de Adelaide, 1988.
4. OMS. Conferência de Jakarta, 1997.
5. *The World Health Report 2002*. Reducing risks, promoting healthy life. Geneve, World Health Organization, 2002. URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf acessado a 1 de Março de 2007.
6. *The Fifty-seventh World Health Assembly*. Global Strategy on diet, physical activity and health. *World Health Organization*, 2004.
7. Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).
8. Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro.
9. ADA REPORTS. Position of the American Dietetic Association, Dietary guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc*. 2004; 104 (4):660-77.
10. MORTON-SIMONS BG. Implementing organizational changes to promote healthful diet and physical activity at school. *Health Education Quartely*. 1988;15(1):115-30.
11. LOUREIRO MI. Indução de preferências alimentares saudáveis. Ensaio de materiais e métodos adequados aos primeiros anos da escola. Universidade Nova de Lisboa, Tese de Doutoramento 1993; Lisboa.
12. GREEN LW, KREUTER MW. Health promotion planning: An educational and Environmental Approach. 2nd ed. Mountain View, Cal: Mayfield; 1991.
13. SHANNON B, CHEN AN. A three-year school-based nutrition education study. *J Nutr Educ*. 1990;20(3):114-24.
14. NICKLAS TA, et al. Secular trends in dietary intakes and cardiovascular risk factors of 10-years-old children: the Bagalusa Heart Study (1973-1988). *Am J Clin Nutr*. 1993;57:930-7.
15. KELDER SH, et al. Longitudinal tracking of adolescent smoking physical activity and food choice behaviors. *Am J Public Health*. 1994;84:1121-6.
16. SINGER MR, et al. The tracking of nutrient intake in young children: the Framingham Children's Study. *Am J Public Health*. 1995; 85:1673-7.
17. BIRCH LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr*. 1998;128:407S-10S.
18. KOIVISTO UK, SJÖDÉN PO. Reasons for rejection of food items in swedish families with children age 2-17. *Appetite*. 1996;26:89-103.
19. BIRCH LL, FISHER JO. Development of eating behavior among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998;101:539-49.
20. RAMOS M, STEIN LM. Development children's eating behavior. *J Pediatr*. 2000 76(Suppl. 3):S229-S37.
21. BIRCH LL. Children's preferences high fat foods. *Nutr Rev*. 1992;50:249-55.
22. SULLIVAN SA, BIRCH LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*. 1994;93: 271-77.
23. SKINNER JD, et al. Children's food preferences: A longitudinal analysis. *J. Am. Diet. Assoc*. 2002; 102: 1638-47.
24. LOUREIRO MI. A importância da educação alimentar na escola. In: SARDINHA LB, MATOS MG, LOUREIRO I. Promoção da saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. 1^a ed. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana; 1999. p 57-84.

25. BIRCH LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr.* 1999;19:41-62.
26. KRISTAL AR, GLANZ K, TILLEY B. Mediation factors in dietary change: understanding the impact of worksite nutrition intervention. *Health Education and Behavior.* 2000;27:112-25.
27. FALK LW *et al.* Managing healthy eating: definitions, classifications and strategies. *Health Education and Behavior.* 2001;28:425-39.
28. FERRO-LUZZI A, *et al.* Nutrition. In: European Conference. Health determinants in the EU. Évora, Portugal. 2000:87-92d.
29. INE. Balança Alimentar Portuguesa 1990-2003.
30. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – International Report from 2001-2002 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. 2004.
31. NICKLAS TA, *et al.* Trends in nutrient intake of 10-years-old children over two decades (1973-1994). The Bagalusa Heart Study. *Am J Epidemiol.* 2001;153:969-77.
32. DEVANEY BL, GORDON AR, BURGHARDT JA. Dietary intakes of students. *Am J Clin Nutr.* 1995;61(Suppl. 1):205S-12S.
33. BOWMAN SA, *et al.* Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in national household survey. *Pediatrics.* 2004; 113: 112-18.
34. ARIJA VAL V., VITERI ECHEVERRÍA F. Deficiências de nutrientes conducentes a anemia, su prevención y tratamiento. In: SERRA MAJEM L., ARANCETA BARTRINA J. Nutrición y Salud Pública – Métodos, Bases Científicas y Aplicaciones. Barcelona: Masson; 2ª Edición; 2006.p.393-405.
35. CDC. Guidelines for school and community health programs to promote lifelong physical activity among young people. *J Sch Health.* 1997;67(1):9-26.
36. Despacho Ministerial nº 153/2005 (2ª Série) Diário da República nº 3 de 5 de Janeiro de 2005 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.
37. GIFT HC., REISINE ST., LARACH DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health.* 1992;82(12):1663-68.
38. POLLITT E. Does breakfast make a difference in school? *J Am Diet Assoc.* 1995;95(10):1134-39.
39. COLE TJ, *et al.* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320:1-6.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: WHO. 2000.
41. LEHINGUE Y. The European Childhood Obesity Group (ECOG) project: the European collaborative study on the prevalence of obesity in children. *Am J Clin Nutr.* 1999;70(suppl):166S-8S.
42. MALINA MR, KATZMARZYK PT. Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents. *A J Clin Nutr.* 1999;70(suppl):131S-6S.
43. BARLOW SE, DIETZ WH. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics.* 1998;102 (3)
44. PADEZ C, *et al.* Prevalence of overweight and obesity in 7-9-years-old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.* 2004;16:670-78.

