



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

III Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Empoderamento Comunitário para o Controlo do Peso Infantil Associado ao
Tempo de Exposição aos Ecrãs (ECRAN)

Trabalho Final de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Mariana dos Santos Fernandes

Leiria, março 2025



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

III Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde

Comunitária e Saúde Pública

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

Empoderamento Comunitário para o Controlo do Peso Infantil Associado ao

Tempo de Exposição aos Ecrãs (ECRAN)

Trabalho Final de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Mariana dos Santos Fernandes

Estudante Nº 5230143

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório

Docente Orientadora: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, março 2025

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.

Todos deveriam ser transformados em ações,

em ações que tragam resultados”.

(Florence Nightingale)

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso académico trouxe-me inúmeros desafios, mas confesso que foi uma caminhada muito gratificante e reconheço que o foi também graças ao apoio e colaboração de várias pessoas, a quem quero expressar todo o meu agradecimento.

Agradeço à Escola Superior de Saúde de Leiria por me ter dado oportunidade de frequentar este mestrado que tanto ambicionei, numa instituição que reúne todas as condições necessárias.

Aos Professores Doutores Tiago Nascimento e Teresa Kraus, que se demonstraram sempre presentes nesta caminhada pessoal, pela disponibilidade, orientação e pela partilha de conhecimentos e experiências.

Agradeço a todos os profissionais de saúde, com os quais tive o privilégio de trabalhar e de aprender ao longo do estágio, que me acolheram como parte integrante da equipa, em especial à Enfermeira Cristiana Rosário e Sílvia Venda. Obrigada por todos os momentos de aprendizagens, pelos conselhos, orientações e pela partilha do entusiasmo pela Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Ao Agrupamento de Escolas de [REDACTED], muito agradeço aos Professores e a todos os Encarregados de Educação das crianças que aceitaram participar de forma voluntária no estudo de investigação.

Aos meus colegas mestrandos, pelo apoio mútuo, pelas partilhas e companheirismo.

Agradeço à minha família e amigos, que sempre me apoiaram incondicionalmente, serei eternamente grata por tudo o que representam para mim e pela importância que a vossa presença tem na minha vida. Obrigada pela compreensão nesta fase de bastante dedicação ao mestrado em detrimento de momentos em família e com amigos.

A todas as pessoas que colaboraram, direta e indiretamente, para que este objetivo fosse possível de concretizar!

Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

% - Percentagem

€ – Euros

‰ – Permilagem

AE [REDACTED] – Agrupamento de Escolas de [REDACTED]

BCG – Vacina contra a tuberculose (*Bacillus Calmette–Guérin*)

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CEB – Ciclo do Ensino Básico

CINAHL- *Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSP – Departamento de Saúde Pública

EB1 – Ensino Básico 1

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECRAN – Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias

EESCSP - Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

Equipa PES – Equipa de Promoção e Educação para a Saúde

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

et al. – et alli, e outros

ex: – Exemplo

IDG - Índice de desempenho global

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MEDLINE- Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

n.º – Número

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NLI – Núcleo Local de Intervenção

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

p. – página

PEARL – Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitação da comunidade, Recursos e Legalidade

P-ECRAN – Peso dos Ecrãs

PIO – População, Intervenções e Resultados

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental

pp. – páginas

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SMART – *Specific, Measurable, Attainable, Realistic e Time-bound*

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPNP – Sociedade Portuguesa de Neuropediatria

SVIG-TB – Sistema de Vigilância da Tuberculose

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCC [REDACTED] – Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS ■■ – Unidade Local de Saúde da Região de ■■■■

USP – Unidade de Saúde Pública

USP ■■ – Unidade de Saúde Pública da Região de ■■■■

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	19
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO DE [REDACTED] ..	20
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE [REDACTED] [REDACTED] ..	22
2. MODELOS DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM	25
2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	26
2.2 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	28
2.3 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A APLICABILIDADE DOS MODELOS DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	33
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	36
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
3.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal.....	37
3.1.2 Melhoria contínua da qualidade	38
3.1.3 Gestão de cuidados	40
3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	42
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	44
3.2.1 Estabelece, com base na metodologia em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	44
3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	47
3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	50
3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	52
4. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	54
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DE [REDACTED]	55

4.1.1	Caracterização geral	56
4.1.2	Situação demográfica	56
4.1.3	Situação socioeconómica.....	57
4.1.4	Determinantes de saúde	59
4.1.5	Estado de saúde.....	59
4.1.6	Parque escolar.....	61
4.2	IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE.....	61
4.3	ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	63
4.3.1	Fase preparatória	63
4.3.2	Fase diagnóstica da situação da comunidade escolar do Ensino Básico do AE [REDACTED]	65
4.3.3	Análise dos dados.....	67
4.4	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	74
4.5	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	75
4.6	FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	78
4.7	SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	79
4.7.1	Prática especializada baseada na evidência: revisão integrativa da literatura	79
4.7.1.1	Título.....	81
4.7.1.2	Questão de investigação	81
4.7.1.3	Definição da mnemónica	82
4.7.1.4	Objetivos	82
4.7.1.5	Palavra-chave, Descritores e Truncatura	83
4.7.1.6	Operadores booleanos	84
4.7.1.7	Crítérios de inclusão e exclusão.....	84
4.7.1.8	Bases de dados.....	85
4.7.1.9	Identificação dos estudos e diagrama de PRISMA.....	85
4.7.1.10	Extração dos dados	93
4.7.1.11	Síntese dos resultados.....	97

