

Co-funded by the
Erasmus + Programme
of the European Union



ANÁLISE DE CONCEITO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E RECOLHA DE BOAS PRÁTICAS

PROJETO: Nº 2017-1-RO01-KA202-037373

„Corrective VET international training for obesity prevention and healthy life style promotion“



Índice

Introdução	2
1. Definições de estilo de vida saudável (EVS).....	3
2. Elementos de estilo de vida saudável, a sua inter-relação e impacto no estilo de vida saudável	6
3. Experiência pessoal de estilo de vida saudável.....	11
3.1. Avaliação pessoal do estilo de vida saudável/ nível de obesidade.....	11
3.2. Estatísticas de obesidade em países parceiros.....	13
3.3. HL (estilo de vida saudável) e possibilidades de melhoria para a população.....	18
4. Experiência familiar:.....	24
4.1. Estilo de vida familiar, estatísticas HL, hábitos prejudiciais:.....	24
4.2. Possibilidades para famílias: programas, projetos, treinos, consultas médicas.....	30
4.3 Modelos familiares de Educação	32
5. Experiência da Organização / Instituição.....	34
5.1. Experiência nas escolas: medidas, métodos, grupo-alvo, tipos de profissionais/ especialistas envolvidos.....	34
5.2. Universidades - pesquisas conduzidas sobre estilo de vida saudável, a forma como os problemas de um estilo de vida saudável estão envolvidos no processo de estudo.....	37
5.3. Ênfase principal da HL no ensino de futuros professores e enfermeiros	38
5.4. Local de trabalho - experiência, ferramentas, métodos, ambiente ergonômico.....	40
5.5. Gabinetes de saúde pública, hospitais.....	45
6. Ambiente social, experiência em estilo de vida saudável: publicidade social, produtos (orgânicos) saudáveis	46
7. Conclusões.....	49
Referências Bibliográficas	52



Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é o maior problema de saúde não reconhecido. A nível mundial tem um grande impacto na morbilidade e mortalidade. A obesidade é o resultado de um estilo de vida não saudável. Esta publicação enfatiza fatores chave de estilos de vida saudável e avalia a importância de um estilo de vida saudável e apresenta as principais causas para a obesidade. O objectivo principal deste estudo é recolher boas práticas de prevenção da obesidade e definições de conceitos de estilos de vida saudáveis em países parceiros.

Objetivos deste estudo:

1. recolher definições de conceitos de estilos de vida saudáveis;
2. definir os factores necessários para estabelecer abordagens de promoção de saúde eficazes;
3. recolher boas práticas de prevenção da obesidade em países parceiros;
4. definir a causa para a obesidade, tendo em conta diferentes contextos – individuais, familiares, organizacionais e ambientais;
5. refletir o estado exato de estilo de vida saudável nos países estudados.

O desenvolvimento desta análise foi coordenada pela ONG (Creativity future ideas), Lituânia. Os conteúdos apresentados neste documento foram elaborados com a contribuição de parceiros CORRECT IT!.

Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania
Filiala Iasi,
Asociatia Everest, Romania,
Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal,
Triskelion, Norway,
Universita degli Studi di Foggia, – Itália.



1. Definições de estilo de vida saudável (EVS)

Tabela 1
Definições de estilo de vida saudável

Definição	Fonte, link, referência
Uma forma de dia-a-dia que fortalece e melhora as oportunidades de reservas do corpo, ajuda a manter-se saudável, seguro e melhora a saúde.	Proškvienė R., 2004, Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius: VPU leidykla. Gudžinskienė V., 2007, Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai. Vilnius: VPU lei-dyk-la.
Um estilo de vida saudável é reflectido não só em comportamentos e ações notórios e óbvios, mas também em processos e experiências psicológicas que podem também ser avaliadas por métodos científicos.	Gochman D. S., 1982, Labels, Systems, and Motives: Some Perspectives of Future Research. Health Education Quarterly, 9, p. 167–174. Gochman D. S., 1997, Health Behaviour Research: Definitions and Diversity. In D. S. Gochman (ed.) Handbook of Health Behaviour Research Vol. I. Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press.
Um estilo de vida saudável inclui ações de indivíduos, grupos, organizações, os factores que os afetam e seus associados, incluindo as mudanças sociais, o desenvolvimento de melhorias de políticas de saúde, e o melhoramento da qualidade de vida.	Parkerson (1993), Parkerson G., 1993, Disease Specific Versus Generic Measurement on Health Related Quality of Life in Insulin Dependent Diabetic Patients. Medical Care, 31, p. 629–637.
Um conjunto contínuo de comportamentos e hábitos individuais que revela as particularidades da sua vida.	Adaškevičienė E. ir Strazdienė N. (2013), Vaikų sveikatą stiprinančio fizinio aktyvumo ugdymas. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla. ISBN 978-9988-18-718-9.
Um estilo de vida saudável é o conjunto total dos nossos hábitos e costumes do dia-a-dia.	Urbonienė L. (2016), Sveikos gyvensenos pagrindai, arba ką mes žinome apie sveiką gyvenseną. [žiūrėta 2016 m. spalio 20 d.] Prieiga per: < http://www.aidas.lt/lt/sveikata/articla/10874-06-06-sveikos-gyvensesnos-pagrindai-arba-ka-mes-zinome-apie-sveika-gyvensena >.
Um estilo de vida saudável é uma manifestação de comportamento, hábitos e atividades humanos que afecta não só a saúde pessoal mas também a saúde das pessoas à sua volta.	Zaborskis, A.; Lenčiauskienė, I. Health Behaviour among Lithuania's Adolescents in Context of European Union. Croatian Medical Journal. 2006, vol. 47 (2):
Um estilo de vida saudável é o comportamento de um indivíduo que descreve a interação entre as características pessoais do indivíduo, a interação social, e condições de vida que têm como objectivo realçar e manter o estado de saúde presente.	World Health Organization: WHO (1998) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258752/1/9789290225966-eng.pdf



Um estilo de vida saudável é um dia-a-dia que fortalece e melhora as capacidades de reserva do corpo, ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis, seguras ou até mesmo a melhorar a sua saúde.	Mokinių fizinis aktyvumas ir sveikata. Zumeras R., Gurskas V. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2012.
Um estilo de vida saudável é a dose certa de exercício, um dieta sensata, uma boa conversa com amigos e uma noite bem dormida.	Conversa com profissionais.
Um estilo de vida saudável é um estilo de vida que limita o risco de ficar doente e faz com que uma pessoa esteja melhor equipada no caso de encontrar alguma doença pelo caminho.	Conversa com profissionais.
Boa saúde mental e exercício regular fornece um estilo de vida saudável.	Conversa com profissionais.
Um estilo de vida saudável é fazer o que quer que seja que lhe traga paz interior, o faça sorrir e tudo aquilo que uma pessoa pensa ser bom para o seu corpo e mente e que o faça feliz.	Conversa com profissionais.
De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de bem estar físico, mental e social. Curiosamente, a saúde não é apenas definida como a ausência de doença. Um estilo de vida saudável tem por base: <ul style="list-style-type: none"> • uma nutrição saudável e equilibrada • atividade física • bem estar emocional e espiritual • prevenção de riscos de saúde Negligenciar estas regras básicas em conjunto com hábitos seguintes como fumar, consumo regular de álcool ou consumo de drogas pode ser chamado de um estilo de vida não saudável.	Healthy Lifestyle through Education http://www.healthbox.eu/fileadmin/user_upload/HealthBoxInfoBrochure_EN.pdf
De acordo com a Ordem dos Enfermeiros portuguesa, a saúde é: A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição do indivíduo, controlo de sofrimento, bem estar físico e conforto emocional e espiritual. Dado que é uma representação mental, é um estado subjetivo; por isso, não pode ser tomada como um conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição do indivíduo e seu bem estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com as mudanças que cada situação lhe apresenta. Neste contexto, a saúde é um reflexo de um processo dinâmico e contínuo; cada pessoa quer atingir um estado de equilíbrio que é traduzido no controlo de sofrimento, bem estar físico e conforto emocional, espiritual e cultural.	http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx
O estilo de vida é uma forma de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento que são determinados pela interação entre as características pessoais do indivíduo, interações sociais e condições de vida socioeconómicas e ambientais.	WHO – Health promotion Glossary (EN and ITA versions) file:///C:/Users/DIP.%20DISA/Desktop/Erasmus%20K2%20project%20master/OUTPUT%201/HPR%20Glossary%201998.pdf WHO glossary http://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
A promoção de um estilo de vida saudável é um factor determinante para o bem-estar, para a qualidade de vida e também para a sustentabilidade de um sistema de saúde. Um estilo de vida saudável tem de evitar o consumo excessivo de álcool, fumar, consumo de drogas e tem de incluir uma dieta correta, desporto e atividade, controlo de avaliação de factores de risco.	Italian National ministry of Health website http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_4.jsp?lingua=italiano&area=Vivi_sano http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1181_allegato.pdf
Uma nutrição correta e equilibrada é fundamental para a saúde humana. Seguindo as definições da OMS, uma nutrição e saúde adequadas são direitos humanos estreitamente correlacionados. Além disso, uma dieta correta é a chave para prevenir muitas doenças e um tratamento ativo para muitas outras.	Italian National federation of nurses colleges (IPASVI) http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/1-alimentazione-come-stile-di-vita-per-una-buona-salute-id4.htm



Um estilo de vida saudável representa todos os comportamentos que são relevantes para promover e manter a saúde e reduzir o risco de doença. A vida negativa está no comportamento que envolve riscos de saúde. O estilo de vida refere-se a todas as atividades que fazem parte da vida de uma pessoa, grupo, comunidade, mas numa perspectiva normativa interna-estrutural.	Ghid - Educatie pentru o viata sanatoasa http://5.2.199.29/sites/default/files/05.%20Ghid%20-%20Educatie%20pentru%20o%20viata%20sanatoasa.pdf
Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos que respondem a situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida.	https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/estilos-de-vida.aspx

Após a análise de literatura científica, discussões com profissionais, a definição de Estilo de Vida Saudável foi acordada entre parceiros:

Um estilo de vida saudável é uma forma de vida diária que fortalece e melhora as capacidades de reserva do corpo, ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis, a salvar ou até mesmo a melhorar a sua saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o estilo de vida de uma pessoa contém até 50% da sua saúde, enquanto o ambiente que o rodeia e a hereditariedade têm apenas 20% de significância na saúde do indivíduo, e os medicamentos contribuem apenas com 10% para a saúde de uma pessoa. O que revela que uma pessoa é ela própria responsável pela sua saúde, bem-estar e condição do corpo? E apenas ela pode mantê-lo em condições perfeitas ou levantar-se e ficar doente como parte da sua vida e não sentir o prazer de viver.

Tabela 2
Fatores de estilo de vida saudável

Factores	Impacto positivo na saúde	Impacto negativo na saúde
Hábitos, atitudes	Promoção ativa de estilo de vida saudável	Não promover estilos de vida saudáveis
Competências	Formação de estilo de vida saudável, organização de atividades de promoção de saúde	Formação incorreta de estilo de vida saudável
Um exemplo	Um estilo de vida saudável positivo e correto, exemplo dos pais e outros parentes.	Exemplos negativos dos pais e outros parentes.
Perceção de seriedade de doença	Compreendeu a ameaça para a saúde	Atitude insuficiente para a saúde
Motivação	Compreensão dos benefícios de um estilo de vida saudável	Conhecimento insuficiente
	Normas sociais positivas imaginárias	Normas sociais negativas imaginárias
	Motivação individual	Medo de mudanças
Conhecimento	Informação suficiente	Conhecimento desajustado

Gustaitienė L. (2003). Health policy and organization. Kaunas: VDU.



2. Elementos de estilo de vida saudável, a sua inter-relação e impacto no estilo de vida saudável (EVS)

(Como cada componente afeta um estilo de vida saudável e a obesidade?)

Uma análise de diversas fontes científicas torna claro que um estilo de vida saudável é um conceito multivariado que inclui os seguintes elementos principais:

- nutrição;
- amamentação;
- atividade e passividade física;
- consumo / não-consumo de tabaco;
- consumo / não-consumo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- o uso de medicamentos;
- modo de trabalho e descanso (sono);
- comportamento sexual;
- o stresse e a capacidade de o superar;
- hábitos de higiene;
- exames preventivos de saúde;
- qualquer comportamento que possa afetar a saúde (ex.: hábitos de condução, cintos de segurança no carro, participação em lutas, exposição prolongada ao sol ou solário, promoção de desportos que promovam a saúde, consumo de água, etc.)

Não há correlação direta entre **Nutrição** e gestão de peso. Existem Cinco Efeitos de Nutrição Saudável:

1. **Gestão de peso.** Uma nutrição equilibrada mantém os níveis de energia elevados. De forma a tornar a maior parte da dieta saudável, consuma uma variedade de alimentos dos grupos alimentares maiores: fruta, vegetais, cereais, proteína e lacticínios. Tenha como objectivo um equilíbrio entre nutrientes, calorias e tamanho de porções, escolhendo os alimentos com maior densidade de nutrientes ao seu dispor.

2. **Crescimento e desenvolvimento.** Um crescimento e desenvolvimento infantil óptimo dependem de uma nutrição adequada. As crianças que têm uma nutrição adequada tendem a ser mais energéticos e divertidos e tem melhores resultados em testes de inteligência, de acordo com a Wisconsin's Early Childhood Excellence Initiative (<http://www.researchconnections.org/childcare/resources/6455>).

3. **Anti-Envelhecimento.** Uma boa nutrição pode aumentar a longevidade e manter uma pessoa saudável enquanto envelhece. Algumas substâncias, muitas das quais antioxidantes, podem travar a inflamação e inibir algumas alterações degenerativas associadas com o envelhecimento.

4. **Melhoramento imunitário.** O sistema imunitário depende tanto de macronutrientes: proteínas, hidratos de carbono e gorduras, e micronutrientes: vitaminas e minerais, fornecidos pela dieta diária para se manter saudável. Ao se melhorar o funcionamento individual das células, bem como as interações entre células, a nutrição adequada torna uma pessoa mais resiliente à infeção. Um estudo com jogadoras de futebol, publicado em julho de 2012, número do "Journal of the International Society of Sports Nutrition" (<https://jissn.biomedcentral.com/articles/10.1186/1550-2783-9-32>) revelou que aquelas que tinham uma dieta saudável experienciavam menos stresse oxidativo, níveis inferiores de inflamação e melhor estado imunitário após o stresse de um jogo de futebol quando comparadas com um grupo com uma condição nutricional inferior.

5. **Humor.** Um boa nutrição traduz-se em melhor humor. Se a dieta for rica em açúcares e carnes processadas, pode ter-se alterações de níveis de açúcar no sangue, o que causa um humor



mais irritável ou depressivo.

Uma vez que há cada vez mais dados comprovativos de que a amamentação oferece proteção contra ganho excessivo de peso na infância e adolescência, a amamentação é tida como uma estratégia razoável para reduzir o risco das crianças virem a ter excesso de peso.

A **atividade física** regular é essencial para uma vida saudável. As pessoas com fatores de risco como a obesidade, podem beneficiar particularmente da atividade física. (Affective Responses to Intermittent Physical Activity in Healthy Weight and Overweight/Obese Elementary School-Age Children. Human kinetics: Volume 14 Issue 11, November 2017). A atividade física regular é uma das coisas mais importantes que as pessoas podem fazer pela sua saúde. A atividade física regular pode ajudar a continuar a pensar, a aprender e as capacidades de discernimento melhoram enquanto se envelhece. Pode também reduzir o risco de depressão e ajudar a dormir melhor. Estudos têm revelado que fazer aeróbica ou uma combinação de atividades de aeróbica e fortalecimento muscular 3 a 5 vezes por semana durante 30 a 60 minutos pode fornecer estes benefícios de saúde mental. Alguns dados científicos também têm revelado que até mesmo níveis baixos de atividade física podem ser benéficos. O corpo humano não está feito para ficar sentado toda a vida. É feito para andar, correr, dançar – atividades físicas no espaço real. É suposto mover-se livremente na natureza e espaços abertos. É suposto ser forte, ser flexível, alongar, dobrar e girar. No entanto, a maioria das pessoas passa a maior parte do seu tempo sentada em cadeiras ou em carros. A passividade física é um crime contra o corpo. As pessoas estão aprisionadas dentro de si próprias, privam os músculos, tendões e ligamentos de movimentos e privam os seus pulmões de arejamento adequado. O metabolismo não pode funcionar apropriadamente se não nos mexermos. Todo o corpo degenera lentamente, tornando-se cada vez mais fraco e rijo com a idade. Isto leva ao fenómeno lamentável das pessoas idosas que sofrem de dor extrema e incapacidade.

O consumo de **tabaco** e um estilo de vida saudável são incompatíveis. Doenças não transmissíveis (DNT) como cardiopatias isquémicas, cancro, diabetes, doenças respiratórias crónicas são as principais causas de morte a nível global e associadas aos consumo de tabaco. Dados disponibilizados pela OMS revelam que trinta e oito milhões de pessoas morrem todos os anos de DNT, e quase 85% das mortes por DNT ocorrem em países com baixo e médio rendimento (WHO. Non-communicable Diseases Country Profiles. 2014. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf. Accessed on 20th September 2014)

Formas de consumo de tabaco

1. Cigarro – mais comum e mais prejudicial
2. Bidi – a forma mais comum na Índia
3. Charuto
4. Narguilé
5. Shisha
6. Tabaco para mascar
7. Cigarros de cravo e tabaco (Kretek)
8. Rapé
9. Cigarro electrónico – intruso recente na lista

Quando não fumadores são expostos ao fumo contendo nicotina e químicos tóxicos emitidos por fumadores é chamado de *fumo passivo ou exposição ao tabagismo passivo*.



Na verdade, os efeitos do álcool na saúde são bastante complexos. O álcool é a “droga” mais popular em todo o mundo para fins recreativos. Pode ter efeitos poderosos no nosso humor e estado mental. Por um lado, quantidades moderadas têm sido relacionadas com benefícios para a saúde. Por outro lado, é viciante e muito tóxico quando as pessoas bebem em demasia. O álcool pode diminuir a autoconsciência e a timidez, sendo mais fácil para as pessoas se comportarem sem inibição. Simultaneamente, pode prejudicar a capacidade de julgamento e levar as pessoas a fazerem coisas que mais tarde se arrependem. O abuso crónico de álcool pode ter efeitos prejudiciais severos no nosso corpo e cérebro, aumentando o risco de tantos outros tipos de doenças. Contudo, algumas bebidas alcoólicas são melhores que outras. O vinho tinto é, provavelmente, a bebida alcoólica mais saudável, talvez devido a sua alta concentração de antioxidantes. Os efeitos do álcool podem incluir:

1. Inibição reduzida
2. Arrastamento da fala
3. Incapacidade motora
4. Confusão
5. Problemas de memória
6. Problemas de concentração
7. Coma
8. Problemas respiratórios
9. Morte

Outros riscos de beber podem incluir:

1. Acidentes de carro e outros acidentes
2. Comportamento de risco
3. Comportamento violento
4. Suicídio e homicídio

Cada **droga** é um triângulo de três faces, representando a cura que pode trazer, os perigos que pode infligir e o impacto económico de cada uma. Uma droga farmacêutica (também referida como medicamento, medicamentação, ou simplesmente como droga) é uma droga utilizada para diagnosticar, curar, tratar, ou prevenir doenças. Temos sempre de tomar uma droga farmacêutica quando estamos doentes ou sentimos dor? Se tivermos uma dor de cabeça, bebemos líquidos e descansamos? Ou recorremos a analgésicos? Para a maior parte de nós, a última é o ponto de referência mais provável. Com os nossos estilos de vida ocupados, temos tendência em optar por uma resolução rápida dos nossos males, e isto envolve muitas vezes um comprimido de algum género. Tornamo-nos, então, demasiado dependentes dos medicamentos modernos? Se assim for, poderá isto estar a fazer-nos mais mal do que bem? É mais fácil para os doentes recorrer a um comprimido do que fazer mudanças de estilo de vida.