45. RITO A. Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal, 2001. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, 1994. Rio de Janeiro.
46. LISSAU I, *et al.* Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:27-33.
47. WISEMANDLE W, *et al.* Childhood weight, stature, and body mass index among never overweight, Early-Onset overweight, and Late-Onset overweight groups. *Pediatrics.* 2000;106(1):
48. EPSTEIN LH, *et al.* Ten-Year Follow-up of Behavioral, Family-Based Treatment for Obese Children. *JAMA.* 1990;264(19):
49. CARAZO CF, MISENA MP, PUGA JMG. Obesidade infantil. *Pediatric Integral.* 19973;(1):21-33.
50. TREMBLAY MS, WILLMS JD. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ.* 2000;163(11):1429-33.
51. REGO C, *et al.* Avaliação Transversal de Factores de Risco de Doença Cardiovascular numa População Pediátrica de Obesos. XXIII Reunião Anual da Secção de Gastreterologia e Nutrição Pediátrica da SPP. 2000
52. WAKE MA, MCCALLUM Z. Secondary prevention of overweight in primary school children: what place for general practice? *Medical Journal Australian.* 2004;19181(2):82-4.
53. NICKLAS TA, *et al.* Foundations for health promotion with youth: a review of observations from the Bagalusa Heart Study. *J Health Educ.* 1995;26(Suppl 2):S18-26.
54. RENISCOW K, *et al.* 2-years tracking of children's fruit and vegetable intake. *J Am Diet Assoc.* 1998;98:785-9.
55. BROEKMANS WMR *et al.* Fruit and vegetables and cardiovascular risk profile: a diet controlled intervention study. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55:636-42.
56. CREMER SA *et al.* The fat and fiber contents of foods: what Americans know. *J Nutr Educ.* 1992; 24:149-52.
57. HOCHBAUM GM. Strategies and their rationale for changing people's eating habits. *J Nutr Educ.* 1981;13(Suppl. 1):59-65.
58. CONTENTO I. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research. *J Nutr Educ.* 1995;27(6):284.
59. ROCHON A. Educación para la salud. Barcelona: Masson, SA; 1991.
60. AJZEN I. From intentions to actions: a therapy of planned behavior. In: KUHL J, BECKMAN J. Action – control from cognition to behavior: Heidelberg Springer; 1985.
61. PÉREZ-RODRIGO C, ARANCETA J. Nutrition education for school children living in a low-income urban area in Spain. *J Nutr Educ.* 1997;29:167-73.
62. NIKLAS TA, *et al.* Development of school-based nutrition intervention for high school students: Gimme 5. *Am J Health Promot.* 1997;27:250-60.
63. PÉREZ-RODRIGO C, ARANCETA J. School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition.* 2001;4(1A):131-39.
64. VILQUEZ I, RODRIGUEZ C, ALVAREZ M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (I): Aspectos teóricos y técnicas de intervención. In: VILQUEZ I, RODRIGUEZ C, ALVAREZ M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Ediciones Piráide; 1998. p.299-313.
65. MONGE-ROJAS R. Dietary intake as a cardiovascular risk factor in Costa Rican adolescents. *J Adolesc Health.* 2001;28:328-37.