4.7.2 Diretrizes e recomendações a considerar para a prática	100
4.8 ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO.....	102
4.9 AVALIAÇÃO	107
4.10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	110
CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Consentimento informado, livre e esclarecido	
APÊNDICE II – Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário Adaptado	
APÊNDICE III – Questionário P-ECRAN	
APÊNDICE IV – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário Adaptada (EAveC Adaptada)	
APÊNDICE V – Pedido de autorização / autorização para utilização do MAIEC	
APÊNDICE VI – Pedido de autorização ao AE [REDACTED]	
APÊNDICE VII – Declarações de autorização local	
APÊNDICE VIII – Aprovação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS [REDACTED]	
APÊNDICE IX – Autorização pela Direção-Geral da Educação	
APÊNDICE X – Análise dos resultados do Questionário P-ECRAN através do <i>software IBM SPSS Statistics</i>	
APÊNDICE XI – Resultados do MAIEC	
APÊNDICE XII – Cronograma	
ANEXOS	
ANEXO I – Organograma da ULS [REDACTED]	
ANEXO II – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	
ANEXO III – Certificado: Proteção da Saúde - Temperaturas Extremas/Prevenção dos Efeitos do Calor na Saúde da População	
ANEXO IV – Certificado: I Encontro Enfermagem da ULS RL - “Refletir o passado, integrar o futuro”	

ANEXO V – Certificado: Cuidados Paliativos - Da diversidade de necessidades à articulação de recursos

ANEXO VI – Certificado: II Encontro Científico do Curso de Mestrado de ESCSP (2023-2025) - ESCSP: Abordagens para a Saúde Escolar e o Apoio aos Cuidadores Formais

ANEXO VII – Evolução da população residente

ANEXO VIII – População residente por local de residência, sexo e grupo etário

ANEXO IX – Índice de envelhecimento

ANEXO X – Índice de dependência de jovens

ANEXO XI – Índice de dependência de idosos

ANEXO XII – N.º de nados vivos

ANEXO XIII – Taxa bruta de natalidade

ANEXO XIV – Índice sintético de fecundidade

ANEXO XV – Esperança de vida à nascença

ANEXO XVI – Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional

ANEXO XVII – Percentagem da população empregada por setor de atividade económica

ANEXO XVIII – Beneficiários do rendimento social de inserção

ANEXO XIX – Pensionistas da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações

ANEXO XX – Valor médio das pensões da Segurança Social

ANEXO XXI – Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social

ANEXO XXII – Taxa de criminalidade

ANEXO XXIII – Percentagem da população por nível de escolaridade

ANEXO XXIV – Taxa de abandono escolar

ANEXO XXV – Taxa de analfabetismo

ANEXO XXVI – Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem

ANEXO XXVII – Poder de compra *per capita*

ANEXO XXVIII – Alojamentos servidos por abastecimento público de água (%)

ANEXO XXIX – Alojamentos servidos por sistema de drenagem de águas residuais (%)

ANEXO XXX – Proporção (%) de nascimentos em mulheres em diferentes faixas etárias

- ANEXO XXXI – Proporção de nascimentos pré-termo**
- ANEXO XXXII – Crianças com baixo peso à nascença**
- ANEXO XXXIII – Taxa bruta de mortalidade**
- ANEXO XXXIV – Taxa de mortalidade infantil**
- ANEXO XXXV – Taxa de mortalidade neonatal**
- ANEXO XXXVI – Taxa de mortalidade neonatal precoce**
- ANEXO XXXVII – Taxa de mortalidade pós-neonatal**
- ANEXO XXXVIII – Mortalidade por grandes grupos de causas de morte**
- ANEXO XXXIX – Notificação das doenças de notificação obrigatória**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Situação Demográfica	56
Tabela 2 - Situação socioeconómica	57
Tabela 3 - Determinantes de saúde	59
Tabela 4 - Estado de saúde	59
Tabela 5 - Parque escolar	61
Tabela 6 - Diagnóstico e subdiagnósticos de enfermagem.....	75
Tabela 7 - Aplicação do Método de Hanlon.....	77
Tabela 8 - Definição da finalidade, objetivos e metas.....	78
Tabela 9 - Estratégia de pesquisa realizada no dia 23 de fevereiro de 2025.....	85
Tabela 10 - Exclusão de artigos	87
Tabela 11 - Plano de Ação do Projeto ECRAN.....	105
Tabela 12 - Avaliação das atividades desenvolvidas no Projeto ECRAN	109
Tabela 13 - Avaliação dos resultados do Projeto ECRAN	110

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Relação entre o foco de atenção e os diagnósticos e subdiagnósticos da Matriz de Decisão Clínica do MAIEC	32
Quadro 2 - Mnemónica PIO.....	82
Quadro 3 - Palavra-chave e Descritores.....	83
Quadro 4 - Critérios de seleção	84
Quadro 5 - Estudos selecionados para a RIL	93
Quadro 6 - Extração de dados do Artigo n.º40	93
Quadro 7 - Extração de dados do Artigo n.º74	94
Quadro 8 - Extração de dados do Artigo n.º75	95
Quadro 9 - Principais recomendações da SPNP	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do empoderamento comunitário de uma comunidade avaliado através da EAvEC.....	33
Figura 2- Principais etapas do processo de planeamento em saúde.....	54
Figura 3 - Fases do processo com base na metodologia do planeamento em saúde.....	55
Figura 4 - Avaliação do empoderamento comunitário para a regulação do acesso às novas tecnologias.....	74