O problema de algumas drogas farmacêuticas como opiáceos e muitos outros analgésicos é que se podem tornar viciantes. Medicamentos opiáceos podem produzir uma sensação bem-estar e prazer porque estas drogas afectam as regiões do cérebro envolvidas na recompensa. As pessoas que abusam de opiáceos podem procurar aumentar a sua experiência, tomando a droga de outras formas que não a prescrita.



Ou, por exemplo, os antibióticos. O uso de antibióticos a toda a hora e em qualquer cenário coloca pressão biológica nas bactérias, o que promove o desenvolvimento da resistência. Quando os antibióticos são necessários para prevenir ou tratar doenças, devem sempre ser utilizados. No entanto, o uso inapropriado de antibióticos favorece desnecessariamente a resistência aos antibióticos.

O **modo de trabalhar e descansar (dormir)** também é importante para uma vida saudável. O facto de não termos dormido o suficiente deixa-nos cansados durante o dia. O relógio do corpo também afecta o humor, o alerta mental, a fome, e o funcionamento cardíaco. Interferir com os ciclos naturais do nosso corpo por causar problemas. Os estudos mostram que há mais acidentes de carro e acidentes de trabalho quando alteramos o horário e perdemos uma hora de sono. Os doentes cardíacos apresentam um maior risco de enfarte do miocárdio na semana após haver a alteração para o horário de verão. Mais significativa ainda, é que a ciência continua a descobrir ligações importantes entre um relógio alterado e questões de saúde crónicas, desde a diabetes a doenças cardíacas, ao declínio cognitivo. Parece que os mesmos genes e factores biológicos que governam o nosso relógio interno também estão relacionados com a forma como outros sistemas do organismo funcionam – e deixam de funcionar. Estamos a começar a compreender mais como o relógio interage e ajuda a controlar a função de outros sistemas e afecta a nossa saúde em geral. De facto, manter o ciclo diário do nosso corpo equilibrado talvez possa ser uma das melhores coisas que se pode fazer para a saúde em geral.

O comportamento sexual afeta nossa saúde. A saúde sexual é definida pela OMS como

- Prazer da relação sexual sem exploração, opressão ou abuso
- Gravidez e parto seguros, e prevenção de gravidezes não desejadas
- Ausência e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo VIH.

Um comportamento sexual não saudável pode conduzir a um desvio de algum ou de todos estes três pontos. Pesquisas apoiam a conclusão que a concentração de recursos em jovens ou indivíduos solteiros levará a que sejam negligenciados elevados números de indivíduos expostos a um risco elevado de SIDA/VIH noutros grupos da população. As relações fortes entre indicadores de um estilo de vida saudável e comportamento sexual parecem ser um factor a ser tido em consideração no desenvolvimento futuro de intervenções de saúde relacionadas com SIDA/VIH. (D. G. Uitenbroek, The relationships between sexual behaviour and health lifestyle, Journal Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, Volume 6, 1994 - Issue 2).

Todos experienciamos **stress**. Tal como o stress advém de diversas áreas da vida, uma gestão de stress eficaz advém de combater o stress em várias frentes. A forma importante para aliviar o stress é manter hábitos de estilo de vida saudável. Manter um estilo de vida equilibrado e saudável é importante por diversas razões:

- Hábitos de estilo de vida saudável podem também ajudar a reverter a resposta ao stress, permitindo que se evite ou reverta os efeitos negativos do stress crónico.
- Hábitos de estilo de vida saudável trazem frequentemente benefícios adicionais, tais como uma euforia de endorfinas, libertação de frustração ou aumento de longevidade.
- Muitos dos hábitos de estilo de vida saudáveis aqui discutidos podem também ajudar a tornar-se menos reativo ao stress no longo prazo, fornecendo protecção contra o stress que ainda não foi experienciado.



Bons **hábitos de higiene** pessoal são essenciais para promover uma boa saúde. Hábitos de higiene pessoal como lavar as mãos e dentes e usar fio dental manterão as bactérias, vírus e doenças afastados e há tantos benefícios mentais como físicos. “Praticar uma boa higiene corporal ajuda a sentirmo-nos bem conosco próprios, o que é importante para a saúde mental”, observa o Dr. Donald Novey, médico de medicina familiar, fundador e presidente da *Integrative Medicine Associates* (Associação de práticas médicas). Se se quiser minimizar o risco de infecção e também melhorar a saúde no geral, sigam estes hábitos de higiene pessoal:

- Tomar banho regularmente
- Cortar as unhas
- Lavar os dentes e usar fio dental
- Lavar as mãos
- Dormir bem (<https://www.everydayhealth.com/healthy-living/guide-to-good-hygiene.aspx>)

Exames de saúde e análises regulares podem ajudar a encontrar os problemas antes deles começarem. Podem também ajudar a encontrar os problemas precocemente, quando as hipóteses de tratamento e cura são as melhores. Ao termos os serviços de saúde corretos, rastreios e tratamentos, estamos a dar passos que aumentam as nossas chances de viver uma vida mais longa e mais saudável. A idade, a saúde e a história familiar, as escolhas de estilo de vida (i.e. o que comemos, o quão ativos somos, se fumamos), e outros factores importantes têm impacto nos cuidados de saúde que precisamos e com que frequência necessitamos deles.

A **obesidade** resulta, normalmente, de uma combinação de causas e factores de contributo, incluindo:

- **Genética.** Os nossos genes podem afetar a quantidade de gordura corporal que armazenamos e onde essa gordura é distribuída. A genética pode também desempenhar um papel em como o nosso corpo converte os alimentos em energia eficazmente e como o nosso corpo queima as calorias durante o exercício.
- **Estilo de vida familiar.** A obesidade tem tendência em ocorrer em famílias. Se um ou ambos os pais forem obesos, o risco de ser obeso aumenta. Isto não é apenas por causa da genética. Os membros da família tendem a partilhar hábitos alimentares e de atividades semelhantes.
- **Inatividade.** Se não formos muito ativos, não queimamos muitas calorias. Com um estilo de vida sedentário, podemos facilmente ingerir diariamente mais calorias do que aquelas que queimamos com o exercício e atividades da rotina diária. Se tivermos problemas de saúde como artrite, pode levar a uma diminuição da atividade, o que contribui para o ganho de peso.
- **Dieta não saudável.** Uma dieta calórica, sem fruta ou vegetais, repleta de comida rápida, e acompanhada de bebidas calóricas e porções excessivas contribuem para o ganho de peso.
- **Problemas de saúde.** Em algumas pessoas, a obesidade pode ser associada a uma causa médica, tal como a síndrome de Prader-Willi, síndrome de Cushing e outras patologias.
- **Alguns medicamentos.** Alguns medicamentos podem levar ao ganho de peso se não compensarmos através da dieta ou atividade. Estes medicamentos incluem alguns antidepressivos,



anticonvulsivos, medicamentos para a diabetes, antipsicóticos, esteroides e bloqueadores beta.

- **Questões sociais e económicas.** A pesquisa tem relacionado factores sociais e económicos com a obesidade. É difícil evitar a obesidade se não tivermos áreas seguras para nos exercitarmos. Do mesmo modo, podem não nos ter ensinado formas saudáveis de cozinhar, ou podemos não ter dinheiro para comprar alimentos mais saudáveis. Além disso, as pessoas com as quais passamos tempo podem influenciar o nosso peso – é mais provável tornarmo-nos obesos se tivermos amigos ou parentes obesos.

- **Idade.** A obesidade pode ocorrer em qualquer idade, até em crianças jovens. No entanto, à medida que envelhecemos as alterações hormonais e um estilo de vida menos ativo aumentam o risco de obesidade. Ao mesmo tempo, a quantidade de músculo no nosso corpo tende a diminuir com a idade. Esta baixa massa muscular leva a uma desaceleração do metabolismo. Estas mudanças podem também reduzir as necessidades de calorias e tornar mais difícil afastar o excesso de peso. Se não controlarmos conscientemente o que comemos e não nos tornarmos mais ativos fisicamente à medida que envelhecemos, é natural que ganhemos peso.

- **Gravidez.** Durante a gravidez, o peso da mulher aumenta necessariamente. Algumas mulheres têm dificuldades em perder peso após o nascimento do bebé. Este aumento de peso pode contribuir para o desenvolvimento de obesidade nas mulheres.

- **Deixar de fumar.** Deixar de fumar é frequentemente associado ao ganho de peso. Para alguns pode mesmo levar a um ganho de peso suficiente que pode tornar uma pessoa obesa. Contudo, a longo prazo, deixar de fumar é ainda um maior benefício para a saúde do que continuar a fumar.

- **Privação de sono.** Não dormir o suficiente ou dormir em demasia pode causar alteração nas hormonas e pode aumentar o apetite. Pode também levar ao desejo de alimentos calóricos e hidratos de carbono, que podem contribuir para o ganho de peso.

3. Experiência pessoal de estilo de vida saudável

3.1. Avaliação pessoal do estilo de vida saudável/ nível de obesidade.

Como pode cada pessoa avaliar o nível de estilo de vida saudável/ obesidade? Metodologia, questionários.

Tal como em qualquer viagem, para alcançarmos o nosso destino precisamos de conhecer o nosso ponto de partida. Conhecer o ponto de partida e compreender o estado de saúde atual é uma parte chave na construção do nosso plano de saúde pessoal.

Lituânia:

A avaliação pessoal do teste do nível de estilo de vida saudável/ obesidade pode ser efetuada usando estas ferramentas:

<http://www.theathleticclubs.ca/media/file/NEWWellness%20Self-Evaluation-1.pdf>

<http://www.drwayneandersen.com/health-assessment/>

<http://sveikata.lrytas.lt/gyvenu-sveikai/testas-pasitikrinkite-kiek-zinote-apie-sveika->



gyvensena.htm

Perímetro abdominal:

Se o perímetro abdominal for superior ao das ancas – estamos a suportar mais peso em cima das ancas – há um aumento do risco de doenças cardíacas e diabetes tipo 2. O risco é maior para mulheres cujo perímetro abdominal é de 89 cm ou mais e para os homens cujo perímetro abdominal é de 102 cm ou mais.

Com uma fita métrica de tecidos, meça o seu perímetro abdominal mesmo por cima da bacia.

Índice de massa corporal

O índice de massa corporal (IMC) é um cálculo que indica se temos uma quantidade saudável de gordura corporal. Pode-se determinar o IMC com uma tabela de IMC ou com uma calculadora online.

O índice de massa corporal (IMC) é um valor calculado através da massa (peso) e altura de um indivíduo. O IMC é definido de acordo com a massa corporal dividida pela sua altura ao quadrado e é universalmente expressado em unidades de kg/m², resultando da massa em quilogramas e altura em metros. Os resultados seguintes de IMC demonstram se temos um peso saudável.

Tabela 3
Resultados de IMC

Interpretação de resultados de IMC	
IMC	Peso
Abaixo de 18.5	Magreza
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Excesso de Peso
30 e acima	Obesidade

O estado de obesidade ou excesso de peso é definido pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado.

Classificações de IMC (Internacional)

IMC inferior a 18,5 kg/m²

Um IMC inferior a 18,5kg/m² indica que se encontra abaixo do peso, por isso talvez seja necessário ganhar algum peso. Será recomendado pedir aconselhamento a um médico ou dietista.

IMC de 18,5-24,9 kg/m²

Um IMC de 18,5-25 indica que se tem um peso saudável para a altura. Mantendo um peso saudável baixa-se o risco de desenvolver problemas de saúde sérios.

IMC de 25-30 kg/m²

Um IMC de 25-30 indica que se tem excesso de peso. Pode ser-se aconselhado a perder algum peso por questões de saúde. Será recomendado falar com o médico ou dietista para conselhos.



IMC acima de 30 kg/m²

Um IMC acima de 30 indica que se é obeso. A saúde poderá estar em perigo caso não se perca peso. Será recomendado falar com o médico ou dietista para conselhos.

A obesidade ou excesso de peso é determinado pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado. Podem ser efectuados cálculos usando esta ferramenta:
<http://www.obesity.ulaval.ca/obesity/generalities/evaluation.php>.

Programa português para a Promoção da Atividade Física (<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/atividade-fisica.aspx>)

O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), implementado no período de 2016-2019 e alinhado com o Plano Nacional de Saúde, 2016-2020 extensão do plano, procurará responder às orientações estabelecidas na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e do Bem-Estar.

O Programa tem em vista a população nacional com baixos níveis de inatividade física durante o ciclo de vida, motivada por níveis elevados de literacia física, autonomia e preparação, inseridos num contexto físico e sociocultural que facilita mais atividade física e menos tempo sedentário na escola, universidade, lazer, trabalho e mobilidade.

Os custos anuais de inatividade em Portugal foram estimados moderadamente em cerca de 270 milhões de euros. Globalmente, estes valores mostram a dimensão do problema associado à inatividade física e ressalta a necessidade urgente de estratégias integradas para reduzir comportamentos sedentários e aumentar níveis de atividade física na população.

3.2. Estatísticas de obesidade em países parceiros

Análise estatística: resultados de pesquisas, dados estatísticos, média nacional

Considerando que a prevalência de obesidade no mundo duplicou entre 1980 e 2014, com mais de 20 biliões de pessoas com mais de 18 anos com excesso de peso e mais de 600 milhões consideradas obesas. Mais de 39% dos adultos com mais de 18 anos tinham excesso de peso e 13% eram obesos. Num nível europeu, de acordo com o Eurostat¹, quase um em cada seis adultos é considerado obeso. A percentagem de obesidade aumenta com a idade e diminui com o nível de formação.

A informação neste relatório foi estruturalmente baseado na análise de conceito de estilo de vida saudável e recolha de boas práticas.

¹ Inquérito europeu por entrevista relativo à Saúde nº 203/2016, 20.08.2016,
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646>



Percentagem de obesidade na população com 18 ou mais anos nos Estados Membros da União Europeia, 2014 (%)

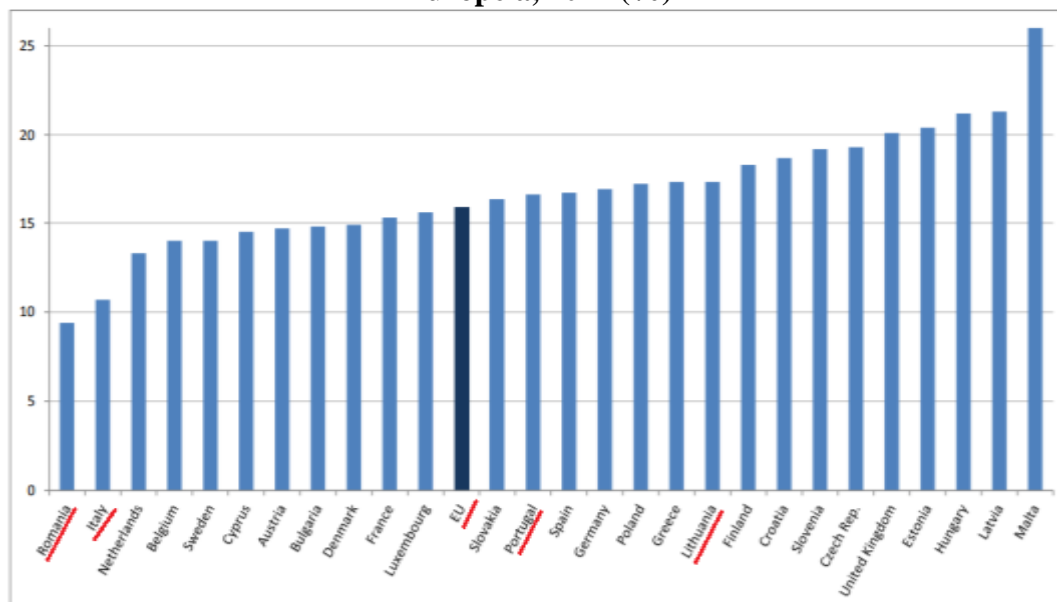


Gráfico 1. Obesidade na população na União Europeia, 2014 (%)

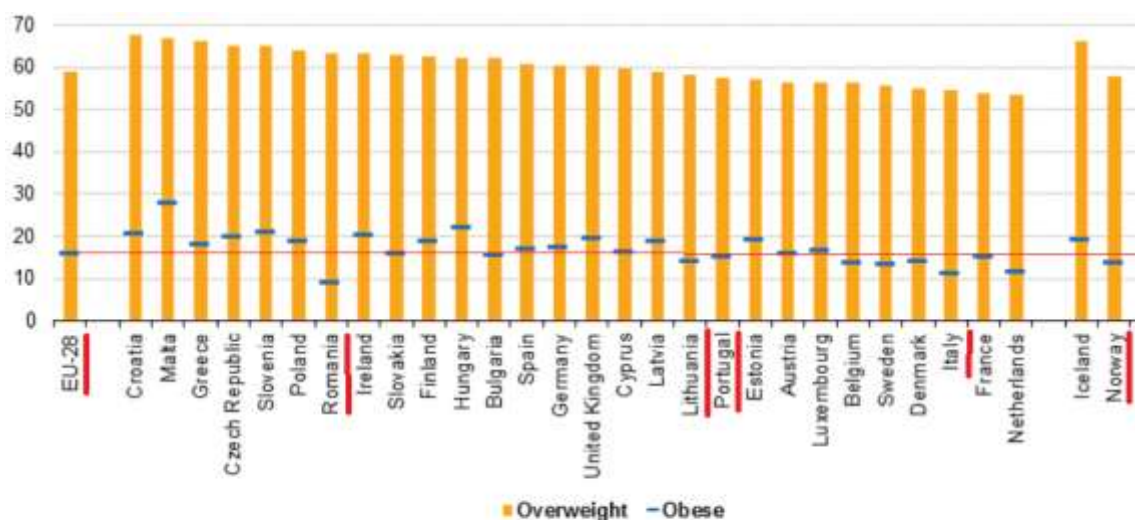
Entre os Estados Membros da União Europeia para os quais estão disponíveis os dados, as percentagens mais baixas em 2014 na população com 18 anos ou mais anos foram registadas na Roménia (9,4%) e Itália (10,7%), à frente da Holanda (13,3%), Bélgica e Suécia (ambas com 14,0%). Do lado oposto da balança, a obesidade afetava mais de um adulto em cada 4 em Malta (26,0%), e cerca de 1 em cada cinco na Letónia (21,3%), Hungria (21,2%), Estónia (20,4%) e Reino Unido (20,1%).

Tabela 4
Estatísticas de Obesidade na UE

<p>1. Principais resultados estatísticos (uma situação objectiva) A população da UE é aproximadamente de 511.805.100.</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8102195/3-10072017-AP-EN.pdf/a61ce1ca-1efd-41df-86a2-bb495daabdab</p>
<p>1.1. Relatório do Eurostat: 46,1% dos que tinham 18 ou mais anos a viver na União Europeia (UE) tinham um peso normal em 2014, pouco mais de metade dos adultos foram considerados como tendo excesso de peso (35,7% pré-obesos e 15,9% obesos) e ainda 2,3% abaixo do peso. Por outras palavras, quase um em cada seis pessoas com 18 ou mais anos na UE era obesa em 2014. A obesidade é um problema de saúde pública grave, que pode ser mensurado estatisticamente usando o Índice de Massa Corporal (IMC) dos adultos. A obesidade é definida como um IMC de 30 ou mais.</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646</p>
<p>1.2. Percentagem mais baixa de obesidade na Roménia e Itália, e mais alta em Malta</p>	<p>http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646</p>



1.3. Uma boa ferramenta para explorar as estatísticas de obesidade e dados relacionados é usar o Atlas da Obesidade. Dados relacionados também podem ser encontrados no que respeita a Factores da Obesidade, impacto, e ações em curso.	https://www.worldobesity.org/data/map/overview-adults
1.4. Na UE, os adultos com mais de 18 anos que foram considerados com excesso de peso variavam entre 36,1% em Itália e 55,2% em Malta e para as mulheres entre 53,6% na Holanda e 67,5% na Croácia em 2014	http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1e&lang=en
1.5. Para a população com 18 anos ou mais, a menor percentagem de mulheres a ser considerada obesa em 2014 foi observada na Roménia (9,7%), em Itália (10,3%), no Chipre (12,9%) e na Áustria (13,4%), e de homens foi na Roménia (9,1%), em Itália (11,3%), na Holanda (11,6%) e Suécia (13,6%).	http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
1.6. A percentagem mais elevada de mulheres que eram obesas foi registada em Malta (23,9%), na Letónia (23,3%), na Estónia (21,5%) e no Reino Unido (20,4%), e de homens foi em Malta (28,1%), na Hungria (22,0%), na Eslovénia (21,0%) e na Croácia (20,7%).	http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
1.7. Não existiu nenhuma diferença sistemática entre os sexos no que respeita à percentagem de mulheres e homens obesos em 2014.	http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics&oldid=334655



Note: population aged 18 and over.