66. THOMAS PR. Improving America's diet and health from recommendations to action. *J Nutr Educ.* 1991;23:128-31.
67. SAKILIBA H, et al. Évaluation d'un enseignement sur la nutrition après d'élèves Sénégalais de niveau secondaire. *Rev Epidém et Santé Publ.* 2001;49:163-71.
68. CONTENTO I. Children's thinking about food and eating – a piagetian – based study. *J Nutr Educ.* 1981;13(Suppl. 1):86-90.
69. ADA. Position of the American Dietetic Association: Local support for nutrition integrity in schools. *J Am Diet Assoc.* 2000;100:108-11.
70. COLLINS PATEMAN B, et al. School food service. *J Sch Health.* 1995;65:327-32.
71. COATES TJ, JEFFERY RW, SLINKARD LA. Heart healthy eating and exercise: Introducing and maintaining changes in health behaviors. *Am J Public Health.* 1981;71(1):15-23.
72. HEARN MD et al. Involving families in cardiovascular health promotion: The CATCH Feasibility Study. *J Health Educ.* 1992;23(1):22-31.
73. PERRY CL, et al. Parent involvement with children's health promotion: The Minnesota Home Team. *Am J Public Health.* 1988;78(9):1156-60.
74. CONTENTO I. Psycho-social factors differentiating people who reported making desirable changes in their diets from those who did not. *J Nutr Educ.* 1990;22(1):254-57.
75. CROCKET SJ, PERRY CL, PIRIE P. Nutrition intervention strategies preferred by parents: Results of a marketing survey. *J Nutr Educ.* 1989;21(2):90-94.
76. PERRY CL, CROCKET SJ, PIRIE P. Influencing parental health behavior: Implications of community assessments. *Health Educ.* 1987;18(5):68-77.
77. JOHNSON CC, et al. CATCH: Family Process evaluation in a multicenter trial. *Health Educ.* 1994;(suppl.2):S91-S106.
78. CROCKETT SJ, MULLIS RM, PERRY CL. Parent nutrition education: A conceptual model. *J Sch Health.* 1998;58(2):53-57.
79. ARANCETA J, et al. Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. *Eur J Clin Nutr.* 2001;55:430-5.
80. STOCKMYER C. Remember when mom wanted you home for dinner? *Nutr Rev.* 2001;59:57-60.
81. MANIOS Y, et al. Evaluation of a health and nutrition education program in primary school children of Crete over three-year period. *Prev. Med.* 199;28:149-59.
82. KELDER SH, et al. Community-wide youth nutrition education: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program. *Health Educ. Res.* 1995;10:119-31.
83. NICKLAS TA, et al. Outcomes of a high school program to increase fruit and vegetable consumption: Gimme 5 – A fresh nutrition concept for students. *J Sch. Health* 1998;68:248-53.
84. BARANOWSKI T, et al. Teach Well: the relation of teacher wellness to elementary student health and behaviour outcomes: baseline subgroup comparisons. *J Health Educ.* 1995;26:S61-71.
85. DAVIS M, et al. Gimme 5 fruit and vegetables for fun and health: process evaluation. *Health Educ Behav.* 2000;27:167-76.
86. RENOLDS KD, et al. Methods, results and lessons learned from process evaluation of the high 5 school-based nutrition intervention. *Health Educ Behav.* 2000;27:177-86.