Figura 5 - Método de Hanlon	77
Figura 6 - Diagrama PRISMA-ScR	92
Figura 7 - Avaliação ao longo do processo de planeamento em saúde	108

RESUMO

Enquadramento: O relatório descreve o percurso do estágio, numa análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública e na Unidade de Cuidados na Comunidade da Unidade Local de Saúde da Região de [REDACTED]. Após definir o perfil de saúde da comunidade e considerando a problemática do aumento da prevalência do excesso de peso/obesidade infantil a nível nacional, surgiu o Projeto ECRAN - Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias.

Objetivos: O Projeto ECRAN pretende avaliar o nível de empoderamento comunitário e o processo comunitário, identificar os fatores de risco do excesso de peso/obesidade infantil associado ao uso de ecrãs pelas crianças e orientar para estratégias de intervenção.

Metodologia: O projeto considerou as etapas da metodologia do planeamento em saúde, a incorporação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário e o Modelo de Promoção da Saúde. A população-alvo do estudo foram as crianças do 1º e 2º ano, com idades entre os 6 e 8 anos, inscritas no Agrupamento de Escolas de [REDACTED]. A amostra é não probabilística por conveniência e corresponde a um total de 392 crianças e respetivos Encarregados de Educação, sendo que destes aderiram 157. O projeto consistiu na aplicação de um Questionário aos Encarregados de Educação e de uma Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário ao grupo focal de Encarregados de Educação. Posteriormente foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura que permitiu completar as propostas de intervenção em saúde escolar lideradas por Enfermeiros Especialistas que reduzem o tempo de ecrã a que as crianças estão expostas. Todos os pressupostos éticos foram respeitados.

Resultados: Cerca de 63% das crianças (n=99) utilizam maioritariamente a televisão. A exposição aos ecrãs ocorre diariamente em 58% das crianças (n=91) e quase todos os dias em 27% das crianças (n=42). Quanto às horas de exposição aos ecrãs estas são excedidas com mais frequência durante o fim-de-semana, em 41% das crianças (n=64). Curiosamente não se identificou excesso de peso na faixa etária dos 6 aos 8 anos. Quanto ao nível de empoderamento comunitário existem diversos domínios que necessitam de ser melhorados, nomeadamente o da liderança comunitária.

Conclusão: Durante o desenvolvimento do Projeto ECRAN foi essencial a articulação com os diferentes parceiros comunitários para alcançar os objetivos.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Comunitária, Saúde Pública, Saúde escolar, Tempo de exposição aos ecrãs, Excesso de peso infantil, Promoção da saúde.

ABSTRACT

Background: This report describes the internship work, in a critical-reflexive analysis of the process of acquiring and developing skills inherent to specialized practice in Community Health Nursing in the scope of Community Health and Public Health. The internships took place at the Public Health Unit and the Community Care Unit of the Local Health Unit of the [REDACTED] Region. After defining the community's health profile and considering the growing issue of the increasing prevalence of childhood overweight/obesity, the ECRAN Project - Community Empowerment for the Regulation of Access to New Technologies emerged.

Objective: The ECRAN Project aims to evaluate the level of community empowerment and the community process, identify risk factors for childhood overweight/obesity associated with children's screen use, and guide intervention strategies.

Methodology: The project incorporated the stages of health planning methodology, the Community Assessment, Intervention, and Empowerment Model, and the Health Promotion Model. The study's target population was 1st and 2nd-grade children, aged between 6 and 8 years old, enrolled in the [REDACTED] School Cluster. The sample is a non-probabilistic convenience sample, totaling 392 children and their respective legal guardians, of whom 157 participated. The project involved applying a Questionnaire to the legal guardians and a Community Empowerment Assessment Scale to a focus group of legal guardians. Subsequently, an Integrative Literature Review was conducted, which helped complete the proposed school health interventions led by Specialist Nurses aimed at reducing children's screen time exposure. All ethical assumptions were respected.

Results: Approximately 63% of children (n=99) primarily use television. Screen exposure occurs daily in 58% of children (n=91) and almost every day in 27% of children (n=42). Regarding screen exposure hours, these are more frequently exceeded during the weekend in 41% of children (n=64). Interestingly, no overweight was identified in the 6 to 8-year-old age group. Regarding the level of community empowerment, several areas need improvement, particularly community leadership.

Conclusion: During the development of the ECRAN Project, coordination with different community partners was essential to achieve the objectives.

Keywords: Nursing, Community Health, Public Health, School Health, Screen time, Childhood overweight, Health promotion.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), foi elaborado o presente relatório final que evidencia o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e as competências adquiridas.

O mestrado decorreu durante os anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, perfazendo um total de 3 semestres. Durante este período, foi lecionada a componente teórica em sala de aula e, posteriormente, decorreu em contexto de estágio a consolidação dos conhecimentos teóricos por meio da prática clínica.

O Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com relatório final desenvolveu-se em dois contextos: Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Unidade Local de Saúde da Região de [REDACTED] (ULS [REDACTED]). Em cada contexto de prática clínica foram realizadas 250h de contacto presencial, sob a orientação contínua de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e a supervisão inicial do docente Professor Doutor [REDACTED] e posteriormente sob a supervisão da Professora Doutora [REDACTED].