Gráfico 2. Obesidade e excesso de peso em países parceiros

Fonte: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Proportion_of_overweight_and_of_obese_men,_2014.png

Estimativas comparáveis de excesso de peso e obesidade entre países mostram que 60,7% da população adulta (>20 anos) na **Lituânia** tinha excesso de peso e 27,6% eram obesos. A prevalência de excesso de peso era superior entre os homens (64,0%) do que nas mulheres (57,9%). A proporção de homens e mulheres obesos era de 24,8% e 29,9% respectivamente. A previsão da prevalência de obesidade na idade adulta (2010-2030) prevê que em 2020, 12% dos homens e 14% das mulheres serão obesos. Em 2030, o modelo prevê que 10% dos homens e 10% das mulheres serão obesos. Em termos de prevalência de excesso de peso e obesidade em adolescentes, até 27% dos rapazes e 13% das raparigas com 11 anos de idade eram obesos, de acordo com os dados do



estudo da Comportamentos de Saúde das Crianças em Idade Escolar (HBSC). Entre os de 13 anos de idade, os números correspondentes eram de 18% para rapazes e 11% para raparigas, e com 15 anos, 15% e 5% respetivamente. Em crianças com 7 anos na Lituânia, 24,8% dos rapazes e 21% das raparigas tinham excesso de peso e 9,4% e 7,2%, respetivamente, eram obesos.

Em comparação com outros 30 países europeus, a **Itália** é um dos países como uma prevalência de obesidade mais alta. Em **Itália**, em 2015, mais de um terço da população adulta (35,3%) tem excesso de peso, enquanto que quase um décimo é obesa (9,8%); na globalidade, 45,1% das pessoas com 18 ou mais anos tem excesso de gordura. Há uma diferença significativa nas regiões do sul, onde a prevalência da obesidade e excesso de peso é mais alta (cerca de 12% e 38%) do que nas regiões do norte (obesidade 8%, excesso de peso 29%). A percentagem de excesso de peso aumenta, na generalidade, com a idade, de 14% dos 18-24 anos para 46% nas idades de 65-74, enquanto a obesidade aumenta de 2,3% para 15,3% para as mesmas faixas etárias. Além disso, a condição de excesso de peso é mais alta para os homens do que para as mulheres (excesso de peso: 44% vs. 27,3%; obesidade: 10,8% vs. 9% respetivamente). (Epicentro – ISS 2015). Acerca da infância, foi efectuado um estudo em 2016 que mostra que 21,3% das crianças tinha excesso de peso enquanto que 9,3% era obesa. No que respeita à variabilidade regional, está confirmada a prevalência mais alta no sul do que no norte. Em 2016, as mães de crianças com excesso de peso ou obesas, 37% pensa que o/a filho/a está abaixo do peso ou tem peso normal e apenas 30% pensa que a ingestão diária de alimentos é excessiva. Acerca dos idosos: a maioria com 64 anos (57%) tem algum excesso de peso, 42% tem excesso de peso e 15% está dentro da obesidade.

De acordo com a “revisão nacional oficial de saúde pública” do instituto de saúde pública **norueguês** (Folkehelse rapporten (nettutgaven) - Helsetilstanden i Norge accessed 3.12.17) - <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. A maior parte dos grupos na sociedade têm-se tornado mais saudáveis nos últimos 30 anos. Os benefícios de saúde têm sido maiores para aqueles que já tinha a melhor saúde – aqueles como mais instrução, bons rendimentos e que tinham um relacionamento. Os benefícios de saúde não aumentaram tanto para aqueles com pouca instrução e rendimento. Por isso, desigualdades na saúde têm aumentado, particularmente na última década.

Em 2007, o Ministério da Saúde publicou uma estratégia nacional para minimizar diferenças sociais de saúde (Report No.20 to the Storting, 2007). Como informação geral para este relatório parlamentar, o Instituto Norueguês de Saúde Pública compilou um relatório factual sobre desigualdades sociais na saúde (Næss, 2007). O relatório continha, entre outros, estes pontos principais válidos para a Noruega:

- As crianças e adolescentes noruegueses estão de boa saúde. Contudo, há diferenças de saúde relacionadas como o rendimento parental, educação e estado civil.
 - Para adultos:
 - Há grandes diferenças na autoavaliação de saúde e sintomas de distúrbios psicológicos.
 - Há grandes diferenças em doenças crónicas, que podem aumentar o risco de morte prematura
 - Os homens e mulheres solteiros com baixo rendimento e pouca instrução estão particularmente vulneráveis à morte prematura.
 - A autoavaliação da saúde nos idosos está melhor do que nunca, mas há diferenças evidentes de acordo com a duração da instrução. Aqueles que têm menos instrução reportam doenças crónicas com mais frequência.



O estilo de vida desempenha um papel na motivação e capacidade para manter hábitos positivos tais como a atividade física regular, uma dieta saudável e a abstinência ou uso limitado de tabaco e outros intoxicantes. No entanto, parece que a prevalência de obesidade entre os sujeitos é inferior na Noruega do que em muitos dos outros países (OECD, 2012). Foram utilizados diferentes métodos e há diferentes qualidades nos estudos usados como base de comparações. Por tal razão, é difícil posicionar a Noruega nos rankings internacionais.

Algumas estatísticas sobre a saúde na Noruega de (Folkehelse rapporten (nettutgaven) - Helsetilstanden i Norg, accessed 3.12.17) - <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>:

Aproximadamente 1 em cada 4 homens de meia-idade e 1 em cada 5 mulheres são obesas com um índice de massa corporal de 30kg/m² ou mais na Noruega. Nas crianças, a proporção de excesso de peso e obesidade parece estar estável. No total, entre 15 e 20 por cento das crianças tinha excesso de peso ou eram obesas (cerca de 1 em cada 6 crianças). Há sinais que a tendência eliminou. No total, 1 em cada 4 jovens (cerca de 25 por cento) têm excesso de peso ou são obesos. Há indicações de que esta proporção está a aumentar. Cerca de 1 em cada 4 homens e 1 em cada 5 mulheres como idades compreendidas entre 40-45 anos eram obesos. A proporção aumentou nos últimos 40 a 50 anos. A proporção do excesso de peso acompanha a proporção da obesidade. Um IMC alto contribui aproximadamente com 2400 mortes anuais na Noruega (população - 5 milhões) e provavelmente muitos casos de doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças crónicas. Mais pessoas irão viver com doenças crónicas. Mais pessoas irão viver com cancro e poucas irão morrer de doenças cardíacas. Mais pessoas irão desenvolver demência. A prevalência de fraturas é particularmente alta na Noruega. Quatro factores chave são importantes para um envelhecimento saudável: atividade cognitiva elevada, atividade física, uma vida social ativa e uma dieta saudável. Em média, os noruegueses com mais de 15 anos bebem cerca de 8 litros de álcool puro por ano. Desde o início da década de 1990, o consumo de álcool tem aumentado perto de 40 por cento, principalmente entre as mulheres e os idosos. As novas drogas sintéticas têm efeitos desconhecidos e são um desafio para o serviço de saúde. O número de condutores presos por conduzirem sob influência de canábis ou metanfetaminas aumentou bruscamente nos últimos cinco anos. Aproximadamente 1 em cada 5 adultos atinge a recomendação mínima Direção de Saúde Norueguesa de atividade física de, pelo menos, 30 minutos por dia em média. A prevalência ao longo da vida, i.e. a proporção da população que irá sofrer de uma ou outra perturbação mental no decorrer da sua vida, vai de 25 por cento a 52 por cento. A prevalência média é de 40 por cento. A proporção da população que teve uma perturbação nos últimos 12 meses varia aproximadamente entre 10 a 33 por cento. Os números internacionais mais elevados são dos estudos internacionais com maior reputação, NCR and NEMESIS. Os números noruegueses assemelham-se a estes.

O Instituto Nacional de Estatística de **Portugal** apresenta os resultados principais do Inquérito Nacional de Saúde 2014 (INS 2014), que foi implementado em colaboração com o Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), em todo o país entre setembro e dezembro de 2014. O objectivo principal era caracterizar a população residente com 15 anos ou mais anos em três domínios: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde.

- 9,3% da população com 15 anos ou mais anos (cerca de 828 mil) declararam terem diabetes melitos; um aumento de 21,9% quando comparado com 2005/2006 (685 mil);
- 2,2 milhões de pessoas (25,3%) referiram terem pressão arterial alta em 2014, com um aumento em relação a 2005/2006 (23,4%);
- Cerca de 2,1 milhões de pessoas consumiam medicamentos sem prescrição médica, o



- equivalente a 23,0% da população com 15 anos ou mais;
- Mais de metade da população com 18 anos ou mais (4,5 milhões) tinha excesso de peso ou era obesa, com 43,9% a terem um peso normal (3,8 milhões) e 1,8% abaixo do peso (155 mil); A obesidade afectava 1,4 milhões de pessoas com 18 anos ou mais, sendo as mulheres mais afetadas do que os homens. Os resultados mostram que a obesidade afectava principalmente a população entre os 45 e 74 anos, enquanto o excesso de peso de grau II foi observado principalmente na população entre os 65 e 74 anos.
 - Mais de 6 milhões de pessoas com 15 anos ou mais (70,8%) consumiam fruta todos os dias e 4,9 milhões (55,1%) consumiam vegetais e saladas diariamente;

De acordo com os números do Eurostat publicados em outubro de 2016, a Roménia tinha a percentagem mais baixa de obesidade entre a população com 18 ou mais anos na União Europeia em 2014. Contudo, um estudo de 2014-15 feito pela Associação Romena para o Estudo da Obesidade (RASO), baseado numa amostra representativa de adultos em oito centros regionais, revelou que 21,3% com mais de 18 anos eram obesos e 31,3% tinha excesso de peso (o chamado estudo ORO). As projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) preveem que mais do que dois terços de adultos na Roménia (69%) terão excesso de peso ou serão obesos em 2015, acima dos 66% em 2015.

3.3. HL (estilo de vida saudável) e possibilidades de melhoria para a população.

Onde podem as pessoas melhorar a sua saúde? Nos clubes desportivos, consultas, treinos, etc.

Recomendações da OMS:

- Crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos.
 - Devem fazer pelo menos 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.
 - A atividade física com duração superior a 60 minutos por dia proporcionará benefícios adicionais para a saúde.
 - Devem incluir atividades que fortaleçam os músculos e os ossos, pelo menos 3 vezes por semana.
- Adultos com idade entre 18 e 64 anos
 - Devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou fazer pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa.
 - Para benefícios adicionais para a saúde, os adultos devem aumentar sua atividade física de intensidade moderada a 300 minutos por semana, ou equivalente.
 - As atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo os principais grupos musculares 2 ou mais dias por semana.
- Adultos com idade igual ou superior a 65 anos:
 - Devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa.
 - Para benefícios adicionais para a saúde, devem aumentar a atividade física de intensidade



moderada para 300 minutos por semana, ou equivalente.

Os adultos com baixa mobilidade devem realizar atividades físicas para aumentar o equilíbrio e prevenir quedas, 3 ou mais dias por semana.

- As atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo os principais grupos musculares, 2 ou mais dias por semana.

Segundo os resultados dos inquéritos nacionais e regionais, a ação mais importante para melhorar o estilo de vida saudável, no que diz respeito a crianças e idosos, é o aumento da atividade física.

Em Itália, cerca de 23,5% de crianças com idades compreendidas entre os 8 a 9 anos não dedica mais de um dia por semana a jogos de movimento ativo e 33,8% não mais de um dia de atividade física estruturada (treino, desporto, etc.). O aumento do trabalho sedentário em indivíduos dos 25 aos 65 anos de idade e um estilo de vida sedentário dos mais idosos coloca em evidência a falta de atividade física como um dos responsáveis pela elevada taxa de obesidade em Itália. A população urbana de pessoas de todas as idades continua a depender demasiado do transporte privado (carro particular), enquanto o aumento do uso da bicicleta, assim como a caminhada, podem contribuir para um estilo de vida mais ativo e saudável.

Relativamente à alimentação, nomeadamente a dieta desequilibrada, em particular o excesso de carboidratos (principalmente refinados e / ou em forma de açúcares), o reduzido consumo de frutas e vegetais, pode ser consideravelmente melhorado e assim contribuir para aumentar a melhoria da condição de saúde em todas as idades. Outro hábito alimentar que está a levar a uma nutrição desequilibrada é a falta de hábito de tomar o pequeno-almoço (7% dos que “saltam” a refeição) são essencialmente crianças e população ativa (25-65 anos). Desta forma, aumento o consumo de “snacks” durante o dia, na sua maioria bolos e doces, barras de chocolate, etc., aumenta a ingestão de calorias durante período compreendido entre o almoço e o jantar.

A intensidade de diferentes formas de atividade física varia entre as pessoas. Para ser benéfico para a saúde cardiorrespiratória, toda a atividade deve ser realizada em episódios de pelo menos 10 minutos de duração.

Aspetos dietéticos: o controlo individual do peso corporal é considerado o primeiro passo, assim como a verificação do IMC e da circunferência da cintura, desde a infância. A Associação Italiana de Escolas Infantis (IPASVI) sugere avaliar geralmente uma dieta equilibrada quando a fonte de calorias dos alimentos é a seguinte: 55-60% de carboidratos, 28-30% de gorduras, 10-12% de proteínas. Relativamente à distribuição das refeições, as calorias devem ser introduzidas da seguinte forma: 20% no pequeno-almoço, 40% no almoço; 30% no jantar e duas porções de 5% em intervalos a meio da manhã e a meio da tarde.

Além do conteúdo calórico e do equilíbrio nutricional dos alimentos, também deve ser prevenido o risco de contaminação química e microbiológica dos alimentos, adotando práticas corretas, como a seleção de alimentos no mercado, manuseamento correto e o processamento em casa, assim como o correto armazenamento para períodos de médio-longo prazo.

Atividade física: um estilo de vida ativo que é considerado suficiente para prevenir a obesidade e outros riscos para a saúde deve começar a partir dos hábitos quotidianos. As pessoas devem preferir o uso de seu corpo e músculos em vez de máquinas para realizar as atividades quotidianas: por exemplo, sempre que possível, caminhar em vez de usar o carro, preferindo as escadas em vez do



elevador, e assim por diante. Para preencher as necessidades físicas desejadas, um adulto deve efetuar 4/5 vezes por semana, uma atividade física de pelo menos 20 minutos, o suficiente para provocar a transpiração.

Essas atividades devem representar hábitos normais e devem ser consideradas como uma necessidade, o mesmo se passa relativamente à higiene pessoal. (INRAN 2003). Recomendações da SIO (Sociedade Italiana para Obesidade e ADI (Associação Italiana de Dietética e Nutrição Clínica) indicam que um adulto deve ter pelo menos 150 minutos por semana de atividade aeróbica (intensidade moderada) ou pelo menos 75 minutos (alta intensidade) ou a combinação equivalente de ambas. A atividade aeróbia deve durar pelo menos 10 minutos consecutivos. Esta atividade pode aumentar de 150 a 300 minutos, semanalmente, respetivamente para intensidade moderada e alta de forma tornar-se benéfico para a saúde. Além disso, exercícios para melhorar a força dos principais grupos musculares devem ser realizados pelo menos duas vezes por semana. Não só a atividade física associada à dieta de restrição calórica pode ser uma terapia bem sucedida para combater o excesso de peso e a obesidade, como também é considerada um fator fundamental de prevenção da obesidade, como a redução de muitas outras doenças clínicas (por exemplo, doenças cardiovasculares, tumores etc.).

Educação terapêutica: essa é a "tutoria" do paciente, a fim de acompanhar e lidar com ele sobre o processo de cura no caso de doenças crônicas, alcançar o máximo efeito terapêutico e a melhor percepção da qualidade de vida. Este processo é fundamental nos casos de obesidade, pois permite aumentar o conhecimento do próprio paciente sobre a sua doença, a fim de gerir e mudar seu estilo de vida e comportamento, tendo sempre em conta uma abordagem psicológica. A educação terapêutica, quando associada a mudanças de estilo de vida (por exemplo, dieta, atividade física) aumenta consideravelmente a eficácia dessas mudanças. Esta forma de educação também pode ser organizada e implementada num período curto-médio-longo como atividades de terapia individual ou de grupo. Equipas multidisciplinares de profissionais devem interagir e contribuir nesta abordagem: médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores, psiquiatras e treinadores profissionais. Várias técnicas são adotadas na educação terapêutica, que podem melhorar consistentemente o benefício a longo prazo das mudanças de estilo de vida obeso / excesso de peso. Assim, as referidas técnicas serão: uma aliança terapêutica, a capacitação, a motivação, a resolução de problema e a medicina narrativa.

Consumo de álcool: o consumo de bebidas alcoólicas deve ser moderado e de preferência feito durante ou imediatamente antes ou após a refeição. Deve ser dada a preferência a bebidas alcoólicas relativamente baixas (vinho, cerveja) em vez de bebidas espirituosas. O álcool deve ser evitado durante a infância, adolescência, gravidez e deve também ser de consumo reduzido em idosos. O álcool não deve ser tomado antes de conduzir ou realizar qualquer atividade que implique um nível de atenção e coordenação motora. As bebidas alcoólicas devem ser evitadas ou reduzidas no caso de excesso de peso e obesidade, de modo que, se houver herança genética na família para diabetes, Hipertrigliceridemia e obesidade.

Tradicionalmente, os noruegueses são muito ativos em atividades no exterior e no desporto. As crianças inscrevem-se regularmente em clubes desportivos locais de diferentes tipos que não têm propósitos comerciais, mas que são organizados através da Federação Norueguesa do Desporto, onde a maioria dos instrutores ou são voluntários /ou então são pais que se voluntariam para contribuir para o saudável crescimento das crianças e jovens. A filosofia de voluntariado é generalizada na Noruega: em tudo, desde o desporto à cultura e até à vizinhança com iniciativas na



sociedade em geral. Uma palavra que muitos Noruegueses referem com orgulho é “*dugnad*” que significa 'tipicamente norueguês'. Na verdade, em muitos aspetos o trabalho voluntário é uma antiga tradição norueguesa. A palavra “*dugnad*” é derivada de Old Norse *dugnaðr*. O trabalho *Dugnad* é caracterizado por um esforço voluntário conjunto, sem que por isso se receba qualquer pagamento. Os trabalhadores voluntários são frequentemente recompensados com alimentos e bebidas e o trabalho voluntário cria um forte senso de comunidade. O trabalho voluntário na Noruega, no entanto, transcende os esforços feitos através do *dugnad*. A existência de tantas associações culturais e desportivas depende de pais, avós e outros entusiastas que fazem todo o trabalho voluntário.

Na última década, verificou-se um aumento no número de clubes desportivos comercialmente orientados, tal como estúdios de dança, centros de artes marciais e ginásios. Além dos clássicos clubes desportivos orientados por voluntários, há agora uma grande parte da população disposta a pagar por serviços tanto para crianças como para adultos de forma a adaptar o treino às suas necessidades ou desejos.

A saúde da população norueguesa é geralmente boa e está a melhorar consideravelmente comparando com os resultados de outros países. Em 1970, a Noruega foi colocada em terceiro lugar numa pesquisa da OCDE sobre a esperança de vida dos homens e, primeiro lugar para as mulheres. Vários países ultrapassaram a Noruega em meados da década de 1980 e lideraram durante a década de 1990. Em 1999, a Noruega estava em oitavo lugar no que diz respeito aos homens e em nono lugar para mulheres.