87. *RENOLDS KD, et al.* Increasing the fruit and vegetables consumption of fourth-graders: results from the High 5 project. *Prev Med.* 2000;30:309-19.
88. *PERRY CL, et al.* Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-Day Power Plus program in St. Paul, Minnesota. *Am J Public Health* 1998;88:603-9.
89. *RAIZMANDJ, et al.* CATCH: food service program process evaluation in a multicenter trial. *Health Educ Q.* 1994;(Suppl 2):S51-71.
90. *EDMUNSON EW, et al.* CATCH: classroom process evaluation in a multicenter trial. *Health Educ Q.* 1994;(Suppl 2):S27-50.
91. *NADER PR, et al.* The effect of adult participation in a school-based family intervention to improve children's diet and physical activity: the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Prev Med.* 1996;25:455-64.
92. *RENAUD L, et al.* Evaluation of the implementation of an educational curriculum: optimal interventions for the adoption of an educational program of health in elementary schools. *Can J Public Health.* 1997;88:351-3.
93. *GORTMAKER SL, et al.* Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: Eat Well and Keep Moving. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:975-83.
94. *GORTMAKER SL, et al.* Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:409-18.
95. *SAHOTA P, et al.* Randomized controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ.* 2001;323:1-5.
96. *SÁ-CHAVES I.* Formação, competências e conhecimento profissional. In: *SÁ-CHAVES I.* Formação, conhecimento e supervisão. Aveiro: Imprensa de Coimbra. 2000; p. 53-67.
97. *CALADO I.* A utilização educativa das imagens. Porto: Porto editora. 1994.
98. *MADEIRA A.* Educação para a saúde – avaliação de capacidades em estudantes de enfermagem. Universidade Técnica de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação especialidade de Educação para a Saúde. 2004. Lisboa.
99. *CARVALHO M.* O videogravador na observação de classes. In: *ESTRELA A., FERREIRA J.* Tecnologias em Educação: estudos e investigação. Universidade de Lisboa. 2001. p. 354-364.
100. *SÁ-CHAVES I., ALARCÃO I.* O conhecimento do professor: análise multidimensional usando representação fotográfica. In: *SÁ-CHAVES I.* Formação, Conhecimento e Supervisão – contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. 1ª edição. Universidade de Aveiro. 2000: p.53-67.
101. *BLOOM BS, et al.* Taxonomy of educational objectives. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay 1956.
102. *BLOOM BS, et al.* Taxonomy of educational objectives. Handbook II: Affective domain. New York: David McKay 1964.
103. *LINARD M.* Des machines et des hommes: apprendre avec les nouvelles Technologies. Campin, Editions Universitaires-Savoir et Formation. 1990.
104. *SCHÖN DA.* La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Ministério da Educação e Ciências. 1992.
105. *ALARCÃO I.* Ser professor reflexivo. In: *ALARCÃO I, et al.* Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão. Porto: Porto editora. 1996; p. 171-89.
106. *TUCKMAN B.* Manual de investigação em educação. 2ª ed. Lisboa- Fundação Calouste Gulbenkian. 2002. p. 280.

- 107.** GHIGLIONE R, MATALON B. O inquérito: Teoria e prática. 4ª ed. Oeiras- Celta editora. 2001.
- 108.** VADEN A. *et al.* Establishing the need for nutrition education: I methodology. *J Am Diet Assoc.* 1983;83:441-446.
- 109.** VADEN A. *et al.* Establishing the need for nutrition education: II Elementary teachers' nutrition knowledge, attitudes and practices. *J Am Diet Assoc.* 1983;83:447-453.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Videograma – Guião da Sessão de Educação Alimentar

Tema: Alimentação Infantil – O Problema dos Maus Hábitos Alimentares

Protagonistas: Educadora de Infância, Mãe e Criança de 3 anos

Local: Jardim-de-Infância

A situação decorre numa sala do jardim-de-infância, onde se realiza uma intervenção de educação alimentar.

Descrição dos Protagonistas	Diálogos
<p>São 19H00 e a mãe chega ao jardim-infantil para levar o seu filho.</p> <p>Dirigem-se para a sala de Educadores.</p> <p>A Auxiliar interrompe a conversa.</p>	<p>Mãe: Boa tarde! Vim buscar o Rafael.</p> <p>Educadora Cristina: Olá! Deve ser a D. Alice a mãe do Rafael?</p> <p>Mãe: Sim! Sim! Vim buscar o Rafael como você disse à minha mais velha Jessica que quer falar comigo. Eu vim! Mas olhe que tenho de me despachar que ainda tenho muito que fazer em casa e ainda vou limpar o café lá ao pé de casa. Sabe que eles são 4, mais o meu homem.</p> <p>Educadora Cristina: Pois muito bem! É melhor falarmos ali naquela sala.</p> <p>Mãe: Vai-me pôr a sentar. Ai que aquele miúdo já fez das dele!</p> <p>Educadora Cristina: Não! Estamos só preocupados com a alimentação do Rafael.</p> <p>Auxiliar: Educadora Teresa chegou a mãe da Margarida vou-lhe entregar a informação da visita da próxima semana.</p> <p>Educadora Cristina: Sim! Sim! Desculpe! Então como eu estava a dizer a alimentação é muito importante para o crescimento e desenvolvimento</p>