Quer os estabelecimentos de ensino quer os locais de estágio, têm desempenhado um papel crucial na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente na especialização de enfermeiros que perante as novas necessidades em saúde, relacionadas com “o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades”, deparam-se com inúmeros desafios profissionais (OE, 2015b, p. 16481). É, portanto, indiscutível a importância da formação contínua para a capacitação dos profissionais.

A “realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, a que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (OE, 2021, p. 2).

Este relatório tem como objetivo geral evidenciar as aprendizagens e a aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Como objetivos específicos identifiquei os seguintes:

- ❖ Descrever os contextos de estágio;

- ❖ Elaborar uma análise crítico-reflexiva sobre a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública;
- ❖ Evidenciar os cuidados especializados desenvolvidos em contexto clínico;
- ❖ Elucidar a importância dos modelos conceptuais para a prática clínica;
- ❖ Descrever o projeto de investigação desenvolvido;
- ❖ Demonstrar a pesquisa de evidências científicas úteis à prática clínica.

O presente relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. O primeiro capítulo “Contextos de Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública” apresenta a caracterização dos contextos de estágio na USP e UCC. O segundo capítulo “Modelos de Referência de Enfermagem” expõe de forma explicativa o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo, bem como a análise crítico-reflexiva acerca da aplicabilidade destes modelos para a prática clínica.

O terceiro capítulo “Competências do Enfermeiro Especialista” expõe uma redação crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EESCSP atendendo às oportunidades de aprendizagem durante o estágio.

O quarto capítulo “Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde” apresenta a caracterização da comunidade de [REDACTED], expõe o estudo de investigação realizado na comunidade escolar de [REDACTED] e as diferentes fases da metodologia do planeamento em saúde que decorreram no âmbito do Projeto ECRAN. Inclui ainda a revisão integrativa da literatura e a pesquisa de literatura cinzenta realizadas para identificar as estratégias de intervenção.

De seguida é apresentada a conclusão sobre o percurso académico.

Em apêndice encontram-se os documentos relacionados com o Projeto ECRAN, nomeadamente os questionários utilizados, os pedidos de autorização para a implementação e os respetivos comprovativos de autorizações. Posteriormente, nos anexos apresento o organograma ULS [REDACTED], o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os certificados de participação em formações durante o período de estágio e os dados estatísticos que permitiram definir o perfil de saúde da comunidade de [REDACTED].

Adicionalmente, foram tidas em consideração as regras de formatação presentes no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei (ESSLei, 2018).

1. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com opção de obtenção do título de enfermeiro especialista, está preconizado a Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório”.

O estágio tem como objetivos gerais “desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista” e “desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública” (ESSLei, 2024, p. 4).

Como objetivos específicos pretende-se:

“Executar processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCSP) evidenciando um conhecimento avançado dos referenciais teóricos da disciplina; utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos implementando programas e projetos de saúde de âmbito comunitário mediante o diagnóstico efetuado; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de ESCSP; e elaborar um relatório crítico-refletivo da prática que evidencie o diagnóstico efetuado, o projeto de intervenção, a intervenção e os resultados obtidos dessa intervenção, na comunidade” (ESSLei, 2024, p. 5).

O estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), é aquele que melhor proporciona a aquisição de aprendizagens e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP).

No ano de 1978, na Conferência Internacional sobre os CSP, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, a qual define os CSP como “(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...)”, e “(...) representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)” (OMS, 1978, p. 1).

Os Centros de Saúde são a primeira linha de acesso aos cuidados de saúde, assumindo assim importantes funções no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção da doença e também à ligação com outros serviços contribuindo para a continuidade dos cuidados de saúde, pelo que são um pilar primordial do Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2008, p. 1182).

O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública decorreu no contexto de CSP pertencente à ULS [REDACTED], designadamente na Unidade de Saúde Pública da Região de [REDACTED] (USP [REDACTED]), nomeadamente na sede em [REDACTED] e no polo de [REDACTED], bem como na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] (UCC [REDACTED]), em [REDACTED]. A prática clínica foi supervisionada pelos Professores Supervisores e pelas Enfermeiras Orientadoras.

A ULS [REDACTED] (Anexo I) foi constituída de acordo com o descrito no Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, sendo que o referido Decreto-Lei produziu efeito a partir do dia 1 de janeiro de 2024 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023, p. 7). A área de abrangência inclui os concelhos de [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED], o que corresponde a uma área territorial total de aproximadamente 2650,84 Km² (INE, 2024).

Dos diversos concelhos que constituem a ULS [REDACTED], o presente relatório reflete sobretudo o trabalho desenvolvido na comunidade do Concelho de [REDACTED], uma vez que foi nesse mesmo concelho que decorreu o estágio. De seguida segue-se a caracterização das unidades funcionais (UF) referidas anteriormente.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO DE [REDACTED]

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicado no Decreto-Lei n.º 52/2022, no artigo 38.º, caracteriza as USP como:

“Unidades com autonomia funcional e técnica, às quais cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, colaborando no exercício de funções de autoridade de saúde e sendo compostas, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21).

No mesmo Decreto-Lei, no artigo 12.º encontra-se definido que os serviços de saúde pública desempenham funções que visam a promoção da saúde, a prevenção da doença e o prolongamento da vida saudável da população. Para tal, atuam na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 11).