A Direção de Saúde da Noruega recomenda que nos Centros de Vida Saudáveis (HLC) sejam estabelecidos cuidados de saúde primários para apoiar a mudança de comportamento e reduzir o risco de doenças não transmissíveis. O grupo-alvo abrange pessoas de todas as idades com alto risco de contrair uma doença ou que já são doentes e precisam de ajuda para mudar o seu comportamento e assim gerir melhor a sua condição de saúde. As HLC oferecem programas de intervenção de mudança comportamental individual e em grupo, são focados principalmente na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de exercício físico. Promovem ainda hábitos antitabágicos. Ao nível do sistema, as HLC têm como objetivo atuar como um centro de recursos, conhecimento e contato para mudanças de comportamento, promoção da saúde e prevenção de doenças nos municípios. Ao atacar o risco de NCD em grupos vulneráveis, as HLC são uma das estratégias e esforços nacionais com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais em saúde. No final de 2014, 57% dos municípios noruegueses forneceram atividades da HLC, e o número de HLC estabelecidas duplicou durante o período 2011-2014. O Estudo Norueguês de Vida Saudável é um ECR de 6 meses com acompanhamento longitudinal (24 meses após a inclusão) para avaliar a eficácia das intervenções de mudança de comportamento em HLC para adultos, com o objetivo subjacente de desenvolver uma intervenção pragmática informada por um modelo de saúde. Os membros do grupo de pesquisa convidaram 12 municípios a participar do programa de pesquisa. Quatro diminuíram (um devido a outros compromissos de pesquisa na HLC), deixando uma amostra de oito municípios (com 6.000-270.000 habitantes) com um número total de 630.000 habitantes vivendo em áreas rurais e urbanas na costa oeste e sul da Noruega. (Gabinete de Estatística da Noruega: <http://www.ssb.no/en/helse>). O governo estabeleceu uma série de locais de conexão com indivíduos e estilo de vida saudável pessoal.

Embora as atividades desportivas desempenhem um papel importante no desenvolvimento das crianças, estudos recentes mostram que os romenos fazem menos desporto assim como os filhos.



Uma das principais causas é a falta de aulas de educação física suficientes nas escolas, de acordo com a editora de desporto local **Preda Publishing**.

Metade dos estudantes romenos não frequenta aulas de desporto. Mais de 40% das crianças romenas não pratica nenhum desporto, e apenas 14% praticam desportos além das aulas de educação física realizadas na escola. O número de aulas de desporto nas escolas romenas está abaixo da média da União Europeia.

Os alunos das escolas de primeiro ciclo e secundária têm duas horas de desporto por semana, enquanto que os alunos do 3º ciclo têm apenas uma hora de educação física por semana. A Roménia emitiu uma nova estratégia para a organização e desenvolvimento do sistema de educação física e desporto para os anos 2012-2020. Entre os principais objetivos da estratégia estão os seguintes: aumentar a educação, a saúde e a socialização dos cidadãos através do envolvimento em atividades físicas e desportivas; para melhorar a educação física escolar ao determinar o tempo apropriado; e para modernizar e melhorar a formação de professores de educação física. O objetivo geral do Protocolo entre o Ministério da Educação, o Comité Olímpico e a Agência de Jovens e do Desporto é aumentar a saúde da população, envolvendo alunos e estudantes em atividades desportivas. A recomendação envolve a prática de um mínimo de três horas de educação física e desporto nas escolas todas as semanas. O protocolo visa aumentar o número de concursos desportivos competitivos. Também procura criar um registo nacional preocupado com a monitorização biométrica da população escolar, o que revelará as tendências relevantes de uma geração para outra. A Roménia não possui atualmente diretrizes ou recomendações nacionais adotadas sobre atividades físicas. O país promove a atividade física de acordo com a recomendação global da OMS para a atividade física e para a saúde.

O Conselho Nacional de Audiovisuais da Roménia colaborou com a Associação Internacional de Publicidade para criar a campanha "Para um estilo de vida saudável". A referida campanha transmite mensagens de alerta tais como "Para um estilo de vida saudável, evite o excesso de sal, açúcar e gordura" e "Para um estilo de vida saudável, faça exercício durante pelo menos 30 minutos todos os dias". Este conteúdo surge alternado ao longo do dia, durante vários programas, inclusive no final de cada bloco de publicidade especificamente voltada para crianças. A Roménia está atualmente a viver uma transição nutricional com o aumento da ingestão de alimentos ricos em carboidratos, gorduras saturadas e colesterol [2, 3, 7] e um aumento no estilo de vida sedentário. Apesar dessas tendências, não há dados sobre comportamentos relacionados à atividade e dieta associados ao excesso de peso e à obesidade entre crianças romenas. A cultura romena celebra um ideal maior do corpo, e as dietas tradicionais são ricas em carboidratos (pão, batatas) e produtos de origem animal. A alta taxa de obesidade encontrada em meninos romenos pode refletir um desejo de "bigness", força ou masculinidade.

O Ministério da Saúde liderou o desenvolvimento das diretrizes em 2006. As universidades e os Institutos de Nutrição também participaram do processo. As diretrizes foram aprovadas pelo Ministério da Saúde e as diretrizes são direcionadas para a população saudável.

Apenas 36% dos jovens (15 a 21 anos), 27% dos adultos e 22% dos idosos (65 a 84 anos) são fisicamente ativos em Portugal, referindo-se às recomendações atuais da OMS sobre a atividade física para a saúde. Na faixa etária de 15 a 21 anos, a percentagem de jovens do sexo masculino fisicamente ativos (49%) é substancialmente maior que a das mulheres (20%). Considerando a atividade física em todos os domínios, 43% da população portuguesa com mais de 14 anos não corresponde a nenhum critério internacional de atividade física e pode ser classificada como



"sedentária". Em crianças e adolescentes com menos de 15 anos de idade, cerca de 60% acumulam, em média, mais de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia. Esse valor é maior em crianças até aos 9 anos de idade (68%) e menores em adolescentes entre os 10 e os 14 anos de idade (57%). Crianças e adolescentes com menos de 15 anos gastam em média cerca de 9 horas em comportamentos sedentários e os mesmos aumentam substancialmente com a idade. A prevalência de crianças entre 6 e 14 anos de idade que, em média, se dedica a uma atividade ativa de pelo menos 60 minutos por dia é alta em número de dias da semana (72%) e nos dias de fim-de-semana (79%). Há, no entanto, uma diminuição significativa na participação nessas atividades com o aumento da idade, particularmente nas meninas. A prevalência nacional de adultos (22-64 anos) relatando uma participação "regular" em atividade física desportiva e / ou lazer é de 40%; há um aumento gradual por nível de educação: 53% em indivíduos com ensino superior e 28% naqueles com o 1º e 2º ciclo do Ensino Básico. Mais da metade indicam realizar apenas 1-2 sessões de atividade física por semana. Mais de metade das crianças (60%), com idades compreendidas entre os 3 e os 14 anos, relatam participar regularmente em desportos estruturados, sendo a percentagem de participação similar entre meninas (59%) e meninos (60%).

Num estudo realizado na Lituânia, descobriu-se que apenas 15,9% da população participa em treinos desportivos organizados e 51,6 por cento não o apreciam. Apenas 16,9 pessoas indicaram que frequentam um clube de desporto / bem-estar. Durante a época soviética, a política desportiva Lituana foi orientada para o desporto de elite e esta situação ainda se verifica. As tentativas de promover a atividade física da população residem no movimento "Desporto para todos", mas os resultados do movimento não são suficientemente positivos, porque apenas uma pequena parte da população (aproximadamente 6%) participou. Nenhuma instituição governamental tem plena e clara responsabilidade pelos resultados da promoção da atividade física. O pobre ambiente da atividade física resulta em poucas possibilidades de ser fisicamente ativo no que diz respeito ao lazer. Por outro lado, a enorme expansão das indústrias privadas de desporto, saúde e beleza deve-se à promoção do culto do corpo e enfatizam o significado da imagem corporal na sociedade. A atividade física é representada como a medida para alcançar a imagem ideal do corpo ou boa saúde, mas não como a medida da cultura geral do ser humano ou da sociedade.

O investimento de capital privado está a crescer rapidamente na Lituânia no que concerne ao mercado do fitness. Os rendimentos de centros de bem-estar, banhos e saunas aumentam a cada ano. Além disso, o número de centros desportivos também aumentou significativamente. Esta deve ser uma consequência muito positiva que indicia que as condições de atividade física dos residentes da Lituânia estão a melhorar e cada vez mais pessoas podem desenvolver a sua própria atividade física. Infelizmente, a maioria dos serviços de centros de fitness privados é muito cara. Esta situação aumenta a exclusão social e as desigualdades em diferentes regiões do país.

Existem algumas ferramentas para prevenção de obesidade e promoção de estilo de vida saudável na Lituânia: Stands de vidro orgânico, kits de alimentos artificiais, ferramentas para experiências científicas. Estas ferramentas podem ser usadas em todas as aulas, e podem tornar uma lição de alimentos saudáveis mais realista e muito mais interessante. Ferramentas que podem ser encontradas em <http://www.mokslotechnologijos.lt/prevencines-priemones/sveika-mityba>.

Qualquer pessoa pode calcular calorias, monitorizar a atividade física e a queima de calorias por aplicativos disponíveis em dispositivos móveis. Exemplos: Nike Training Club, Endomondo Sports Tracker, Eu importo-me, Coma isto, não isso!, Calorie Counter MyNetDiary, Daytum, JEFIT, DailyBurn, Fooducate Nutrition scanner, GymGoal entre outros.



4. Experiência familiar:

4.1. Estilo de vida familiar, estatísticas HL, hábitos prejudiciais:

Estilo de vida das famílias, compreensão do estilo de vida saudável (estatísticas e pesquisa de dados), hábitos prejudiciais.

De acordo com os dados estatísticos da Lituânia, em 2015, com base em dados provisórios, o consumo absoluto de álcool (100 por cento) por residente com idade superior a 15 anos de idade era de 14. Os indicadores de consumo de álcool foram alcançados seguindo uma metodologia atualizada, tendo em consideração as estimativas de álcool aferidas a turistas na Lituânia e residentes da Lituânia no exterior. Em 2015, o comércio e as empresas de restauração do país venderam 3,6 milhões de decalitros de bebidas brancas (vodka, whisky, conhaque e similares), cerca de 70 mil decalitros (dal) (1,9%) menos do que em 2014 e 5,8 milhões de decalitros de vinho e bebidas fermentadas, cerca de 929 mil decalitros (13,8 por cento) menos que em 2014. Assim, como todos os anos, a maior parte das vendas de cerveja caiu consideravelmente - 26,8 milhões de decalitros, ou 1 milhão de decalitros (3,6 por cento) menos do que em 2014. Por conseguinte, a maior parte do volume de negócios das pequenas lojas rurais caiu dentro das vendas de bebidas alcoólicas. Em 2015, as lojas rurais pequenas (1-3 empregados), atingiram quase 35 por cento, em algumas lojas rurais – chegou aos 67 por cento.

Em 2015, em relação a 2014, os preços das bebidas alcoólicas cresceram 0,9 por cento, com um maior aumento nos preços do Vermute – cerca de 11%, frutas e frutos do mar – 8%, licor - 7,7%, vodka produzida na Lituânia - 3,3 por cento e a maior diminuição foi observada nos preços da cerveja (5,2 por cento). O crescimento dos preços das bebidas alcoólicas foi condicionado por um imposto especial de consumo mais elevado aplicado desde 1 de março de 2015. Em 2015, foram produzidos 1,15 milhão de decalitros de bebidas espirituosas expressas em termos de álcool absoluto (100 por cento) na Lituânia, que foi cerca de 2.1 por cento a mais do que em 2014. Em 2015, foram adquiridos 64 pacotes de cigarros no comércio a retalho e empresas de restauração por residente com idade igual ou superior a 15 anos (5 embalagens a mais do que em 2014).

O consumo de álcool e hábitos tabágicos e as suas consequências: morbidade e mortalidade por doenças relacionadas com álcool e tabagismo. Em 2014, no Questionário Health, cerca de 75 por cento dos residentes com idade igual ou superior a 15 indicaram que, no prazo de 12 meses antes da pesquisa, consumiram bebidas alcoólicas (83 por cento dos homens e 69 por cento das mulheres).

Nos últimos nove anos, a percentagem da população consumidora de álcool manteve-se praticamente inalterada: em 2005, 76% da população consumiu álcool. Em 2014, a maior proporção da população - 24 por cento (16 por cento dos homens e 31 por cento das mulheres) - indicaram que consumiram álcool menos de uma vez por mês, 18 por cento (17 por cento dos homens e 19 por cento das mulheres) - uma vez por mês, 19 por cento (26 por cento dos homens e 14 por cento das mulheres) - 2-3 dias por mês, 14 por cento (24 por cento dos homens e 5 por cento das mulheres) - semanalmente. 72 por cento dos homens que consumiram álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa indicaram que houve momentos em que, em uma única ocasião, consumiram uma quantidade



perigosa de álcool, correspondente a 6 ou mais bebidas. Entre as mulheres, essa percentagem situou-se nos 39%.

Na referida pesquisa, 34 por cento dos homens (em 2005, 42 por cento) e 9 por cento das mulheres (em 2005, 10 por cento) com idade igual ou superior a 15 indicaram que fumam. Quase dois terços (62 por cento) de homens fumam, em média, 11 a 20 cigarros por dia; Entre as mulheres, esse número é de 23%. Ainda no mesmo estudo, 33 por cento dos homens e 76 por cento das mulheres fuma até metade de um maço de cigarros por dia, 5 por cento dos homens e 1 por cento das mulheres - mais de um pacote.

De acordo com os dados do Departamento de Polícia do Ministério do Interior, em 2015, um em cada sete acidente de viação foi causado por um condutor embriagado: 439 acidentes rodoviários aconteceram por responsabilidade de condutores embriagados e ficaram registados 99 mortos e 834 feridos. Em 2015, 15 pessoas morreram e 345 ficaram feridos em acidentes rodoviários causados por motoristas embriagados.

Em 2015, em relação a 2014, o número de acidentes rodoviários causados por pessoas embriagadas comparativamente, cerca de 18,1, dos causados por motoristas embriagados, cerca de 28%.

De acordo com os dados do CPCJ sob a alçada do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, no final de 2015, foram registados 4,3 mil casos de famílias com bebés em risco social, iniciando, no registo de serviços municipais de proteção dos direitos da criança (0,3 mil, ou 6,5%, menos do que em 2014), com 8,2 mil crianças indicadas neles. Ao longo do ano, o número de crianças oriundas dessas famílias diminuiu 0,6 mil (6,8%).

Em Itália, as pesquisas mais recentes relataram que há um aumento de risco de crianças com excesso de peso e obesidade quando pelo menos um dos pais está acima do peso. Esta é uma confirmação do papel importante do modelo parental no desenvolvimento de estilos de vida incorretos das crianças e adolescentes. A família é o primeiro ambiente em que os estilos de vida saudáveis devem ser conduzidos, e o mau comportamento é corrigido consequentemente. Em quase 20% das famílias italianas, todos os familiares, têm excesso de peso.

Ambiente familiar: o contexto familiar e os respetivos pares desempenham um papel importante, especialmente na adolescência, e ambos os contextos estão fortemente ligados ao bem-estar dos jovens. As estruturas familiares tradicionais são mais prevalentes na Itália do que em outros países. No entanto, 10% dos alunos vive com um único parente ou com uma família reconstruída. Cerca de 75% da amostra é constituída apenas por crianças ou crianças com apenas um irmão (ou irmã), e 20% têm outro parente (principalmente avós) que vivem na mesma casa para além dos seus pais. É interessante verificar que é bastante comum no sul da Itália viver numa família extensa com um ou mais parentes na mesma casa. No que diz respeito à comunicação dentro da família, a nossa amostra revela que falar (comunicar) com a mãe é mais fácil do que com o pai. As meninas, especialmente se vierem do sul, têm mais dificuldade em conversar com o pai. A qualidade da comunicação vai diminuindo com a idade. O contrário acontece com os amigos, que são considerados a principal fonte de apoio, especialmente com o aumento da idade.

Nutrição: o ambiente familiar tem uma forte influência. A distribuição das refeições (pequeno almoço, lanches, almoço e jantar) é fortemente influenciada pelo ambiente familiar, assim como a ingestão calórica média e a distribuição de fontes de calorías. Os adultos representam um modelo



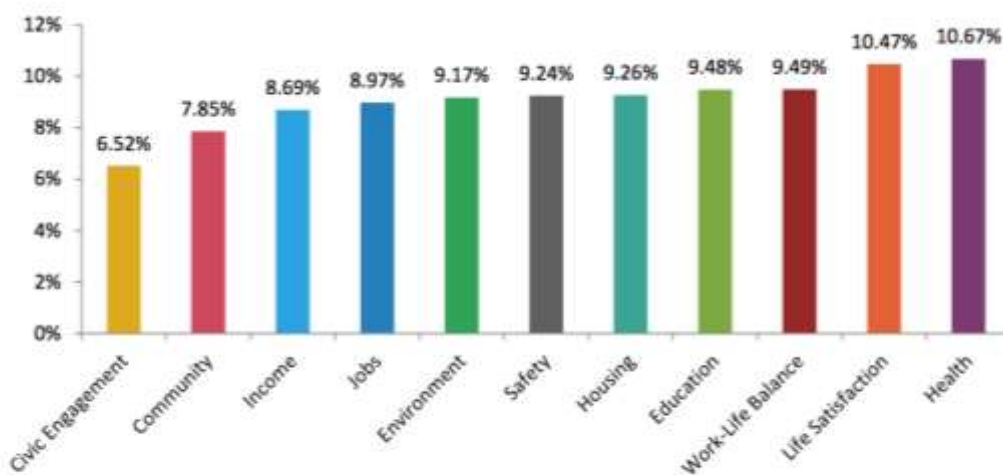
importante para crianças e adolescentes, pelo que o aumento do consumo de frutas, legumes e leguminosas e diminuição do açúcar e das gorduras (uma das principais intervenções para prevenir o sobrepeso e a obesidade) deve primeiro ser adotado no contexto familiar.

Vida sedentária: é no ambiente familiar que se definem estilos de vida negativos. Por exemplo, o uso excessivo de TV, PC, Tablets e jogos de vídeo no contexto familiar está a afetar de forma negativa o comportamento e os hábitos das gerações mais novas, promovendo estilos de vida sedentários e a redução do tempo semanal dedicado a atividades ao ar livre. O controlo das atividades de horário semanal como uma prática familiar é fortemente recomendado para distribuir igualmente atividades *indoor* e ao ar livre para pais e crianças / adolescentes. Dedicar o tempo necessário a caminhadas, lazer e desporto no contexto familiar poderia contribuir substancialmente para o decréscimo das atividades sedentárias que estão fortemente correlacionadas com o excesso de peso e a obesidade. As práticas sugeridas são: 1. Aumento do uso da bicicleta em vez do carro no que diz respeito à mobilidade familiar para a escola e para o trabalho; 2. Dedicção de pelo menos 2 momentos semanais programados para atividades familiares (prática desportiva, longa caminhada, jardinagem e limpeza); 3. Planeamento do período de férias familiares incluindo também atividades ao ar livre, reduzir o número de refeições no restaurante, etc. 4. Regular as atividades de trabalho e descanso (horas de sono) no contexto familiar, uma vez que isso tem influência direta sobre o comportamento nutricional incorreto.

Comportamento correto: o contexto familiar desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de práticas de Estilo de Vida Saudável corretas, não relacionadas a nutrição e excesso de peso, mas contribuem para o bem-estar e prevenção de doenças e acidentes. Por exemplo, o uso do cinto de segurança no carro, o período de exposição solar correto está em Itália entre as práticas corretivas mais influentes para prevenir acidentes de carro e melanoma da pele, respetivamente. Somente através de contexto familiar com comportamento correto é possível a transmissão da mensagem de um estilo de vida saudável às crianças.

Hábitos prejudiciais: (álcool, drogas). A moderação do uso de bebidas alcoólicas, o evitar o consumo de tabaco e não consumir rigorosamente qualquer droga deve ser a base de melhores práticas para um estilo de vida familiar correto.