<p>Mãe interrompe bruscamente a Educadora.</p>	<p>do Rafael.</p> <p>Mãe: Mas então o que é que ele fez de mais?</p> <p>Educadora Cristina Não! Estamos preocupados com a saúde dele. Olhe, todos os dias de manhã o Rafael vem a comer um bolo e um refrigerante.</p> <p>Mãe: Ah! Sim eles só comem queques ou palmieres.</p> <p>Educadora Cristina: Ainda por cima todos, os irmãos, você!</p> <p>Mãe: Mas olhe que aquele rapaz nunca se quer levantar, e eu não me posso atrasar e então é ele até que já pede no café, às vezes já nem entro.</p> <p>Educadora Cristina: Oh mãe! Mas o Rafael tem 4 anos. O Rafael precisa de ser controlado. De comer legumes, fruta. O que costuma fazer para o jantar?</p> <p>Mãe: No jantar comem o “cover”. Eu deixo algumas coisas, mas nunca comem. Comem os cereais, o Nestum[®] e outro que é de chocolate os “Xopicas”, iogurtes e temos sempre uns bolinhos.</p> <p>Educadora Cristina: Bem, tem mesmo de fazer uma decisão. Ou combater o excesso de peso, obesidade que o Rafael já tem ou...</p> <p>Mãe: Obesidade? O meu filhinho? Ele não é daqueles gordos, ele come muito bem! Já o meu mais velho era assim e olhe, já ajuda o pai nuns “biscates”. E as minhas meninas! Todos comem muito bem e estão muito bem! Olhe que eu ainda vou trabalhar e não posso “chigar” atrasada.</p> <p>Educadora Cristina: Bem mãe! Estiveram cá Dietistas.</p> <p>Mãe: Dentistas dos dentes?</p> <p>Educadora Cristina: Não Dietistas! Mas olhe que os dentes do Rafael estão cheios de cáries. Ele só come produtos cariogénicos.</p>
--	---

<p>A mãe fica pensativa.</p> <p>A mãe vai acenando com a cabeça da direita para esquerda e de cima para baixo.</p>	<p>Mãe: Cario... Bem mas o que é que essas “Detistas” disseram do meu querido filho.</p> <p>Educadora Cristina: As Dietistas mediram e pesaram o seu filho e ele tem muito peso para a idade, estatura e género dele. E sabe, este é o <i>timing</i> perfeito para ele alterar a alimentação.</p> <p>Mãe: Sabe de quem é a culpa? É da minha sogra, é todos os fins-de-semana com chupas, gomas...</p> <p>Educadora Cristina: Bom! E não só! O Rafael é uma criança linda. A mãe tem é que pensar que a saúde também depende da alimentação que nós fazemos.</p> <p>Mãe: Ummm!!</p> <p>Educadora Cristina: O Rafael tem de comer de tudo em conta peso e medida.</p> <p>Mãe: Pois, pois...</p> <p>Educadora Cristina: Era importante que o pequeno-almoço fosse em casa e ele comesse pão com leite. É muito mais barato!</p> <p>Mãe: Sim, sem o bolo?</p> <p>Mas nem um bolinho? Sabe, 1 pelo menos ao pequeno-almoço. Daquilo que eu tenho ouvido, o corpo também precisa de um bolinho. Um por dia não vai fazer mal ao meu menino! Tenho razão, não tenho?</p> <p>Educadora Cristina: Não é bem assim... O Rafael tem por hábito fazer o dito bolinho ao pequeno-almoço... mas depois, o leite bebe com açúcar e chocolate, come iogurte e junta-lhe açúcar. Come chocolates e pastilhas e chupas e gomas e sumos...</p> <p>Mãe: Pois...</p> <p>Educadora Cristina: Por exemplo, o lanche que lhe faz para a tarde não seja sempre o Bollycao® e o</p>
--	--