A atuação da equipa de saúde pública é desenvolvida através de:

- ❖ “Instrumentos de avaliação e monitorização do estado de saúde, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades;
- ❖ Vigilância de eventos relacionados com a saúde que afetam as comunidades;
- ❖ Medidas formuladas para melhorar e proteger a saúde dos cidadãos;
- ❖ Ações de informação e educação dirigidas às comunidades sobre a saúde e os seus determinantes” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 11).

O estágio que decorreu na USP [REDACTED] teve início a 17 de junho de 2024 e terminou a 18 de outubro de 2024, período durante o qual foram realizadas 250 horas de contacto presencial em contexto de prática clínica. A supervisão do estágio foi realizada pelos Docentes [REDACTED] e [REDACTED] e pela Enfermeira Orientadora [REDACTED], Especialista em Enfermagem na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

De acordo com o descrito no Regulamento Interno da ULS [REDACTED] (2024), a USP [REDACTED] é uma das UF que constitui o Departamento de Saúde Pública (DSP). Cabe à USP [REDACTED] articular com as demais UF do DSP e com os serviços e departamentos da ULS [REDACTED].

A sede da USP [REDACTED] localiza-se em [REDACTED], contudo existem “polos geograficamente distintos de acordo com as necessidades logísticas e de acesso das populações”, sendo que um dos polos existentes é o de [REDACTED], que fica a 22km da sede (ULS RL, 2024).

Segundo a plataforma do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) a 7 de março de 2025, a ULS [REDACTED] abrangia 402.794 utentes inscritos, sendo que compete à USP [REDACTED] dar resposta à totalidade destes utentes. Para tal, conta com o apoio de uma equipa multidisciplinar composta por 15 médicos, 10 enfermeiros especialistas, 12 secretários clínicos, 10 internos e 15 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica no âmbito da saúde ambiental (SNS, 2024b).

A USP [REDACTED], tem como missão:

“Acompanhar a evolução do estado de saúde da população através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde que permitam identificar áreas específicas de intervenção. Direcionar a sua atividade para a promoção da saúde e de prevenção da doença, tendo presentes os determinantes com maior impacto na morbilidade e na mortalidade, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Departamento de Saúde Pública da Região de Leiria, 2024).

Como visão, a USP [REDACTED] “procura que a sua intervenção seja transversal a todos os níveis de cuidados, procurando uma melhoria contínua da qualidade e uma cobertura da sua ação em

toda a população da sua área geodemográfica” (Departamento de Saúde Pública da Região de Leiria, 2024).

Esta UF ressalva os valores da “procura pelo conhecimento, excelência técnica, cultura de partilha de informação em saúde, intercooperação com as demais UF da ULS [REDACTED], cultura de equidade e de acessibilidade à população, e integridade na defesa dos interesses públicos” (Departamento de Saúde Pública da Região de Leiria, 2024).

A Carteira de Serviços do DSP da ULS [REDACTED] é constituída por vários programas/projetos que pretendem ser oferecidos à população, às instituições da comunidade e a outros Departamentos da ULS [REDACTED]. É esperado que na implementação dos programas/projetos haja colaboração entre as diferentes UF que constituem o DSP.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE [REDACTED]

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde publicado no Decreto-Lei n.º 52/2022, no artigo 38.º, caracteriza as UCC como:

“Unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 21).

De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, no artigo 2.º, as UCC têm “autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão”, intervindo “no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional” (Ministério da Saúde, 2009c, p. 15438).

Relativamente ao estágio em contexto de UCC, este foi realizado na UCC [REDACTED], sediada no concelho de [REDACTED], nas instalações do Centro de Saúde do Município de [REDACTED]. O mesmo decorreu entre 21 de outubro e 3 de fevereiro de 2025, tendo sido efetuadas 250 horas de prática clínica. A supervisão do estágio foi realizada pela Docente [REDACTED] e pela Enfermeira Orientadora [REDACTED], Especialista em Enfermagem na Área de Saúde Comunitária.

A criação da UCC [REDACTED] foi aprovada pela extinta Administração Regional de Saúde do Centro a 29 de abril de 2013, e iniciou atividade a 4 de junho de 2013.

A área de atuação da UCC [REDACTED] coincide com as freguesias do concelho de [REDACTED], atualmente organizadas em 10 agrupamentos, nomeadamente: [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED] (Conselho Técnico UCCDFR, 2022).

A atividade da UCC [REDACTED] abrange, portanto, uma área geográfica de 261.83 km², dando resposta a cerca de 23.832 habitantes (INE, 2023; INE, 2024).

A UCC [REDACTED] é constituída por uma equipa multidisciplinar, a qual integra enfermeiras especialistas em diferentes áreas (duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde comunitária, dois enfermeiros especialistas em reabilitação, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica), uma técnica administrativa, uma assistente social e conta ainda com o apoio de outros profissionais de saúde (ex: psicóloga e higienista oral) (Conselho Técnico UCCDFR, 2022).

A equipa usufrui ainda do apoio de uma médica especialista em medicina geral e familiar, pertencente à Unidade de Saúde Familiar Novos Horizontes, que colabora na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O conselho técnico é constituído por uma enfermeira especialista na área de enfermagem comunitária e uma enfermeira especialista em reabilitação (SNS, 2024d).