Noruega: As seguintes descobertas do país refletem as classificações voluntariamente compartilhadas com a OCDE e 1.680 visitantes do site na Noruega. Os resultados são apenas indicativos e não são representativos da população em geral. Para os usuários noruegueses do Better Life Index, a saúde, a satisfação com a vida e o equilíbrio entre o trabalho e vida são os três tópicos mais importantes. (Estatísticas da Noruega Statistical Bureau: <http://www.ssb.no/en/helse>).



¹ User information for Norway is based on shared indexes submitted between May 2011 and September 2017.

3. Gráfico. Índice de vida melhor

Como muitos estudos já demonstraram antes, os pais são fatores altamente influentes para os seus filhos em diferentes áreas, incluindo hábitos alimentares. A pesquisa também mostrou que apenas dar, aconselhar ou obrigar uma criança a aceitar alimentos saudáveis, sem dar o exemplo disso, é, para os pais, um beco sem saída na educação nutricional. Os métodos coercivos são os que dão os piores resultados. Por diversas razões (vivendo na mesma casa, as mães são quem geralmente prepara as refeições para toda a família (as mães são responsáveis pelo fornecimento de alimentos), a correlação mais forte pode ser encontrada entre os hábitos alimentares da mãe e os da criança. Esta afirmação é especialmente verdadeira numa sociedade tradicional, como a Romênia, um país da Europa de Leste em que os cuidados infantis e a preparação de alimentos ainda são tarefas das mulheres em casa. Ao mesmo tempo, porque a boa nutrição é, em última instância, um problema de recursos materiais vale a pena mencionar que são as mulheres quem faz geralmente as grandes contribuições para o dinheiro doméstico. As mulheres que trabalham com crianças muitas vezes têm uma vida stressante e sobrecarregada, combinando trabalho em casa e envolvimento profissional.

Desta forma, o que as crianças comem é essencial para sua própria saúde e desempenho, de modo que a nutrição de mãe e filho em famílias romenas está correlacionada, seja qual for a idade da criança. A implicação dos pais em termos de excesso de alimentos é essencial, as mães com excesso de peso tendem a fornecer às crianças porções maiores e maior teor de gordura e calorias. As crianças provavelmente ficarão inativas à noite após o jantar em frente à TV.

Neste sentido, uma dieta desequilibrada foi destacada quanto aos principais nutrientes e, em todos os casos, as crianças consumiram lanches hipercalóricos (doces, refrigerantes) entre as refeições. A crescente frequência de nutrição artificial após o nascimento (excesso de carboidratos e alta carga

osmótica do leite em fórmulas), introdução precoce de alimentos sólidos (diversificação precoce), aumento do uso de alimentos comerciais em dieta diversificada (a maioria desequilibrada, com alta ingestão de carboidratos e baixa ingestão de proteínas), levou a um aumento excessivo de peso dos bebés e armazenamento excessivo de gordura. Sabe-se que os fatores parentais, tais como a baixa educação, o oferecer doces como recompensa, a falta de tempo e a informação insuficiente sobre uma dieta saudável, desempenham um papel importante na dieta de crianças em tenra idade. Neste ponto, o papel importante é desempenhado pelo envolvimento da família, porque as atitudes, as perceções e o comportamento dos pais podem influenciar o desenvolvimento do peso corporal das crianças. O papel da mãe ou da pessoa cuidadora é considerado fulcral, com uma referência concreta à sua maneira de antecipar e satisfazer as necessidades de alimentação da criança, seja por atitudes equilibradas, de negligência ou exigência, de super estimulação ou permissividade. Na presença desses tipos de atitudes, a capacidade da criança para discernir as sensações da tensão interna, da fome, luxúria ou outra frustração, tédio, solidão, sobrecarga, permanece fraca e, desse modo, adquire uma função compensatória não diferenciada e, portanto, o excesso de calorias não é consumido.

Balanço da Alimentação Portuguesa 2012-2016 em comparação com as recomendações internacionais.

A contribuição energética das gorduras calculada pelo saldo alimentar português foi de 35,3% em 2016 (34,9% em 2012), que é superior ao limite máximo recomendado para o consumo (30%). A contribuição dos carboidratos foi de 47,0% no mesmo ano (47,8% em 2012), abaixo do intervalo recomendado (55-75%). As proteínas apresentaram uma contribuição de energia de 12,8% em 2016 (12,7% em 2012), dentro da faixa recomendada (10-15%).

A Dieta do Mediterrâneo foi distinguida desde 2013 como património imaterial da humanidade, distinção que Portugal partilha com Espanha, Marrocos, Itália, Grécia, Chipre e Croácia.

- A definição da dieta mediterrânea baseou-se nos hábitos alimentares da Grécia e da Itália nos anos 50 e 60 do século XX, mas este padrão de alimentos estende-se a um vasto território na franja do Mediterrâneo, que inclui países do sul da Europa, onde Portugal está integrado, da Ásia Ocidental e do norte da África.

- Mais do que um padrão alimentar saudável, a dieta mediterrânea traduz um estilo de vida, usando a simplicidade e a variedade de alimentos assim como produtos frescos, locais e sazonais.

-O azeite extra-virgem, o vinho tinto consumido com moderação e o peixe são os produtos de eleição, aos quais são adicionados grãos de cereais, legumes frescos, nozes e produtos lácteos leves. Refeições, celebrações e tradições partilhadas e exercícios moderados, favorecidos por clima ameno, completam um modelo de estilo de vida saudável.



Mediterranean Diet Pyramid

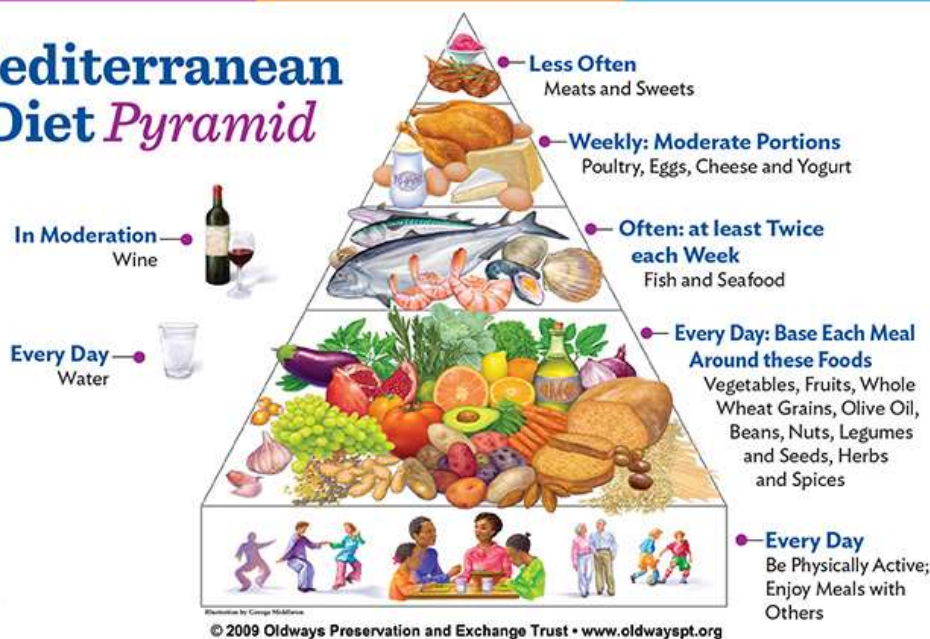


Gráfico 4. Índice de adesão à Dieta Mediterrânea (Portugal 1990-2016)

Referência: <https://www.unitypoint.org/madison/article.aspx?id=d3b84dd5-01e2-4a92-9508-bdeba38e5277>

- Entre 2012 e 2014, o índice de adesão à Dieta Mediterrânea diminuiu 4,0%. De 2014 a 2016, o índice aumentou 2,8%, revelando uma abordagem mais elevada para este padrão de dieta. Em comparação com o Balanço Alimentar Português 2012-2016 com o *Food Wheel* (gráfico 5).

- No período de cinco anos 2012-2016, o Balanço da Alimentação Portuguesa relatou uma ingestão calórica média diária disponível para consumo por habitante de 3 834 kcal, inferior aos 3 938 kcal registados no período 2008-2011, mas significativamente maior do que o valor recomendado (2 000 kcal/pessoa / dia).

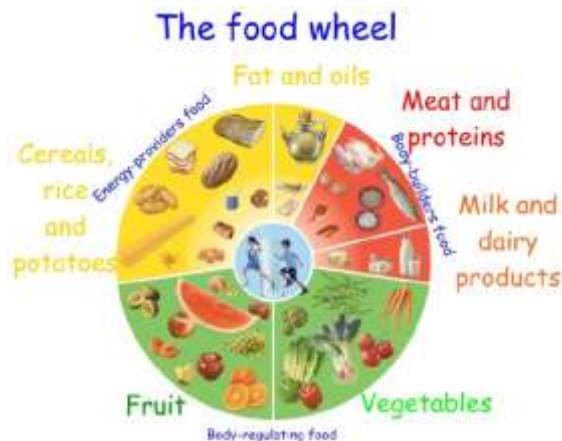
- Os grupos de alimentos que apresentaram os desvios mais importantes da Food Wheel, com base no ano de 2016, foram "Carne, peixe e ovos" com uma disponibilidade de 11,5 pp acima do consumo recomendado (+11,0 pp em 2012), "Frutas" e "Hortícolas", com défice de 7,3 pp e 6,8 pp respetivamente (-8,2% e -8,0 pp em 2012).

- "Leite e produtos lácteos" mostrou um desvio da Roda Alimentar de menos 0,7 pp quando em 2012 apresentou um desvio positivo de 1,6 pp.

- "Cereais, raízes e tubérculos" e "Óleos e gorduras", em 2016, verificados acima do padrão alimentar recomendado (+2,9 pp e +3,7 pp, respetivamente), mantendo o défice de consumo de



"legumes secos" (-3,4 pp).



5. Gráfico. The Food Wheel

Referência: <http://evocorner.blogspot.lt/2013/01/3rd-primary-food-wheel.html>

4.2. Possibilidades para famílias: programas, projetos, treinos, consultas médicas

Onde podem as famílias obter ajuda: programas, projetos, cursos de treino não formal, consultas médicas. Que tipo de ajuda?

Cuidados primários na Lituânia

A Lituânia é um dos países anteriores ao sistema *Semashko*, que até à década de 1990 tinham um sistema de cuidados centralizado, altamente regulamentado e orientado para o hospital. Com a restituição da independência, como a maioria dos países da Europa Oriental, a Lituânia iniciou uma reforma destinada a introduzir um reforço, baseado na medicina familiar, nos cuidados de saúde primários. A formação de pós-graduação de médicos de família por 3 anos de residência começou em 1992. Médicos distritais (internos e pediatras), cujo papel era o mais próximo do médico de APS, foram treinados como médicos de família.

No final de 2009, os médicos de família de 1951 eram responsáveis pelos cuidados de saúde primários (68% de todos os médicos de cuidados de saúde primários), 479 internos do distrito (17%) e 447 (15%) pediatras distritais. Para garantir uma maior variedade de serviços médicos, os médicos internos e os médicos pediatras estão a trabalhar em equipas multidisciplinares com 342 ginecologistas e 218 cirurgiões.

Várias formas organizacionais de instituições de APS estão presentes na Lituânia:

- Ambulatórios;
- Postos Médicos (postos de ajuda);
- Centros de cuidados de saúde primários;



- Escritório de médico de família (clínico geral);
- Policlínicas (APS e cuidados de especialistas).

Atualmente, o sistema de APS é financiado por um fundo de seguro de saúde obrigatório e depende do número de pacientes registados para a instituição de APS, idade do paciente, indicadores de desempenho e provisão de programas preventivos de cuidados de saúde. O modelo de pagamento predominante na Lituânia é taxa de captação (sete faixas etárias) que representam cerca de 80 a 85% de todos os modelos de pagamento. A parte restante dos modelos de pagamento é composta por pagamentos de incentivo (taxa de serviço) e pagamentos de bônus por bons resultados.

A taxa de pagamento do serviço é aplicada no rastreio de câncer de próstata e cervical, cuidados de mulheres grávidas, check-up preventivo de crianças, consultas e cuidados prestados em casa de pacientes com doenças crônicas, etc. Existem pagamentos extra para os seguintes exames: diagnóstico de estágios iniciais do câncer (desde 2003) e, desde 2008, para a qualidade do atendimento de pacientes com doenças crônicas. Os principais programas preventivos realizados nos cuidados primários são: programa preventivo de cancro cervical (mulheres de 25 a 60 anos), programa preventivo de cancro de mama (mulheres de 50 a 69 anos), programa de diagnóstico precoce do cancro de próstata (homens de 50 a 75 anos), teste de cancro do intestino (homens e mulheres de 50 a 74 anos) e programa preventivo cardiovascular (para homens de 40 a 55 anos, mulheres de 50 a 65 anos). No entanto, a maioria dos médicos de família na Lituânia estão pouco envolvidos e não são pagos pelos cuidados prestados fora do seu horário. O médico de família também tem o papel de um guardião que presta cuidados de saúde e que foi introduzido em 1997, porém, a acesso a especialistas tem sido limitada. Simultaneamente, a carga de trabalho dos médicos de família aumentou e tornou-se numa das questões mais discutidas. Existe também a desigualdade de abrangência de serviços, comparando diferentes provedores de APS. Apesar da função de prestação de serviços, as diferenças nas taxas de referência em diferentes unidades de saúde são até cinco vezes maiores, o que não pode ser explicado pelo nível de morbidade da população.

A Sociedade Italiana de Pediatria oferece materiais especiais para as famílias e prevenção da obesidade (<https://docs.sip.it/decalogo2017.pdf>), assim, um projeto diferente serve para atualizar capacidades e competências médicas e de enfermagem no quadro da prevenção da obesidade familiar

.(<http://fad2014.biomedica.net/corso/index/corso/1705>)

A indicar que a Sociedade Italiana de Pediatria e outras importantes associações italianas como a ADI e o SIO, organizaram cursos específicos para educação terapêutica familiar para a obesidade.

(<http://www.medicinadelladolescenza.com/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Corso-RITA-TANAS.pdf>)

O sistema de saúde italiano baseia-se nas agências locais de saúde (ASL - Aziende Sanitarie Locali) e médicos de família e "Consultori Familiari" como o principal sistema de prevenção e comunicação com o ambiente familiar. Todas estas instituições são estruturas sócio sanitárias desenvolvidas a nível local que oferecem serviços multidisciplinares para a saúde e o bem-estar a nível familiar. Muitos projetos sobre a prevenção da obesidade e terapia familiar foram desenvolvidos. Nas diretrizes nacionais italianas para a reabilitação nutricional dos distúrbios alimentares, o apoio familiar de especialistas (enfermeiro, nutricionista, psicólogo, etc.) é considerado de primordial importância para a eficácia do tratamento.



Noruega: o canal normal de obtenção de ajuda para as famílias é através do seu médico. Existem muito poucos serviços especializados independentes para isso. Nas escolas, é comum os alunos obterem aconselhamento da enfermeira da escola. Além disso, não há programas nacionais, mas sim diversas iniciativas comerciais de prestação de serviços. O serviço social também possui terapias familiares que normalmente disponibilizam conselheiros a famílias que se debatem com algumas dificuldades, desde o comportamento até a saúde, mas isso é principalmente para aqueles um grande número de problemas familiares - não apenas a saúde.

A Associação Italiana de Nutricionistas e Nutrição Clínica (ADI) Organiza todos os anos o "Dia da Obesidade" e possui um site dedicado à informação e divulgação a nível pessoal e familiar.

Os especialistas em doenças nutricionais e metabólicas na Romênia focam-se geralmente no tratamento da diabetes. "Devido à falta de tempo e ao seguro de saúde, poucas pessoas com obesidade podem ser regularmente vistas e monitorizadas. Caso contrário, a obesidade é "tratada" e seguida na prática privada, seja por médicos ou, em último caso, por "nutricionistas". (Professor Copaescu).

Um dos principais obstáculos para enfrentar a obesidade é a falta de medidas e diretrizes para ajudar os GP e identificá-lo. Essa falta de compreensão é agravada pelo estigma social severo associado à obesidade, o que deixa muitos pacientes sentindo-se isolados nas suas vidas pessoais e profissionais. A população em geral vê a obesidade como uma condição resultante de uma "falta de controlo". Desta forma, o argumento para investir num tratamento é menos atraente, acrescenta. "A população não-obesa considera que os esforços sociais para controlar o problema são menos importantes que outras prioridades, como a luta contra o cancro e outras doenças. Não temos o sistema de saúde mais rico do mundo." (Professor Copaescu).

4.3 Modelos Familiares de Educação

Modelos de educação e comportamento familiar – como os membros da família se ajudam uns aos outros

Lituânia. Desde a antiguidade, quando as pessoas morriam de fome, é considerado que uma criança robusta é uma criança saudável. Normalmente, não um, mas todos os membros da família têm problemas de obesidade devido ao estilo de vida e nutrição errados. Na Lituânia é aplicada a terapia do psicoterapeuta alemão Bertha Hellinger, também conhecida como “constelação familiar”. Baseia-se na teoria de que muitos dos problemas preocupantes residem na história da família.

Muitos estudos realizados em Itália foram realizados sobre os modelos familiares de educação e o seu impacto no desenvolvimento do comportamento e do estilo de vida das crianças. Os modelos educacionais familiares são geralmente divididos da seguinte forma: Híper protetor, Democrático, Penalizador e Intermitente (nenhuma regra fixa de restrição-permissão), Influente, delegando (para os avós), com autoridade. Não é necessário que cada um deles possa ser considerado automaticamente relacionado com o desenvolvimento de estilos de vida não saudáveis, mas, no caso de adoção desequilibrada de qualquer um desses modelos, o risco de estilos de vida incorretos tende a aumentar.

Uma vez que as famílias modernas são muitas vezes caracterizadas por um estilo de vida



stressante, questões relacionadas com a carreira, famílias parentais, etc., a possibilidade de aumentar esses riscos é cada vez mais consistente. Assim, as estratégias individuais e familiares para desenvolvimento de HL e prevenção de obesidade podem ser consideradas insuficientes.

Noruega: o número de domicílios particulares na Noruega ascendeu a 2 349 500 em 1 de janeiro de 2014. Em média, 2.15 pessoas vivem em cada lar. Os modelos de família que tivemos há 30 anos já não estão presentes, pois hoje em dia existe geralmente uma situação de conflito entre pais divorciados. Tais conflitos muitas vezes levam a uma situação de saúde mais complicada para os jovens, contribuindo indiretamente para a um agravamento da situação, especialmente quando se trata de saúde psicológica. Entre os 3,9 milhões de pessoas do país com idade igual ou superior a 18 anos, 60% vive como parte de um casal. No início do ano, 1,1 milhão de crianças na Noruega com menos de 18 anos viviam com os seus pais. Setenta e cinco por cento dessas crianças viviam com ambos os pais, enquanto 25 por cento viviam com apenas um dos pais. A proporção do número de crianças/adolescentes que vive com os pais diminui com a idade. Entre os 1 anos de idade, 88% vivem com ambos os pais. Entre os 17 anos, essa proporção é de 61 por cento. Hoje, o apoio familiar não é o mesmo de há 30 anos, e esse é um tópico que não foi pesquisado na Noruega. As famílias os filhos na procura e de habitação quando começam a sair da residência familiar. Para além disso, os avós ajudam muito os netos. Porém, a unidade familiar não é equiparada à zona Mediterrânica. Os laços familiares são relativamente soltos, talvez porque desde que as crianças nascem que são educadas para serem independentes a uma idade precoce. (Bureau da estatística de Noruega: <http://www.ssb.no> 07.12.2017).

É um facto que a educação das mães tem efeitos positivos sobre a nutrição infantil nos países em desenvolvimento. Menos considerado é o efeito exercido pela educação de outros indivíduos tais como: amigos das mães, vizinhos e familiares. A nutrição infantil é associada de forma positiva e independente à educação das mães, pais e avós.