<p>A mãe acompanha com o gesto de não haver dinheiro.</p>	<p>refrigerante. Pão, fruta, leite, iogurte.</p> <p>Ao jantar. Eu sei que tem de trabalhar! Mas uma sopa, carne ou peixe, arroz ou massa ou batata são um jantar saudável, não as papas!</p> <p>Mãe: Lá eu tenho tempo (gesto) para isso tudo. Olhe “ca vida tá” cara e muito difícil!</p> <p>Educadora Cristina: Sim, sim! Gordura não é formosura! Muita gordura, muito peso, é sinal de doenças, diabetes, colesterol, hipertensão arterial...</p> <p>Mãe: Ai! A minha mãezinha. Que Deus a tenha. É que os “diabretes” a levaram.</p>
<p>A mãe interrompe.</p>	<p>Educadora Cristina: Pois então, as Dietistas que cá estiveram são do Centro de Saúde e pretendem acompanhar o Rafael. É só ir até lá, marcar consulta e elas...</p> <p>Mãe: Ah! No Centro de Saúde às 5 horas da manhã para termos consulta e ...</p>
<p>A Educadora interrompe.</p>	<p>Educadora Cristina: Não, as consultas de Dietética são à parte, vá até lá. Costuma ir ao médico de família?</p> <p>Mãe: Só os viu uma vez, depois nunca mais lá voltei.</p>
<p>A Educadora olha para o relógio.</p>	<p>Educadora Cristina: Bem! Agora sou eu que estou na minha hora. Percebeu tudo, pede ajuda aos seus filhos e ao seu marido.</p> <p>Mãe: Ah! Esse ajudar? Só se for a garrafa de vinho. A minha irmã e a minha vizinha, é que vão dando ajudinhas.</p> <p>Educadora Cristina: Está a ver. Então têm de ser todos a pensar na saúde do Rafael.</p> <p>Mãe: Sim a Senhora tem tanta razão!</p> <p>Educadora Cristina: Então compreendeu tudo o que eu disse!</p>
<p>A mãe acompanha com o</p>	<p>Mãe: Sim, sim! Agora vai comer sopa todos os dias</p>

gesto de bater.	<p>e se não comer ao jantar (gesto) nem que a tenha que comer ao pequeno-almoço.</p> <p>Educadora Cristina: Então não é bem assim! Tem é que ir à Dietista, que nós no jardim-infantil vamos ajudando o Rafael a comer saudavelmente e equilibradamente. Não se esqueça, os pais são o exemplo.</p> <p>Mãe: Sim, sim!!</p>
-----------------	--

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO

Este trabalho realiza-se no âmbito da dissertação de mestrado em Saúde Comunitária com o tema de Educação Alimentar Infantil – Potencialidades dos Estudantes de Educação de Infância.
 O inquérito é anónimo e todas as suas respostas são inteiramente confidenciais.
 Desde já agradeço a sua colaboração.

1ª PARTE – Caracterização dos Conhecimentos Nutricionais

1. Na Alimentação Infantil é importante:	V	F
1.1. O consumo de refrigerantes numa refeição diária.		
1.2. O consumo de carne ou peixe ao longo da semana, para aumentar a quantidade de proteína.		
1.3. O uso de sal na confecção de todos os alimentos.		
1.4. O uso de azeite como gordura de origem vegetal na confecção dos alimentos.		
1.5. A introdução do açúcar e produtos açucarados (bolos, gelados, gomas, rebuçados) ao longo do dia.		
1.6. O consumo de sopa ao almoço e ao jantar.		
1.7. A ingestão de água ao longo do dia.		

2. A Educação Alimentar permite:	V	F
2.1. Realizar um diagnóstico sobre os hábitos e preferências alimentares das crianças.		
2.2. A compreensão das crenças e valores culturais das crianças.		
2.3. Caracterizar os factores que influenciam os comportamentos.		
2.4. A aprendizagem de comportamentos e atitudes que visam a protecção da saúde e a prevenção da doença.		