A UCC [REDACTED] tem como missão:

“Responder, como equipa multidisciplinar, às necessidades de saúde e sociais identificadas nos grupos vulneráveis; promover a saúde e o bem-estar da comunidade, através de ações que visem aumentar a literacia e a participação do cidadão na gestão da própria saúde; e contribuir para que a população do Concelho de [REDACTED] seja mais resiliente e saudável” (UCCDFR, 2024).

Como visão, a UCC:

“Aspira ser uma UCC de referência, disponível para novos projetos, assumindo a saúde comunitária como o seu principal compromisso” assumindo-se “como negociadores pró-ativos de comportamentos de saúde, estabelecendo parcerias com os utentes, individualmente e/ou em grupo, com o intuito de se aproximarem o mais possível das metas estabelecidas para o seu projeto de saúde, dadas as circunstâncias pessoais e sociais” (SNS, 2024d).

A UCC rege-se ainda por vários valores, nomeadamente:

“O respeito, a empatia e a tolerância pelos valores das pessoas e da comunidade em geral; a salvaguarda da integridade e da imparcialidade para com os utentes da UCC; articular e cooperar com as outras unidades funcionais e com as estruturas da comunidade local (horizontalidade); promover a solidariedade e o trabalho de equipa, perspetivando a qualidade; e assegurar a eficácia, a eficiência e a excelência” (SNS, 2024d).

A intervenção incide numa carteira de serviços básicos bastante completa que contempla Ações Paliativas; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ); ECCI; Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA); Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); Núcleo Local de Intervenção (NLI); Parentalidade positiva (curso de preparação para o nascimento, parto e parentalidade; curso de recuperação pós-parto e apoio ao aleitamento materno); Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM); Rede Social; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Conselho Técnico UCCDFR, 2022).

A UCC [REDACTED] dinamiza diversos projetos de âmbito comunitário, nomeadamente: Like saúde, Gerações, SOBE, + Contigo, Viver os Afetos com Responsabilidade.

A atividade da UCC [REDACTED] é monitorizada e avaliada por um conjunto de 39 indicadores, de acordo com as 18 dimensões da própria contratualização. As áreas de avaliação referem-se ao desempenho assistencial, os serviços, a qualidade organizacional, a formação profissional e a atividade científica (SNS, 2024c).

A área “desempenho assistencial” engloba todas as subáreas do processo assistencial (acesso, gestão da saúde, gestão da doença, intervenção comunitária, qualificação da prescrição, integração de cuidados e satisfação de utentes). Por sua vez, cada uma das subáreas inclui diversos indicadores (SNS, 2024c).

As restantes áreas dizem respeito aos processos não assistenciais, e incluem as subáreas e os respetivos indicadores que permitem avaliar todas as atividades que não assistem diretamente o utente (SNS, 2024c).

Os resultados obtidos traduzem-se num índice de desempenho global (IDG). De acordo com os dados disponibilizados na plataforma BI-CSP, a UCC [REDACTED] em dezembro de 2024 apresentou um IDG de 56,00 (SNS, 2024a).

2. MODELOS DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Num mundo em constante mudança, vão surgindo novos desafios em saúde. De forma a dar resposta a estes desafios, compete ao EESCSP definir ações de forma coordenada, abrangente e integrada que envolvam os indivíduos integrados em comunidades, para assim atingir maiores ganhos em saúde.

Importa dar ênfase à prevenção das doenças e promoção da saúde de uma comunidade utilizando um modelo holístico, ao invés de manter a ideologia do modelo biomédico que consiste em cuidar da população no sentido de procurar uma cura para determinada doença que se instale. Torna-se assim, cada vez mais pertinente o conceito de promoção da saúde.

“A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (OMS, 1986, p. 1).

Pretende-se que o foco seja a transmissão de conhecimentos e a sensibilização para a importância da adoção de comportamentos que promovam a saúde e que desta forma sejam adotados comportamentos saudáveis, ao invés de considerar o medo ou ameaça da doença como fonte de motivação para incorporação de atividades promotoras da saúde.

É de realçar a importância do enfermeiro como educador e promotor de saúde que desenvolve um papel de protagonista na adesão de programas com estratégias para qualidade de vida (Veiga, et al., 2021).

Neste âmbito, é essencial o reconhecimento dos determinantes de saúde, sendo estes os fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável. Os determinantes de saúde podem ser classificados como: ambientais, comportamentais, biológicos, relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, bem como demográfico-sociais e económicos (DGS, 2022, p. 36).

A utilização de modelos e teorias pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e serem um guia orientador para a definição de estratégias de intervenção com vista à promoção da saúde.

Os modelos conceptuais são definidos como “um conjunto de ideias ou conceitos (elementos abstratos) que se interrelacionam e simbolicamente representam um fenómeno, descrevendo as relações entre os conceitos que os compõem”. Advêm de teorias ou da prática profissional, sendo instrumentalizados por meio do Processo de Enfermagem (Taffner, Pimentel, Almeida, Freitas, & Santos, 2021).

O EESCSP durante a atuação deve focar a atenção nas respostas humanas relativamente aos processos de vida e problemas de saúde de grupos, comunidades e populações, considerando os diversos contextos de prestação de cuidados que implicam a aplicação de diferentes teorias e modelos.

De seguida são descritos dois modelos teóricos que conduziram a prática de cuidados de enfermagem ao longo do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, constituindo-se referenciais importantes para a transição para EESCSP.