Um papel importante é desempenhado pelo envolvimento da família, porque as atitudes, as perceções e comportamento dos pais podem influenciar o desenvolvimento do peso corporal das crianças. O papel da mãe ou da pessoa cuidadora é considerado fulcral, como uma referência concreta à sua maneira de antecipar e satisfazer as necessidades de alimentação da criança, seja por atitudes equilibradas, seja por desajustes de negligência ou exigência, super estimulação ou permissividade. Na presença desses tipos de atitudes, a capacidade da criança de discernir as sensações da tensão interna, da fome, luxúria ou outra frustração, tédio, soledade, sobrecarga, permanece fraca e, assim, comer adquire uma função compensatória não diferenciada.

No que diz respeito às crianças, a principal responsabilidade da obesidade reside tanto nos pais quanto nas famílias, bem como nos agentes de socialização secundária, tais como os cuidadores e os professores; Todos os mencionados atuam como mentores/guardiões. Os pais trabalham longas horas, passam cada vez menos tempo com os seus filhos, tentam envolvê-los em tantas atividades quanto é possível e, portanto, os aspetos nutricionais são geralmente deixados de lado. A criança sente-se distante ou alienada na frente dos pais e os pais e estes dão-lhe o que a criança quer de forma a conseguir tê-la de volta "Os pais dizem que se sentem em conflito. Eles querem dizer não, mas não querem que o seu filho/a fique aborrecido com eles".

Atualmente, as crianças têm uma maior autonomia para poder gastar dinheiro. Conseguem crianças comprar o que querem na loja da escola. Os alunos do terceiro e quarto ano do 1º ciclo, que já sabem calcular, recebem dinheiro dos pais para comprarem, refrigerantes, batatas fritas, doces e



assim por diante. Mesmo assim, a escola não deve vender alimentos e bebidas não saudáveis. Porém, tais erros ocorrem, e 55,55% preparam as suas refeições escolares em casa e 44,44% compram algo na cafeteria/cantina. No entanto, as crianças no primeiro ciclo preferem preparar as suas próprias refeições escolares em casa num total de 73%, o resto dos 27% compra batatas fritas refrigerantes e doces. As compras preferidas recaem nas batatas fritas, pastilhas elásticas, pipocas com queijo e doces.

5. Experiência da Organização / Instituição:

5.1. Experiência nas escolas: medidas, métodos, grupo-alvo, tipos de profissionais/especialistas envolvidos

A experiência nas escolas: medidas, métodos, grupo-alvo (alunos ou pais), que tipo de especialistas trabalha com crianças para um estilo de vida saudável.

Métodos de como ensinar as crianças sobre um estilo de vida saudável

Ensino Primário (I-II)	O Homem saudável. O que ajuda a ser saudável? A diversidade de comida – condição de saúde saudável (importância das vitaminas, iodo dietético, etc.) Os requisitos para uma dieta saudável. Os benefícios de uma alimentação saudável. A “fast food”.
Ensino Primário (III-IV)	A definição de saúde humana e os requisitos para a fortalecer. A influência de alimentos vegetais e animais. Os princípios de uma dieta saudável. Os aditivos alimentares. A pirâmide alimentar / roda dos alimentos. A saúde reprodutiva A composição dos alimentos.
Ensino Básico (V-VI)	A influência do ambiente na saúde. A pirâmide alimentar / roda dos alimentos. Rótulos – cartões de alimentos Os direitos do consumidor Guia para uma Alimentação Saudável
Ensino Básico (VII-VIII)	Qualidades organolépticas dos alimentos: porção alimentar numa ração diária. O sal iodado na dieta: efeitos da deficiência de iodo. O começo da obesidade com uma alimentação pouco saudável A importância monetária das escolhas alimentares A imagem do corpo e o comportamento alimentar A influência do metabolismo na saúde.
Ensino Secundário (IX-X)	Factores que perturbam o metabolismo (hidratos de carbono, proteínas, gorduras, minerais) Os aditivos alimentares e o seu impacto na saúde. A cadeia alimentar e os riscos de cada ligação (fertilizantes, pesticidas, hormonas)
Ensino Secundário (XI-XII)	O impacto dos alimentos na saúde. Dieta e doenças cardiovasculares. Deficiências de alimentos (dietas, bulimia, anorexia) Equilibrar a ingestão de calorias com actividade física e intelectual Dieta sob condições especiais. Dose Diária Recomendada (DDR) e a segurança de consumo

Referência: http://eduforhealth.ssai.valahia.ro/pdf/Curricula_Analysis_It.pdf

Todas as estratégias de ensino e aprendizagem são interativas:



Para o **nível pré-escolar**: encenações de personagens (role-play), observação, método experiencial, culinária, jogos desportivos (mini-futebol, estafetas), passeios ecológicos, testes de alimentos saudáveis.

Para o **nível de ensino básico**: encenações de personagens (role-play), métodos experienciais, método de projeto (para aprendizagem e avaliação), testes práticos, exibição de pôsteres, exposição de frutas e vegetais, gastronomia, debates, excursões e semana de bem-estar.

Para o **nível secundário**: tempestade de ideias (brainstorming), resolução de problemas, encenações de personagens (role-play), estudo de caso, conversação, eu sei / eu quero saber / eu aprendi, debates, método *cubo*, método *mosaico*, os profissionais do convite (nutricionistas, especialistas em saúde); para avaliação, são consideradas as melhores práticas:

Testes práticos, trabalhos experimentais, autoavaliação, projetos, portefólios, ensaios.

Especialistas que trabalham nas escolas

Especialistas em saúde pública ou enfermeiros comunitários que completaram o programa especial de educação em saúde,

Noruega: nas escolas, existem apenas dois tipos de profissionais que trabalham o estilo de vida saudável. Cada escola tem uma enfermeira responsável por campanhas, exames e orientação (especialmente nas escolas primárias). Nas restantes escolas, os especialistas não trabalham lá, e são mais chamados no sentido de servirem como base no encaminhamento levado a cabo por conselheiros de orientação ou por professores.

Além dos enfermeiros, os professores têm um papel importante no ensino sobre um estilo de vida saudável no campo das ciências sociais e das ciências naturais. Além disso, o professor de educação física tem a responsabilidade de motivar e ensinar sobre um estilo de vida saudável e um estilo de vida ativo e o seu efeito sobre a saúde. Existem objetivos de aprendizagem para um estilo de vida saudável no currículo nacional para todas as idades, não muitos, mas ainda assim alguns importantes.

As atividades de ensino sobre um estilo de vida saudável em Itália referem-se à teoria de Ajzen do "comportamento racional", portanto, a atitude pessoal e as normas subjetivas são o fundamento dessas ações no sistema italiano. A atitude pessoal refere-se à motivação interior. As normas subjetivas referem-se à percepção de que um indivíduo tem sobre as expectativas dos outros. Como consequência, as atividades de um estilo de vida saudável analisam as sinergias entre a família e a escola (MIUR, 2010). Uma reforma recente do sistema escolar italiano contém diretrizes sobre: educação em saúde; educação afetiva; cidadania; comida; consciência ambiental. A este respeito, o governo italiano supõe que esses elementos são fundamentais para uma inclusão satisfatória na vida social e no caminho da cidadania. Tal medida emprega professores de todas as disciplinas das escolas obrigatórias, daí o grupo-alvo ser o de alunos dos 6 aos 14 anos. Este tipo de educação pretende ser combinado com outros assuntos e, na maioria dos casos, trata de projetos especiais envolvendo alunos (https://archivio.pubblica.istruzione.it/essere_benessere/allegati/linee_guida.pdf). Um exemplo é o *projeto pedibus*. É uma iniciativa que estimula os alunos a ir a pé para a escola. As atividades são,



em primeiro lugar, orientadas para a segurança nas ruas durante toda a colaboração entre a escola, professores e pais (<http://www.piedibus.it>). Outro exemplo é o projeto “*fruta na escola*” (<http://www.fruttanellescienze.gov.it>). É uma ação nacional de entrega de frutas para escolas que inclui atividades específicas para as frutas mais conhecidas, para explorar a importância da fruta na nutrição pessoal e na vida quotidiana.

Na Roménia, os professores e o pessoal da escola têm um valioso contributo para a prevenção de transtornos alimentares e obesidade infantil. No entanto, o pessoal da escola tem sido amplamente subutilizado como tal potencial agente de mudança. A enfermeira da escola e os professores de Educação Física têm papéis críticos ao ajudar os pais e as crianças quando se trata de entender os efeitos devastadores do excesso de peso e da obesidade e ao ajudar as crianças a identificar comportamentos positivos para a saúde que podem ajudar a reverter esta condição.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na gestão da obesidade, que é uma prioridade de saúde pública global. Por exemplo, os profissionais de saúde devem aproveitar todas as oportunidades para ajudar os pacientes com mudanças nos seus estilos de vida (conselhos e exercícios dietéticos). A saúde pública não cobre a intervenção intensiva em perda de peso, mas há um número crescente de práticas privadas que tratam esses problemas para aqueles que podem pagar e que estão dispostos a assumir a despesa. Os especialistas treinados em doenças nutricionais e metabólicas na Roménia estão, geralmente, focados no tratamento da diabetes. "Devido à falta de tempo e às regras rigorosas do seguro de saúde, apenas poucas pessoas com obesidade podem ser observadas e monitoradas regularmente. Caso contrário, a obesidade é "tratada" na prática privada, seja por médicos ou, no pior cenário, por "nutricionistas". (Professor Copăescu)

Alguns exemplos de boas práticas:

1. O Programa Nacional de Educação para a Nutrição "*Eu como saudável na escola*", implementado pela Sodexo Roménia, em parceria com voluntários da Universidade de Medicina e Farmácia "*Carol Davila*" de Bucareste, foi ampliado na área rural. Dentro do programa de educação para a nutrição "*Eu como saudável na escola*", dirigido aos alunos da escola primária (todos os níveis), as crianças aprendem a comer de forma saudável durante os intervalos. Durante as oficinas, juntamente com os estudantes de Medicina, eles criam um “*menu*” para um lanche saudável na escola, aprendem quais as regras de nutrição que devem seguir para ter uma boa saúde e encontrar respostas para as questões mais importantes sobre o impacto da nutrição em questões de saúde de acordo com várias idades.
2. "**As tradições saudáveis para crianças saudáveis**" é um programa comunitário que visa a prevenção da obesidade infantil no Nordeste da Roménia. Para reduzir a desigualdade na saúde em crianças de famílias pobres, desenvolveu-se uma intervenção original de educação nutricional.
3. O kit educacional "**The Granny's Health Bag (“A marmita saudável da Avó”)**" promove hábitos saudáveis, usando mensagens originais baseadas na cultura local. O símbolo original "A marmita saudável da Avó" representa uma bolsa tradicional em que as crianças colocam tudo o que é saudável para elas - alimentos saudáveis tradicionais, água limpa e itens desportivos. A mensagem do programa é muito poderosa usando a ferramenta interativa de "**A marmita saudável da Avó**", bem como as histórias contadas pela mãe cabra aos seus filhos.



4. O **Programa Nacional de Leite e Croissant** faz parte do *European School Lek Scheme*, e visa proporcionar opções de alimentos saudáveis a todos os estudantes do Pré-Escolar e do Ensino Básico da Roménia (5-6 a 14-15 anos), oferecendo-lhes em cada dia escolar, na hora do almoço, uma pequena garrafa de leite / iogurte e um croissant / *bagel* (pão de trigo).
5. O **Regime de Frutas Escolares** - Este programa visa aumentar o consumo de frutas e legumes na escola para incentivar hábitos alimentares mais saudáveis, no contexto de uma diminuição do consumo de frutas e vegetais frescos e no aumento da incidência de obesidade infantil.
6. **Programa de leite escolar português**

(http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/AccaoSocialEscolar/reg_ce_657_2008.pdf)

Distribuição diária e gratuita de 20cl de leite escolar para crianças que frequentam educação pré-escolar e estudantes no 1º ciclo de ensino básico durante todo o ano letivo. A fim de complementar as necessidades nutricionais das crianças e estudantes pré-escolares no primeiro ciclo de educação escolar pública, outros alimentos saudáveis podem estar associados ao leite escolar.

7. **Projeto de fruta escolar português**

(<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=469&exmenuid=436&SelMenuId=469>)

O governo português aderiu ao Regime de Frutas Escolares através de uma norma legislativa no ano de 2009, que ainda hoje faz parte da rotina básica das escolas portuguesas. O Regime de Frutas Escolares consiste na distribuição gratuita de frutas e produtos hortícolas a todos os alunos no 1º ciclo de ensino básico que frequentam escolas públicas e para realizar atividades no ambiente escolar para desenvolver habilidades alimentares saudáveis e o conhecimento da origem de produtos agrícolas.

5.2. Universidades - pesquisas conduzidas sobre estilo de vida saudável, a forma como os problemas de um estilo de vida saudável estão envolvidos no processo de estudo

Universidades - recolher dados de pesquisas, informações de projetos, a forma como os problemas de uma vida saudável estão envolvidos no processo de estudo, como eles se estão a relacionar com estudantes.

A análise da situação da educação em saúde nas instituições de ensino superior na Lituânia mostrou que cerca de um quarto dos horários das aulas contêm assuntos, nos quais se adquirem conhecimento sobre saúde. As aulas de Educação Física obrigatória estão em mais de um terço dos horários das aulas dos alunos. Através da Educação Física, os estudantes avaliam suas características físicas. Os alunos são promovidos para participar em vários eventos que promovam o estilo de vida saudável, por exemplo, um jogo de voleibol como celebração do dia da mulher, uma palestra sobre yoga e gestão do *stress*, um evento para o Dia Mundial da Saúde, etc.

A frequência de diferentes componentes de um estilo de vida saudável varia muito em diferentes programas de estudo. O nível de conhecimento sobre um estilo de vida saudável por parte de estudantes de ciências da educação é especialmente baixo. É muito mau, porque levanta dúvidas das suas habilidades para cultivar a saúde salarial dos homens depois de se tornarem educadores.



Muito do esforço de pesquisa em Itália é dedicado ao estilo de vida saudável, os seus determinantes e as suas consequências. Em Itália, o estilo de vida saudável é frequentemente associado à dieta Mediterrânea. Como consequência, uma boa parte da pesquisa dedicada ao estilo de vida saudável fala sobre os efeitos da dieta mediterrânea, conforme demonstrado pela produção científica italiana nos últimos anos ([https://scholar.google.it/scholar?as_vis=1&q=sante lifestyle & hl = it & lr = lang_it & as_sdt = 0,5 & as_ylo = 2000 & as_yhi = 2017](https://scholar.google.it/scholar?as_vis=1&q=sante+lifestyle&hl=it&lr=lang_it&as_sdt=0,5&as_ylo=2000&as_yhi=2017)) e o impacto dos padrões alimentares em geral sobre condições de excesso de peso e em obesidade e perfil patológico cardiovascular. Outra secção de pesquisa sobre problemas relacionados ao estilo de vida saudável, diz respeito a comportamentos e hábitos sociais, bem como elementos psicológicos e a percepção de obesidade e de um estilo de vida pouco saudável.

Este último conjunto de pesquisa explora diferentes dimensões de consciencialização de um estilo de vida saudável e mede o quão importante é a atitude psicológica para a conduta de um estilo de vida saudável. Na universidade, os problemas de um estilo de vida saudável estão envolvidos com três atividades diferentes: palestras, seminários informativos, participação em projetos de pesquisa dedicados através de experiências diretas em teses de mestrado ou de doutoramento ou individualmente reunindo dados em experimentações sociais. As palestras e o envolvimento em atividades de pesquisa em assuntos relacionados com a dieta mediterrânea, a qualidade alimentar e a nutrição, a ciência do desporto estão, obviamente, limitados pelas faculdades de alimentação, agricultura, medicina e desporto. No entanto, um compromisso mais amplo é garantido no caso de seminários devido à interconexão com outros aspetos culturais.

Não há estudos publicados sobre a prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes de medicina na Roménia. Em 2013, V. Mocanu realizou uma pesquisa sobre o excesso de peso, obesidade e atitudes dietéticas entre estudantes universitários na Roménia.

Os comportamentos relacionados à alimentação foram medidos usando o questionário *EAT-26*. O estudo sobre ingestão de alimentos e atividade física foi realizado utilizando um questionário que incluía medidas antropométricas, frequência alimentar e o nível de atividade física. O resultado do estudo foi que cerca de 20% dos estudantes de faculdade romenos apresentavam excesso de peso ou obesidade ($IMC \geq 25$).

As taxas de excesso de peso ou obesidade entre estudantes do sexo masculino foram superiores às observadas entre os estudantes do sexo feminino. Nas mulheres, o resultado abaixo do peso normal foi observado com mais frequência (21%) do que o excesso de peso (10%) ou obesidade (4%). Nos indivíduos de sexo masculino, o excesso de peso e / ou a obesidade foram observados com maior frequência do que o resultado abaixo do peso normal (18%, 14% e 9%, respetivamente).

Os resultados demonstraram que as atitudes alimentares perturbadas e a dieta insalubre são comuns entre os estudantes da faculdade romena, especialmente entre as mulheres. Compreender as atitudes de peso e as tendências de dieta podem ajudar os conselheiros e nutricionistas a trabalhar com os alunos em questões de gerenciamento de peso para educar na faculdade.

5.3. Ênfase principal da HL no ensino de futuros professores e enfermeiros

Ênfase principal de um estilo de vida saudável no ensino de professores e enfermeiros; quais são os fatores aos quais não se dá atenção suficiente?



ITÁLIA: os principais elementos de um estilo de vida saudável são: alimentação e bem-estar; atividade física e bem-estar. A primeira área de ênfase centra-se na distinção dos diferentes elementos nutricionais, a fim de aumentar a consciência acerca da energia que cada elemento de alimento contém e de como essa energia pode afetar o nosso corpo. Dá-se muita atenção às ações de autoconsciência, como o controle de peso, a seleção de alimentos e o impacto de sal, do álcool e dos açúcares na saúde das pessoas a médio prazo. A segunda área de ênfase está mais concentrada no relacionamento com o nosso próprio corpo, portanto, no papel fundamental da autoconsciência através de exercícios físicos desde o primeiro ano de escolaridade. O cuidado do nosso próprio corpo, juntamente com uma maior conscientização para a dieta e a atividade física, é uma ferramenta para gerar atitudes positivas em relação a um estilo de vida saudável. (MIUR, 2010).

Não há atenção suficiente dedicada às normas subjetivas, ao comportamento familiar e ao papel sinérgico dos amigos da família e das pessoas de referência (mesmo atores famosos ou ídolos de desenhos animados / vídeo jogos), conforme declarado nas diretrizes.

No programa nacional de educação de professores da **Noruega**, o foco de um estilo de vida saudável é encontrado num assunto particular que é ensinado: "**Alimentos e saúde**". Este é um programa de 2 módulos, de 60 pontos de estudo (30 + 30) que é destinado a educar os professores para o ensino deste assunto em particular na escola primária.

Além disso, o tema também é uma pequena parte da Educação Física e das Ciências Sociais nas faculdades de professores. Não há muitos materiais disponíveis das autoridades escolares, mas alguns vídeos e materiais podem ser encontrados *on-line* a partir de comunidades nacionais de recursos escolares. *Youtube* é um lugar frequente para a visita dos professores. De acordo com pesquisas anteriores realizadas em ligação com um projeto anterior de LLP sobre nutrição e saúde (projeto MEAL), descobrimos, entrevistando 30 enfermeiras e 30 professores, que ficaram satisfeitos com o foco e a quantidade de lições relacionadas ao estilo de vida saudável na sua educação universitária. (mealproject.eu, acedido 11.12.17)

O feedback também é muito claro quando se trata de qual o elemento que não possui foco suficiente. Esse elemento é a saúde psicológica, onde todos os inquiridos responderam "*não satisfeito*" com a ênfase em relação ao estilo de vida saudável. As questões de saúde psicológica são o maior problema que as enfermeiras e os professores enfrentam já que não são treinados para lidar com isso.

Na **Roménia**, os professores e o pessoal da escola têm um valioso contributo para a prevenção de transtornos alimentares e obesidade infantil, mas o pessoal da escola tem sido amplamente subutilizado como tal potencial agente de mudança.