3. A Educação Alimentar desenvolve-se:	V	F
3.1. Espontaneamente, sem programação educacional.		
3.2. Com a utilização de métodos educativos apropriados.		
3.3. Integrada nos currícula educacionais.		
3.4. De forma contínua.		
3.5. Obrigatoriamente com o envolvimento da família, educadores/professores, grupo de pares e profissionais de saúde.		
3.6. Através de artigos e/ou programas de comunicação social (televisão, rádio, revistas, jornais).		
3.7. Através de anúncios e/ou propaganda.		

Indicações: Assinale com **X** o número que corresponde à sua opinião, tendo como referência a seguinte escala.

1	2	3	4	5	NO – “Não tenho opinião”
“discordo totalmente”			“concordo totalmente”		

Em

atividades de Educação Alimentar no jardim-de-infância é importante:

	1	2	3	4	5	NO
1- Promover debates sobre os anúncios publicitários a alimentos.						
2- Promover a tolerância a diferentes padrões culturais.						
3- Construir com as crianças pratos de diferentes gastronomias.						
4- Cuidar da disposição do espaço onde se realizam as refeições.						
5- Cuidar da apresentação do prato.						
6- Criar situações de discussão de grupo sobre alimentação, entre as crianças.						
7- Identificar as dificuldades no meio envolvente.						
8- Integrar a alimentação no programa escolar.						
9- Encorajar o Educador a participar nas refeições da escola.						
10- Conhecer os métodos educativos mais adequados à população-alvo.						
11- Envolver a família na promoção de hábitos alimentares saudáveis.						
12- Comunicar com a família para perceber as alergias alimentares das crianças.						
13- Conhecer os alimentos que as crianças trazem de casa.						
14- Conhecer os hábitos alimentares da família.						
15- Utilizar a linguagem adequada aos diferentes grupos etários.						
16- Integrar as metodologias educativas a desenvolver num plano previamente definido.						
17- Aceitar um valor e / ou uma convicção manifestada pelas crianças, pelos familiares.						

Nº: _____

2ª PARTE – Caracterização da Intervenção do Educador de Infância

Indicações: Assinale com um o número que corresponde à sua opinião, tendo como referência a seguinte escala.

1- “Nada” 2 3 4 5- “Muito”

Após a visualização do videograma, indique que aspectos são caracterizadores da intervenção da Educadora de Infância:

1- Na intervenção a Educadora privilegiou os seguintes aspectos:					
O nível socio-económico.	1	2	3	4	5
O nível educacional.	1	2	3	4	5
O nível cultural.	1	2	3	4	5

2- No diálogo que a Educadora foi estabelecendo com a mãe foram:					
Integrados na intervenção os conhecimentos da mãe em matéria de saúde.	1	2	3	4	5
Incluídos na intervenção as crenças e os valores de saúde da mãe.	1	2	3	4	5
Mobilizado o património cultural da mãe, relativamente a aspectos nutricionais e consumo de determinados alimentos.	1	2	3	4	5

3- A Educadora ao orientar a mãe na intervenção teve em consideração:					
A utilização de linguagem adequada.	1	2	3	4	5
A expressão dos sentimentos da mãe.	1	2	3	4	5
A criação de um clima favorável.	1	2	3	4	5

4- Em que medida, a Educadora foi tendo em consideração os seguintes aspectos:					
A acessibilidade aos recursos de saúde.	1	2	3	4	5
A informação existente acerca dos recursos de saúde.	1	2	3	4	5
A motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença.	1	2	3	4	5
A rede familiar de suporte social (apoio informal, familiares, vizinhos, amigos).	1	2	3	4	5
O feedback transmitido.	1	2	3	4	5

5- Quando a Educadora refere à mãe que deve ser ela a responsável pela saúde do seu filho, teve em consideração na intervenção:					
Os profissionais de saúde (médicos, dietistas entre outros).	1	2	3	4	5
O cônjuge, a família.	1	2	3	4	5
O grupo de pares (amigos, vizinhos, colegas).	1	2	3	4	5

6- Ao terminar a intervenção como foram valorizados os seguintes aspectos:					
A validação das orientações.	1	2	3	4	5
A disponibilidade da Educadora para esclarecimento de dúvidas.	1	2	3	4	5

Sexo: F M

Idade: _____ Anos

Nº: _____