2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento. Este modelo apresenta uma estrutura simples e clara, que possibilita ao enfermeiro optar por realizar o cuidado de forma individual ou coletiva, concretizando o planeamento, a intervenção e a avaliação das ações de forma mais facilitada (Veiga, et al., 2021).

O modelo surgiu como instrumento para analisar os comportamentos de promoção da saúde, sendo uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. É útil para garantir que os enfermeiros atuam de acordo com a evidência científica e com uma base sustentada em rigor. Tem por base alguns pressupostos e integra os conceitos pessoa, ambiente, enfermagem, saúde e doença.

- ❖ A pessoa, considerada como um organismo biopsicossocial que é influenciada pelo ambiente e procura ambientes onde as suas características são facilmente expressas;
- ❖ O ambiente, que é o contexto sociocultural e físico em que determinado indivíduo está inserido e que pode ser moldado para que sejam adotados comportamentos mais saudáveis;
- ❖ A enfermagem, que colabora com grupos e comunidades vulneráveis para criar um ambiente promotor de melhores níveis de saúde e bem-estar;
- ❖ A saúde, que resulta dos comportamentos que envolvem o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado;

- ❖ A doença, aguda ou crónica, que pode facilitar ou dificultar a adoção de comportamentos saudáveis (Pender, 2012, p. 3).

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender (Anexo II) facilita a avaliação do comportamento que leva à promoção da saúde pelo estudo inter-relação de três componentes: características e experiências individuais, cognições e afetações do comportamento e o resultado comportamental. Por sua vez, cada componente é subdividido em variáveis, perfazendo um total de 11 variáveis.

A componente “características e experiências individuais” compreende o comportamento anterior e os fatores pessoais.

- ❖ Comportamento anterior: diz respeito aos hábitos prévios que não são promotores da saúde e que, portanto, deverão ser modificados;
- ❖ Fatores pessoais: incluem os fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); fatores psicológicos (autoestima, automotivação e estado de saúde percebido) e os socioculturais (raça, etnia, aculturação, escolaridade e nível socioeconómico) (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

A componente “cognição e afetação do comportamento” é central e diz respeito aos entendimentos e perceções relativos aos comportamentos que devem ser adotados pela comunidade, que por sua vez influenciam a efetividade desses mesmos comportamentos.

Este componente é constituído pelas seguintes variáveis:

- ❖ Benefícios de ação percebidos: são as representações mentais positivas, que reforçam a importância de adotar um comportamento;
- ❖ Barreiras percebidas à ação: são as perceções negativas, as dificuldades e os custos que estão associados ao comportamento. Por vezes, há impossibilidade de excluir determinadas barreiras, pelo que é essencial definir intervenções educativas com estratégias de persuasão verbal e estímulos emocionais de forma a contornar as barreiras existentes;
- ❖ Autoeficácia percebida: relacionado com o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar as ações;
- ❖ Sentimentos em relação ao comportamento: reflete a reação emocional relacionada com o comportamento. Esta reação pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável. É essencial que prevaleça o sentimento positivo e agradável para que determinada comunidade dê continuidade às práticas que melhoram o estado de saúde;

- ❖ **Influências interpessoais:** relacionam-se com o que outros indivíduos da comunidade entendem sobre o comportamento, as suas crenças e atitudes que poderão influenciar positivamente ou negativamente a adoção do comportamento promotor da saúde por parte do grupo vulnerável. Portanto, as ações do grupo poderão ser influenciadas pela família, pares, profissionais de saúde, normas, apoios e modelos.
- ❖ **Influências situacionais:** referem-se aos diferentes contextos que podem contribuir ou dificultar que determinados comportamentos sejam adotados (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Por último, o componente “resultado comportamental” está relacionado com a execução do comportamento de promoção da saúde. Este componente engloba:

- ❖ **Compromisso com o plano de ação:** refere-se às intervenções de enfermagem que contribuem para que o grupo mantenha determinado comportamento de promoção da saúde;
- ❖ **Exigências imediatas e preferências:** o grupo tem menor controlo sobre os comportamentos que exigem uma mudança imediata, enquanto as preferências exercem maior controlo sobre as ações de mudança de comportamento;
- ❖ **Comportamento de promoção de saúde:** é o comportamento adotado que terá repercussões positivas para o estado de saúde e que resulta da implementação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Sendo o EESCSP um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental das comunidades, através da coordenação e dinamização de programas de intervenção comunitária no âmbito da prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos socioculturais, reconhece-se a utilização deste modelo como fundamental para a dinâmica e implementação de projetos que visem a promoção da saúde focada na mudança de comportamentos.

2.2 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Glenn Laverack (2008) e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Maria Henriqueta Figueiredo (2012). Emergiu como referencial teórico direcionado para a comunidade como foco dos cuidados, e é constituído pela definição de conceitos, pressupostos, postulados e uma Matriz de Decisão Clínica (Melo, 2020, p. 49).

Os conceitos metaparadigmáticos associados à disciplina de Enfermagem referem-se à Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, numa perspetiva de intervenção individual. No caso do MAIEC, estes conceitos foram adaptados para a Enfermagem de Saúde Comunitária, numa visão mais abrangente/coletiva, pelo que surgiram os conceitos: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade (Melo, 2020, p. 50).