Na realidade, a fracasso ao não se não investigar a nutrição, a dieta, o conhecimento do controlo de peso, os valores, as atitudes e os comportamentos de professores e outros profissionais da escola envolvidos no tratamento ou prevenção de obesidade e distúrbios alimentares nas escolas pode ser um fator que poderia explicar o modesto sucesso de alguns desses programas de prevenção. Além disso, o seu papel e experiência profissional podem não necessariamente protegê-los de ter níveis significativos de tendência anti gorda.

Os professores e as escolas podem fornecer uma liderança poderosa para ajudar a reverter a



epidemia mundial de obesidade infantil enquanto se esforçam para melhorar o sucesso acadêmico das crianças. Uma intervenção de construção de habilidades cognitivo-comportamentais administrada pelo professor pode afetar positivamente uma variedade de resultados importantes para adolescentes do ensino médio em risco de uma grande quantidade de problemas. A integração de rotina de COPE em currículos de educação em saúde por professores em contextos do ensino médio do mundo real tem potencial para melhorar os resultados de saúde, psicossociais e acadêmicos em populações de adolescentes de alto risco. As escolas podem ajudar os alunos a adotar e manter uma alimentação saudável e comportamentos de atividade física.

5.4. Local de trabalho - experiência, ferramentas, métodos, ambiente ergonômico

Local de trabalho - experiência, ferramentas, métodos, requisitos para ambiente ergonômico

Os locais de trabalho modernos tornaram-se cada vez mais obeso-gênicos devido à natureza variável do trabalho (por exemplo, trabalho mais sedentário, mesmo na indústria e empregos de fabricação que se tornaram altamente automatizados), bem como as condições de trabalho, tais como horários de trabalho longos. As consequências dos fatores obeso-gênicos no local de trabalho estendem-se para além do nível individual. Elas podem afetar a vida quotidiana dos funcionários e das suas famílias, permitindo, por exemplo, ter menos tempo para cozinhar e comer em casa, para passeios em família, etc. Fatores importantes que influenciam a obesidade entre os funcionários são:

1. Lugares de trabalho congestionados que limitam qualquer oportunidade de movimento durante o horário de trabalho;
2. Falta de instalações para armazenar alimentos saudáveis - isto é, frigorífico;
3. Falta de descanso – inexistência de áreas de almoço que obrigam a que os funcionários comam nas suas estações de trabalho, mesas, carros, etc.
4. Falta de opções de alimentos saudáveis no local e instalações de atividade física
5. Disponibilidade limitada de áreas recreativas próximas (e seguras), espaços verdes, parques, recintos desportivos, etc....

Ferramentas e métodos para melhorar os locais de trabalho:

1. Melhorar a organização do trabalho, por exemplo:
 - escolher horários de trabalho flexíveis;
 - escolher um trabalho, por exemplo, trabalho em casa (trabalho remoto),
 - Permitir a aprendizagem ao longo da vida, como fazer o trabalho de rotina e expandir as funções de trabalho.
2. Melhorar o ambiente de trabalho, por exemplo:
 - promover o apoio dos pares;
 - envolvimento de funcionários no processo de melhoria do ambiente de trabalho;
 - cuidar de alimentos saudáveis na cantina.



3. Incentivar os funcionários a participar em atividades de saúde, por exemplo:
 - organização de grupos desportivos;
 - bicicletas que podem ser usadas pelos funcionários do território dos trabalhadores.
4. Promoção do desenvolvimento pessoal, por exemplo:
 - cursos de habilidades sociais, como a habilidade para superar a tensão, organização,
 - ajuda para funcionários que desejam parar de fumar.
5. Equilíbrio vida-trabalho:
 - cuidar do apoio social, como infantários.
6. Melhorar e manter a saúde mental dos trabalhadores, por exemplo:
 - incentivar os funcionários a contribuir para a governação corporativa,
 - ter em conta os seus pontos de vista e opiniões,
 - ensinar a reduzir a tensão e relaxar;
 - aconselhamento psicológico.
7. Cuidados de saúde:
 - Saúde regular, pressão sanguínea, colesterol e controle de açúcar no sangue.
8. Atividade física:
 - suporte financeiro para custos de atividade física externa, como uma taxa de associação para um clube de desporto ou de lazer,
 - organização de eventos esportivos,
 - incentivar os funcionários a não usar o elevador quando podem subir escadas.
9. Promover estilos de vida saudáveis:
 - suporte confidencial e informações sobre álcool e drogas,
 - distribuição de informações sobre alimentação saudável e aconselhamento, ilustração de exemplos concretos (por exemplo, cuidar de que o pessoal da cantina obtenha alimentos saudáveis e tenha tempo suficiente para comer).

Ambiente ergonómico

Existem três princípios comuns de design relativamente à ergonomia ambiental num ambiente de trabalho no escritório - clima, iluminação e ruído.

Clima

As pessoas trabalham de forma mais produtiva quando estão num clima confortável. O clima do local de trabalho também pode ter um impacto positivo ou negativo na produtividade e no conforto do local de trabalho. O clima consiste em três componentes principais: temperatura do ar, humidade do ar e movimento do ar.

A melhor temperatura do ar depende da estação do ano. Um intervalo de 20-24 ° C geralmente é preferível, mas o contraste com a temperatura externa também pode desempenhar um papel dependendo da estação. Cerca de 723° C tende a ser a temperatura a que a maioria das pessoas se



sente confortável.

Há menos controle sobre a humidade do ar, embora seja uma medida fácil de tomar. Um aumento do nível de humidade tende a aumentar o nível de temperatura percebida. À medida que a humidade muda com as estações, também a humidade no local de trabalho mudará. No inverno, recomenda-se que a humidade seja superior a 30 por cento, enquanto no verão a faixa de humidade deverá estar entre 40-60 por cento. O movimento do ar normalmente é mínimo numa superfície de local de trabalho. A recomendação é manter as correntes de ar abaixo de 0,2 m / s, o que equivale a uma brisa leve.

Iluminação

Uma superfície de local de trabalho é considerada uma situação de "trabalho agradável", para os quais são necessários níveis de luz médios a altos, especificamente lâmpadas no alcance de 45-65 pé-velas (500-700 lux). A iluminação geral e de fundo pode ser significativamente menor, cerca de 30 por cento do valor mínimo necessário para os níveis do local de trabalho, por exemplo lâmpadas de 15 pé-velas. O contraste máximo recomendado que deve existir no campo de visão é 10: 1. Idealmente, as fontes de luz (incluindo janelas) devem ser posicionadas para a esquerda ou para a direita. Com a linha de visão perpendicular à fonte de luz, a quantidade de brilho direto e indireto (refletido) é reduzida. Sempre que possível, evite o uso de cores e superfícies reflexivas, ou o uso de iluminação direta (versus difusa) para minimizar as hipóteses de brilho. Os locais de trabalho geralmente devem ser colocados longe das janelas devido ao alto contraste e brilho causados pela luz solar.

Barulho

O volume de um escritório típico geralmente está entre os 40-60 dB e as fontes desse alcance de ruído variam desde ventiladores de computador até fotocopiadoras ou até pessoas falando ao nosso redor. Geralmente, níveis mais altos de ruído podem resultar num enfraquecimento do alerta e do aborrecimento, o que diminui o desempenho.

O objetivo da ergonomia é projetar e configurar locais de trabalho sem riscos de saúde e segurança, confortáveis e produtivos.

O jornal **Italiano** de Medicina, Trabalho e Ergonomia publicado recentemente é uma pesquisa interessante sobre a questão da obesidade e do local de trabalho (<http://slideplayer.it/slide/946777/>). A publicação discute sobre o aumento da probabilidade de acidentes no trabalho associado com condições de excesso de peso ou obesidade. Além disso, a condição de obesidade poderia facilmente influenciar a capacidade de trabalhar devido à maior probabilidade de distúrbios músculo-esqueléticos ligados à doença. Na Itália, o decreto nacional 81/2008 ajuda as pessoas obesas ao afirmar que a ergonomia no local de trabalho precisa considerar a condição. Além disso, o serviço médico deve avaliar cuidadosamente a condição física do trabalhador porque a obesidade pode limitar severamente a sua capacidade de trabalhar. A mesma publicação, no entanto, reporta experiências positivas no campo da informação para um estilo de vida saudável nos locais de trabalho italianos. Os elementos para um estilo de vida saudável são informações obrigatórias na formação dos trabalhadores. Em adição, várias empresas estimulam os trabalhadores para atividades físicas, oferecendo descontos ao ginásio, por exemplo, e promovendo uma imagem positiva dos funcionários (<https://www.west-info.eu/it/peso-e-lavoro-nuovo-binomio-antitetico/05-2/>).



Noruega: alguns empregos implicam um certo grau de risco. Uma em cada cinco pessoas empregadas está exposta a um clima interior pobre durante a maior parte do horário de trabalho. Existe uma organização de interesse chamada *Norwegian Society of Ergonomics and Human Factors* que trabalha para espalhar os princípios corretos ergonómicos no local de trabalho. Os princípios ergonómicos estão declarados no *Norwegian Working environment act (The Norwegian Labour Inspection Authority (Arbeidstilsynet) October 2017)*;

Roménia. *No Elevators Day (Dia sem elevadores)* é uma iniciativa pan-europeia que faz parte da campanha NowWeMOVE iniciada pela ISCA. Tinha dois objetivos principais:

- Concentrar a atenção do público na importância da atividade física para a saúde e o bem-estar
- Demonstrar o quão fácil é para os cidadãos serem ativos, apesar da sua vida quotidiana agitada. A ISCA e os seus parceiros locais convidaram cidadãos e várias organizações, instituições e empresas a selar alguns dos elevadores e escadas rolantes em suas instalações e incentivar seus funcionários ou colegas a subir as escadas. O *European No Elevators Day* é uma iniciativa a longo prazo que visa alcançar a UE e, respetivamente, instituições, organizações e empresas de cada país e gerar publicidade positiva em torno dos benefícios da atividade física diária.

A promoção da saúde está sob a responsabilidade do *Ministério da Saúde da Roménia* através dos Departamentos de Promoção da Saúde do Autoridades de Saúde do Condado. O Centro de Promoção para a Saúde e Educação em Saúde foi fundado em 1992. É o órgão metodológico para a promoção da saúde, coordenando a atividade dos departamentos das Autoridades Sanitárias locais. Após 2006, este centro tornou-se um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública e Gestão de Bucareste. Ele produziu estratégias para promoção da saúde e educação em saúde derivadas de estudos específicos sobre saúde da população. Desenvolve programas de educação médica contínua e campanhas educacionais para a população.

Em 2004, a Roménia lançou a Estratégia Nacional de Saúde Pública de acordo com os princípios da Saúde para Todos no século XXI (OMS, 1998). Os domínios prioritários são doenças transmissíveis e não-transmissíveis, saúde mental e serviços preventivos. Hoje, no nosso país, existe uma ampla gama de organizações não-governamentais que desenvolvem atividades de promoção da saúde em diferentes áreas de necessidades (abuso de álcool e drogas, doenças sexualmente transmissíveis, contraceção...).

Prevenção de obesidade adulta e infantil

As intervenções populacionais para prevenir a obesidade adulta incluem a promoção de mudanças de estilo de vida, dietas mais saudáveis e aumento da atividade física. No entanto, as mudanças nos hábitos alimentares e no aumento da atividade física são muito desafiantes para a maioria das pessoas, embora sejam realizáveis através de apoio comunitário ou forte motivação; por exemplo, estima-se que, com a modificação da dieta e do estilo de vida, cerca de 80% dos pacientes altamente motivados não conseguem alcançar a perda de peso a longo prazo.

Cerca de 60% da população mundial regista um exercício insuficiente. Tal deve-se, principalmente, ao transporte mecanizado e tecnologia de economia de trabalho em casa. Por exemplo, tanto em



crianças como em adultos, há uma associação entre as horas de visualização da televisão e o risco de obesidade.

Muitas intervenções populacionais para prevenir a obesidade infantil foram direcionadas às escolas. Uma estratégia comum é proibir as máquinas de venda automática que dispensam refeições leves e bebidas açucaradas, ao mesmo tempo que reduzem as calorias nas refeições escolares e aumentam a atividade física das crianças.

A legislação que se segue refere-se à provisão de alimentos e bebidas nas escolas na Roménia sobre os operadores de venda automática (Lei n.º 123/2008 e n.º de encomenda 1563/2008). Os produtos proibidos são os seguintes: Alimentos contendo açúcar sobre açúcar 15g / 100g de produto exceto frutas e vegetais; Alimentos com gorduras superiores a 20g / 100g do produto, acumulado: gordura saturada acima de 5 g.

/100g de produto, ácidos gordurosos acima de 1g / 100g de produto; Alimentos com um teor de sal superior a 1,5 g de sal / 100 g de produto e 0,6 g de sódio / 100 g de produto; Bebidas não alcoólicas, exceto para engarrafamento de água potável ou água mineral engarrafada; Alimentos com teor calórico superior a 300 kcal por unidade de venda; Alimentos não embalados, exceto bananas e laranjas; Alimentos não rotulados.

As escolas na Roménia foram proibidas de vender comida considerada pouco saudável, incluindo batatas fritas, doces e biscoitos desde 2008. A proibição imposta pelo governo visa promover um estilo de vida mais saudável para os jovens. Na lista de refeições ligeiras proibidas estão “*pretzels*” salgados, nozes salgadas, aperitivos salgados, batatas fritas, doces, hambúrgueres e pizza. O ministério da educação referiu que os alimentos com muito sal ou açúcar também foram banidos. Muitas escolas da Roménia têm quiosques que vendem comida para alunos. Estes, terão agora, que vender frutas e água engarrafada.

Estratégia nacional: o Programa Nacional de Ação para a Saúde e o Meio Ambiente foi adotado em 1998 e incluiu ações sobre componentes ambientais (por exemplo, água, proteção contra radiações, responsabilidade social etc.), mas também nutrição e segurança alimentar [2, 53]. A Estratégia Nacional de Saúde Pública foi adotada em 2004 e inclui serviços de promoção da saúde e médicos preventivos.

Programas nacionais: desde 1998, foram implementados vinte e sete programas nacionais de saúde a nível nacional. Um deles é o Programa Nacional de Educação na Saúde e Promoção da Saúde. Todos os programas incluem um componente de promoção da saúde e educação para a saúde, e são financiados pelo Ministério da Saúde. Consistem em campanhas anuais e ações de promoção da saúde. Em 2008, havia um programa distinto chamado "Programa Nacional de Promoção da Saúde", que incluiu a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde.

A Sociedade de Nutrição da Roménia desenvolveu em 2006 um "Guia para uma Dieta Saudável". É um material abrangente que fornece uma visão geral da alimentação saudável para a população romena, bem como recomendações práticas específicas para diferentes faixas etárias.

A televisão romena organizou uma **petição para introduzir aulas de nutrição nas escolas**. A campanha TVR é uma equipa contra a obesidade infantil, e também chama a atenção para o reverso



da medalha: dicas totais equivocadas, mitos de alimentos ou dietas aparentemente milagrosas. Dentro desta campanha, a TVR News entrevista especialistas de uma ampla gama de conhecimentos: médicos, psicoterapeutas, fisioterapeutas, professores, antropólogos, especialistas em gastronomia e especialistas do mercado de trabalho. Quase 7000 assinaturas foram recolhidas até ao momento.

5.5. Gabinetes de saúde pública, hospitais

Gabinetes de saúde pública, hospitais - projetos em estilo de uma vida saudável, dados estatísticos por si publicados

A Agência Nacional de Saúde (A.S.L.) promove e apoia todas as iniciativas voltadas para a disseminação de informações de um estilo de vida saudável. Existem agências ASL regionais e locais (uma por cada cidade / cidade). Cada agência desenvolve relacionamentos apertados com escolas locais e gabinetes públicos locais, a fim de promover um estilo de vida saudável através de campanhas informativas específicas. Um exemplo são as ações da ASL da cidade de Taranto (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-taranto/news-in-archivio_det/-/journal_content/56/36057/insieme-per-la-saudacao). Eles organizam formação e campanhas informativas nos principais locais de encontro da cidade (superfícies comerciais, praças, etc.).

O Ministério da Saúde Pública promove informações sobre um estilo de vida saudável no site (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-taranto/news-in-archivio_det/-/journal_content/56/36057/insieme-per-la-salute). Além disso, há publicações periódicas sobre os diferentes temas de um estilo de vida saudável, consumo de álcool, dieta, diretrizes de cantinas públicas, etc., que estão publicamente disponíveis para os cidadãos. (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita&btnCerca=). Além disso, também o Gabinete Nacional de Estatística (*Istat*) possui publicações periódicas sobre um estilo de vida saudável. Ao longo da análise estatística dos dados com base em pesquisas nacionais, eles relatam estatísticas gerais com grande nível de detalhes sobre a população e a sua saúde, qualidade de vida e estado nutricional (<https://www.istat.it/it/archivio/14562>). Outro projeto muito importante é *Okkio alla Salute*, é uma estratégia de vigilância nacional sobre obesidade infantil. O projeto permite reunir dados e estatísticas sobre o problema e promover hábitos saudáveis nas escolas, hospitais e famílias (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>).

Os “*snack bar*” das unidades do Serviço Nacional de Saúde Português deixarão de vender produtos prejudiciais à saúde, tais como bolos, alimentos salgados, carnes frias e sandes com molhos.

A partir de 30 de junho de 2018, os bares em hospitais e centros públicos estão proibidos de vender produtos alimentares saudáveis. De acordo com a ordem do Governo, assinada pelo Subsecretário de Estado e Saúde, os contratos a serem celebrados para a concessão de espaços para a operação de bares, cafés e buffets também não podem contemplar a publicidade ou venda de refrigerantes ou refeições rápidas. Entre os produtos proibidos estão salgados como empadas, croquetes, pastéis de bacalhau, tortas e champanhes e bolos, como bolos cremosos, bolos de creme, croissants e bolas de Berlim. As regras para os novos contratos também significam que não se pode vender biscoitos e



biscoitos com teor de gordura e açúcar acima de 20g por 100g de produto, bolachas de chocolate ou creme cobertas com pepitas de chocolate ou biscoitos de manteiga.

Além disso, também se incorpora uma lista de proibições de refrigerantes, bebidas energéticas, doces e petiscos doces ou salgados, como batatas fritas ou pipocas. Em alternativa, o despacho sugere alimentos como leite, iogurtes, sumos de frutas, saladas, sopas ou queijos. A água potável também está disponível gratuitamente. As novas regras destinam-se às instituições do Ministério da Saúde, sejam elas direta ou indiretamente da administração do Estado, ou serviços públicos e entidades que prestam cuidados de saúde que fazem parte do SNS. Na lei, é definido que estas instituições têm até 30 de junho de 2018 para se adaptarem à nova realidade, se isso não implicar o pagamento de danos ou outras penalidades, ou rever os contratos existentes (<https://dre.pt/aplicação/arquivo/a/114414905>)

6. Ambiente social, experiência em estilo de vida saudável: publicidade social, produtos (orgânicos) saudáveis

Publicidade social no país - que tipo de informação é transmitida. Produtos alimentares saudáveis - a escolha ou oportunidade disponível para os consumidores, preços comparados com outros produtos, política do país

A publicidade social na **Itália** sempre promoveu uma alimentação saudável. "Eat well" foi uma campanha bem sucedida em 2015 (<http://www.salute.gov.it/portale/expo2015/dettaglioCampagneExpo2015.jsp?id=96>). O núcleo desta campanha tem sido a alimentação saudável. O grande sucesso desta campanha é a forte relação com a Expo 2015. A exposição mundial organizada por Itália e dedicada à alimentação, de facto, tem sido uma ótima oportunidade para lançar mensagens públicas sobre alimentação saudável da Itália para os italianos, mas também para o resto de o mundo. Além disso, nessa ocasião, a “*carta di Milão*” tem sido um passo fundamental para promover uma nutrição saudável, uma produção sustentável de alimentos e o direito de acesso a alimentos saudáveis. Além disso, nos últimos anos, mais e mais publicidade comercial e social tem-se concentrado na alimentação saudável.

Por outro lado, está a surgir um fenómeno paralelo de publicidade social. Os fortes investimentos da indústria de “comida de plástico” na publicidade social estão pressionando os consumidores, especialmente os menores, para direções opostas em comparação com uma alimentação saudável. Publicidade nos jogos de vídeo, conteúdos virais e estratégias de marketing de “guerrilha” incluem muitas vezes informações sobre comida de plástico em vez de alimentos saudáveis. Esses conteúdos não são proibidos na Itália.

Produtos alimentares saudáveis - a escolha ou oportunidade disponível para os consumidores, preços comparados com outros produtos; política do país.

As políticas nacionais a favor da alimentação saudável são numerosas. A principal estratégia a nível nacional, na Itália, diz respeito às estratégias de rotulagem nutricional. Os produtores, de facto, são forçados a indicar o conteúdo nutricional dos alimentos nos seus rótulos. Embora isso seja comum para alimentos embalados, não é para comida preparada em restaurantes e lojas de comida para levar. No entanto, a agência italiana de saúde, como consequência da Expo 2015, induziu produtores de comida de plástico a indicar o número de quilocalorias nos rótulos. Infelizmente, não



há políticas de preços dedicadas a alimentos não saudáveis ou impostos sobre gorduras.

Noruega: o foco principal na publicidade social é para produtos relacionados à saúde e bem-estar, produtos eletrônicos e brinquedos. Na Noruega, os anúncios comerciais de álcool e tabaco são proibidos. E há uma restrição nas publicidades dirigidas a crianças.

Nesta primavera, o *Ombudsman do Consumidor* e a *Media Authority* na Noruega lançaram novas orientações para a rotulagem publicitária nas redes sociais. Isso irá regular o negócio de publicidade muito bem. Existe um forte vínculo entre a exposição da TV e da tela e a adiposidade em crianças e jovens. De acordo com a OMS, dados recentes sugerem que as crianças tornaram-se obesas, não apenas porque assistem televisão em vez de serem ativas, mas também porque estão expostas a publicidade de alimentos e outras táticas de marketing. O projeto de pesquisa **TEMPEST** financiado pelo 7º Programa-Quadro de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (7PQ) sugere que o uso de estratégias de autorregulação dos adolescentes foi moldado, por exemplo, nas práticas e normas relacionadas com o consumo dos pais e pares, culturas alimentares familiares e exposição a publicidade relacionada com alimentos.

A indústria alimentar já estabeleceu uma série de iniciativas voluntárias para restringir a comercialização de opções de alimentos menos saudáveis para crianças e jovens como parte da promessa da *UEPLEDGE62*. Por exemplo, a Federação Mundial de Anunciantes desenvolveu um Livro Branco de Critérios Nutricionais. Este Livro Branco estabelece limites para a publicidade de produtos alimentares a crianças menores de 12 anos de idade. Dado a evolução contínua na área da publicidade, essa promessa e outros compromissos nesta área devem continuar a ser verificados e fortalecidos. Estes esforços para restringir o marketing e a publicidade para crianças e jovens devem incluir não apenas a TV, mas todos os elementos de marketing, incluindo ambientes nas lojas, ações promocionais, presença na internet e atividades de redes sociais. O setor publicitário na Romênia é semelhante ao internacional. Embora a sofisticação e o refinamento do mercado de publicidade local não dependa do nível dos mercados tradicionais (Estados Unidos ou Europa Ocidental), quando se trata de educação do consumidor, a abertura em relação à publicidade, tanto metodológica como instrumental, foi feita.

Os anúncios tornaram-se mais diversificados e não só insistem em qualidades de produtos que geram prazeres (sabor, aroma, sensação, textura, cheiro), mas sublinham os efeitos positivos, do ponto de vista da saúde e do bem-estar, que esses alimentos podem oferecer (sem aditivos e conservantes, uso de ingredientes naturais, várias vitaminas e minerais ou o facto de serem dietéticos). O segmento de mercado-alvo deste tipo de publicidade é composto principalmente de mulheres, que estão mais preocupadas com o que comem, especialmente com o que os produtos oferecem aos seus filhos.

O consumo de alimentos orgânicos cria apenas 2% do mercado total de alimentos, embora o consumo desses produtos esteja a crescer lentamente (Comissão Europeia 2011). O consumo de produtos orgânicos não só é importante para a saúde, mas também a agricultura orgânica que utiliza os seus recursos mais eficientes, o que promove o desenvolvimento rural e o emprego. O consumo de produtos orgânicos tem benefícios económicos e políticos a curto e longo prazo. Para se formar uma cultura de consumo, precisa-se de algum tempo, para incentivar as pessoas a escolherem mais produtos orgânicos; primeiro precisam de explorar fatores, que constituem a cultura do consumo de produtos orgânicos. Quando a procura é encorajada, a oferta também pode ser aumentada, por isso é importante para as organizações encontrarem fatores que afetam o consumo de alimentos orgânicos



da cultura, para que possam aumentar as vendas dos seus produtos. Pesquisas, feitas na Lituânia, mostram que a cultura de consumo orgânico na Lituânia é influenciada por dois fatores: valores dos consumidores e atitudes com hábitos.

A pesquisa "*Consumo de produtos orgânicos e fontes de informação relacionadas na Lituânia*" mostra: a maioria dos entrevistados (90%), principalmente mulheres (54%), responderam que consumiam produtos orgânicos numa base mais ou menos frequente. A maioria desses produtos foi consumida por famílias com a renda por um membro de mais de LTL 900 (cerca de 230€). Os inquiridos seriam mais encorajados a consumir produtos alimentares orgânicos através da variedade de suprimentos, uma rede maior de lojas e mais informações sobre produtos orgânicos em locais de comércio. Alguns entrevistados receberam informações principalmente de um círculo próximo de amigos, conhecidos e familiares. Em segundo lugar referiram a informação fornecida nos rótulos e em terceiro surge a televisão nacional e comercial. Os consumidores precisam de mais informações sobre a produção ou as condições de crescimento dos produtos, locais de venda, composição (ingredientes) dos produtos.

Projeto Português "Movimento Hiper Saudável"

Através deste Projeto, vários conteúdos educacionais e suporte de informações foram disponibilizados, com base em oito "Compromissos":

- Comer um pequeno-almoço todos os dias,
- Comer 5 pedaços de frutas / vegetais por dia,
- Não estar mais de 3h30 sem comer,
- Ler sempre os rótulos dos produtos comprados,
- Praticar exercício 3 vezes por semana,
- Manter o corpo sempre hidratado,
- Planear refeições semanalmente,
- Transportar alimentos com menos sal, gordura e açúcar.

A Direção-Geral da Saúde, através da Divisão da Plataforma de Obesidade, contribuiu para o compromisso "Ler sempre os rótulos dos produtos comprados", que foi emitido pela televisão nacional.



7. Conclusões

1. O estilo de vida saudável é um modo de vida diário que fortalece e melhora as capacidades de reserva do corpo, ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis, economizar ou até melhorar a saúde.
2. Uma análise de várias fontes científicas deixa claro que um estilo de vida saudável é um conceito multivariado que inclui os seguintes elementos principais: nutrição, aleitamento materno, atividade física / passividade, consumo / não consumo de tabaco, consumo / não consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, o uso de fármacos, trabalho e repouso (modo sono), comportamento sexual, stresse e capacidade de superá-lo, hábitos de higiene, exames preventivos de saúde, qualquer comportamento que possa afetar a saúde (por exemplo, hábitos de condução, cintos de segurança no carro, participação em lutas, banhos de sol prolongados ou solário, promoção de desportos promotores de saúde, etc.).
3. O estado de obesidade ou sobrepeso é definido pelo índice de massa corporal (IMC), que é derivado dividindo o peso em quilogramas pelo quadrado de altura em metros.
4. Entre os Estados-Membros da UE, as menores percentagens de obesidade em 2014 entre a população com 18 anos ou mais foram registadas na Roménia (9,4%) e na Itália (10,7%), à frente dos Países Baixos (13,3%), Bélgica e Suécia (ambos 14,0%). No lado oposto da escala, a obesidade dizia respeito a mais de 1 em 4 adultos em Malta (26,0%) e cerca de 1 em cada 5 na Letónia (21,3%), Noruega (24%), Hungria (21,2%), Estónia (20,4 %) e Reino Unido (20,1%). O nível de obesidade de Portugal e Lituânia está próximo da média da UE. Seguindo os resultados dos levantamentos nacionais e regionais, a ação mais importante para melhorar o estilo de vida saudável, particularmente para crianças e idosos, é o aumento da atividade física.

Tradicionalmente, os noruegueses foram muito ativos no exterior e nos desportos. Embora as atividades desportivas desempenhem um papel importante no desenvolvimento das crianças, estudos recentes mostram que os romenos praticam menos desporto bem como os seus filhos. Apenas 36% dos jovens (15 a 21 anos), 27% dos adultos e 22% dos idosos (65 a 84 anos) são fisicamente ativos em Portugal, cumprindo as recomendações atuais da OMS sobre a atividade física para a saúde. Os 23,5% de crianças de 8 a 9 anos não dedicam mais de um dia por semana a jogos de movimento ativo e 33,8% não mais de um dia de atividade física estruturada (treinamento, desporto, etc.) na Itália. A estratégia nacional de longa duração e orientada para a atividade física orientada para a saúde é essencial para promover a atividade física, a saúde e a qualidade de vida a nível nacional. A multiplicidade de possibilidades na atividade física promoveria a atividade do estilo de vida em vez da adoração da imagem corporal e melhoraria o bem-estar psicológico e físico



da população. A obesidade infantil lituana é determinada por dois fatores: nutrição inadequada e falta de atividade física. Em Portugal, como em outros países desenvolvidos, as principais causas de mortalidade e morbidade são as doenças relacionadas com a alimentação. A obesidade é um dos problemas de saúde pública mais graves na União Europeia, no século XXI.

Portugal é um dos países onde o excesso de peso e a obesidade aumentaram consideravelmente nas últimas décadas. Embora a taxa de obesidade entre os adultos em Portugal seja relativamente baixa em comparação com outros países da OCDE, a proporção de meninos e meninas portuguesas com excesso de peso é superior à da maioria dos países da OCDE.

5. O estilo de vida da família tem um impacto muito grande na obesidade infantil. O risco de ter filhos com excesso de peso e obesidade está aumentando quando pelo menos um dos pais está acima do peso. Esta é uma confirmação do papel importante do modelo parental no desenvolvimento de estilos de vida incorretos pelas crianças e adolescentes. A família é o primeiro ambiente em que os estilos de vida saudáveis devem ser conduzidos. Por outro lado, o ambiente familiar dá uma impressão primária de estilos de vida negativos. Por exemplo, o uso excessivo de TV, PC, *tablet* e vídeo jogos, o consumo de álcool no contexto familiar está a afetar de forma negativa o comportamento e os hábitos das gerações mais jovens, promovendo estilos de vida sedentários e redução do tempo semanal dedicado às atividades ao ar livre.

6. Possibilidades para as famílias. Os cuidados de saúde primários são prestados por médicos de família, internistas e pediatras em todos os países parceiros. A Sociedade Italiana de Pediatria oferece materiais especiais para as famílias e a prevenção da obesidade, bem como projeto diferente para atualizar habilidades médicas e de enfermagem no quadro da prevenção da obesidade familiar, cursos específicos organizados para Educação Terapêutica Baseada na Família para a Obesidade. O "Dia da Obesidade" organiza-se todos os anos. O serviço social norueguês também possui terapias familiares que normalmente podem entrar como conselheiros em famílias que lutam com tudo, desde o comportamento até a saúde.

7. Modelos de educação familiar. Normalmente, não um, mas todos os membros da família têm problemas de obesidade devido ao estilo de vida não saudável e à nutrição inadequada. As crianças são livres para comprar comida insalubre na loja da escola. É por isso que a educação familiar desempenha um papel muito importante na prevenção da obesidade infantil.

8. Instrução sobre um estilo de vida saudável nas escolas. Especialistas em saúde pública ou enfermeiros comunitários que completaram o programa especial de educação em saúde para escolas trabalham nas escolas da Lituânia. Nas escolas da Noruega, existem apenas dois tipos de profissionais que trabalham num estilo de vida saudável: enfermeiros e professores de Educação Física.

9. A atitude pessoal e as normas subjetivas são o fundamento do ensino de um estilo de vida saudável no sistema italiano. A atitude pessoal refere-se à motivação interior. As normas subjetivas referem-se à percepção de que um indivíduo tem sobre as expectativas dos outros. Exemplos de boas práticas:

- o projeto do autocarro Pedi (é uma iniciativa que estimula os alunos a ir à escola a pé), - Frutas na escola (atividades específicas para as frutas mais conhecidas, para explorar a importância da fruta na nutrição pessoal e no quotidiano). - "Eu como saudável na



escola"

- as crianças aprendem a comer saudável durante as interrupções na escola.

- Foi desenvolvida a intervenção de educação nutricional original "*As Tradições saudáveis para crianças saudáveis*".

- O kit educacional "The Granny's Health Bag" (*A marmita saudável da avó*) promove hábitos saudáveis, usando mensagens originais baseadas na cultura local.

- O programa nacional de leite e croissant visa proporcionar opções de alimentos saudáveis a todos os alunos, oferecendo-lhes em cada dia escolar, na hora do almoço, uma pequena garrafa de leite / iogurte e um croissant / *bagel*.

- O regime de frutas escolares - Este programa visa aumentar o consumo de frutas e vegetais na escola para incentivar hábitos alimentares mais saudáveis, no contexto da diminuição do consumo de frutas e vegetais frescos e aumento da incidência de obesidade infantil.

10. Formação em estilo de vida saudável nas universidades. Os alunos são impulsionados para participar em vários eventos que promovam um estilo de vida saudável, por ex: jogo de voleibol para celebração do dia da mulher, palestra sobre yoga e gerenciamento de stresse, evento para o Dia Mundial da Saúde, etc. Na Itália, o estilo de vida saudável é frequentemente associado à dieta mediterrânea. A principal ênfase de um estilo de vida saudável no ensino de professores e enfermeiras é: alimentação e bem-estar; atividade física e bem-estar. Não há atenção suficiente dedicada às normas subjetivas, ao comportamento familiar e ao papel sinérgico dos amigos da família e das pessoas de referência. O profissional de saúde e educacional de Portugal precisa desenvolver habilidades que possam melhorar o conhecimento e promover hábitos mais saudáveis nas famílias. O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), criado em 2012, visa melhorar o estado nutricional da população e promover a sua saúde, através de um conjunto coordenado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e o acesso para um tipo específico de alimentos. A parcela das despesas totais dedicadas às atividades de prevenção em Portugal (1,8%) é quase metade do gasto em média por 27 países da OCDE (2,8%).

11. Os locais de trabalho modernos tornaram-se cada vez mais obesogénico devido à natureza variável do trabalho. Exemplos de boas práticas:

- Não há dia dos elevadores;
- organização de grupos desportivos;
- bicicletas que podem ser usadas por funcionários na sua área de residência.
- comida saudável na cantina.
- Saúde regular, pressão sanguínea, colesterol e controle de açúcar no sangue.
- suporte financeiro para custos de atividade física externa, como uma taxa de associação para um clube de desporto ou de lazer,
- organização da organização de eventos desportivos,
- incentivo aos funcionários para não usarem o elevador quando podem usar as escadas.
- suporte confidencial e informações sobre álcool e drogas,
- distribuição de informações sobre alimentação saudável e aconselhamento, ilustração de exemplos



concretos (por ex., cuidar de que o pessoal da cantina obtenha alimentos saudáveis e tenha tempo suficiente para comer).

12. A publicidade social desempenha um papel muito importante na prevenção da obesidade. Existe um forte vínculo entre a exposição da TV e o ecrã e a adiposidade em crianças e jovens. De acordo com a OMS, dados recentes sugerem que as crianças tornam-se obesas, não apenas porque veem televisão em vez de serem ativas, mas também porque estão expostas a propagandas de alimentos e outras táticas de marketing. A principal estratégia da UE diz respeito às estratégias de rotulagem nutricional. "Coma bem" - Publicidade social na Itália. Por outro lado, a publicidade em videogames, conteúdos virais e estratégias de marketing de guerrilha incluem muitas vezes informações sobre junk food em vez de alimentos saudáveis. Esses conteúdos não são proibidos nos países parceiros.

Referências Bibliográficas

1. "Research on the peculiarities of students' nutrition" L. Samsonienė, V. Zimnicka
2. Andrius Norkus "Healthy lifestyle in Lithuanian Student population: Educational diagnostic approach"
3. D. Dučinskienė, R. Kalėdienė, J. Petrauskienė "Quality of life among Lithuanian University students"
4. http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150EN.pdf
5. <http://internalmedicine.imedpub.com/eating-habits-and-influential-factors-for-mothers-andchildren-in-romania.pdf>
6. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1942602X12460891>
7. http://rjp.com.ro/articles/2016.1/Pedia_Nr-1_2016_Art-10-en.pdf
8. <http://ro.sodexo.com/en/home/media/noutati/newsListArea/noutati/programul-national-de-sanatate-p.html>
9. http://stiri.tvr.ro/semneaza-peti-ia-pentru-introducerea-orelor-de-nutri-ie-in-coli-lupta-alaturi-de-televiziunea-romana-impotriva-obezita-ii-infantile_818489_comentarii.html#view
10. <http://worldschool2017.com/wp-content/uploads/2017/09/Research-Booklet-ROMANIA.pdf>
11. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp>
12. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp>
13. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp>
14. <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-lithuania>
15. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/288122/ROMANIA-Physical-Activity-Factsheet.pdf?ua
16. <http://www.express.co.uk/news/world/62081/Romanian-schools-ban-junk-food>
17. <http://www.fao.org/3/a-as693o.pdf>
18. [http://www.jneb.org/article/S1499-4046\(14\)00284-X/pdf](http://www.jneb.org/article/S1499-4046(14)00284-X/pdf)
19. <http://www.salute.gov.it/portale/quaderni/sfogliabili/29/mobile/index.html>
20. http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP1_introduction.pdf
21. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3cDhFcm9vazF0S2s/view>
22. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3cGFWWWZkZUVnaU0/view>
23. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3dzNOUDQ4NGVAcGs/view>
24. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3eFJQQWFrZFZFbms/view>
25. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3MXlIdlJqOXR3MGM/view>
26. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3MzM4eG5uQTdhM28/view>
27. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3QW5meUNnS2RxM0k/view>



28. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3R3I4SE1fMkNHAVU/view>
29. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3TjJJYmVaYVpzeGs/view>
30. <https://drive.google.com/file/d/0ByrmB5TpSw-3Yzl0NWVLZ3dMaDA/view>
31. <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?eventId=93819>
32. https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/ConfrontingobesityinCEE_0.pdf
33. <https://www.childcareexchange.com/library/5018916.pdf>
34. [https://www.fhi.no/nettpub/hin/;](https://www.fhi.no/nettpub/hin/)
35. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2013/537451/abs/>
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235199/>
37. https://www.researchgate.net/publication/275542431_Initiation_and_Development_of_the_First_Undergraduate_Degree_Program_Nutrition_and_Dietetics_in_Romania
38. <https://www.romania-insider.com/over-40-of-romanian-children-dont-do-any-sports/>
39. https://www.unicef.org/romania/health_nutrition_hiv_aids_1614.html
40. INRAN 2003 “Linee guida per un’asana alimentazione Italiana (Ministry of agriculture and Forestry, National Institute for Food and Nutrition).
41. IPASVI 2017. L’alimentazione come stile di vita per una buona salute - Federazione IPASVI
42. Standard Italiani per la Cura dell’Obesità S.I.O. / A.D.I. 2012 / 2013 (Italian Society for Obesity – Italian Association for Dietetic and clinical nutrition).
43. Guidelines for the prevention of obesity at the workplace:
http://www.enwhp.org/uploads/media/GPOW_Guidelines_short_version.pdf
44. <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=469&exmenuid=436&SelMenuId=469>
45. http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/AccaoSocialEscolar/reg_ce_657_2008.pdf
46. https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relato%CC%81rio%20Resultados_v1.5.pdf
47. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/atividade-fisica.aspx>
48. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>