A comunidade é definida como um conjunto de pessoas integradas num determinado contexto geográfico delimitado, com funções identificadas e que partilham entre si objetivos comuns. É entendida como uma unidade de cuidados de enfermagem, tratando-se de um sistema aberto de pessoas, grupos e organizações comunitárias que interagem através da participação, liderança e processos comunitários entre si e com o ambiente comunitário (Melo, 2020, p. 50).

O ambiente comunitário, por sua vez, é constituído pelos membros da comunidade e pelas pessoas externas que com ela interagem, bem como pelos elementos físicos, económicos e políticos. Integra o macrosistema comunitário (políticas comunitárias), o mesossistema comunitário (organizações comunitárias), o microsistema comunitário (pessoas e pequenos grupos comunitários) e o cronossistema comunitário (tempo que dá identidade à comunidade) (Melo, 2020, p. 51).

A Saúde Comunitária é definida como um “processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, o processo e a liderança comunitária se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da humanidade”, sendo essencial considerar os determinantes de saúde comunitária e saúde pública que a influenciam (Melo, 2020, p. 52).

Por último, os Cuidados de Enfermagem à Comunidade relacionam-se com a intervenção colaborativa, integrando a abordagem do empoderamento comunitário alicerçada pela gestão comunitária como meio de potenciar o nível de empoderamento comunitário e consequentemente os ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem (Melo, 2020, p. 52).

Desta forma, o empoderamento comunitário é definido como um processo, interativo e contínuo, em que está implícita a participação dos membros da comunidade, sendo que estes assumem o controlo e a responsabilidade pela sua própria saúde e desenvolvem as suas próprias capacidades para identificar e resolver os seus problemas, de uma forma tendencialmente autónoma (Laverack, 2005, citado em Melo, Silva, & Figueiredo, 2018).

É esperado que neste processo os membros da comunidade, por meio de processos participativos, definam estratégias e ações para atingir os seus objetivos. Esta conquista

requer uma contínua procura de aquisição de recursos, a participação nas decisões que afetam a comunidade e a consolidação das organizações que fazem a articulação entre a comunidade e outros atores e instituições (Rissel, 1994, pp. 39-47, citado em Melo, 2020 pp. 43-44).

O empoderamento comunitário envolve nove domínios (participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, capacidade para “questionar porquê”, gestão do programa e relação com agentes externos) que permitem avaliar e compreender a evolução da comunidade e do seu empoderamento. Estes domínios integram uma escala designada por Laverack (2006) de *Empowerment Assessment Rating Scale*, que foi traduzida e adaptada culturalmente para as comunidades portuguesas, designando-se Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC) (Melo, 2020, pp. 45; 149-151).

A avaliação destes domínios deve ser feita num contexto de envolvimento dos membros da comunidade, utilizando como técnica o Grupo Focal e tendo como foco a problemática identificada. Cada um dos domínios tem 5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento, numerados de 1 a 5, sendo o 1 o depoimento que caracteriza o nível menor de empoderamento e o 5 o que caracteriza o nível maior (Melo, 2020, p. 48).

Os quatro pressupostos assumidos pelo MAIEC são:

- 1) “O alvo dos cuidados dos enfermeiros é a comunidade, abordada como unidade de cuidados, enquadrando o todo e as partes da comunidade, num processo dinâmico e contínuo de empoderamento comunitário”;
- 2) “O enfermeiro, enquanto agente externo, promotor do empoderamento comunitário, deve trabalhar em parceria com os membros e líderes da comunidade no sentido da sua autonomia na resolução dos seus problemas”;
- 3) “Os cuidados de Enfermagem à comunidade potenciam os domínios facilitadores do seu empoderamento, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade”;
- 4) “Os cuidados de Enfermagem à comunidade focalizam-se tanto na Saúde Comunitária como um todo, como nos ganhos em saúde específicos do projeto de intervenção em curso, tendencialmente associados a ganhos em Saúde Pública na população em que a comunidade se integra” (Melo, 2020, pp. 52-53).

Os postulados do MAIEC integram os cinco princípios e as definições do MAIEC que se alicerçam à matriz de decisão clínica.

Os princípios enformados que se constituem como premissas inquestionáveis são:

- 1) “Considerando o Planeamento em Saúde como princípio metodológico, o enfermeiro deve avaliar o estado de saúde de todas as comunidades pelas quais é responsável, garantindo a inclusão de todas as avaliações nos seus processos de priorização”;
- 2) “A abordagem da comunidade é desenvolvida no contexto da potenciação da Saúde Comunitária, assim como na perspetiva da potenciação da Saúde Pública”;
- 3) “A relação entre a avaliação do estado de saúde da comunidade e as características do ambiente comunitário permite identificar o planeamento das intervenções ajustadas às necessidades da comunidade”;
- 4) “As intervenções centram-se no empoderamento comunitário, em paralelo com as necessidades concretas da comunidade, identificadas no processo de avaliação específico para cada projeto de intervenção comunitária”;
- 5) “A comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de Enfermagem, no sentido de potenciar as respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado” (Melo, 2020, pp. 53-54).

Neste seguimento, o enfermeiro, considerando a comunidade como unidade de cuidados, tem o papel de orientar a sua tomada de decisão para o empoderamento comunitário. Sendo o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, mas também como resultado, sempre na perspetiva da procura da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo (Laverack, 2008, citado em Melo, 2020).

Nesta dinâmica, o MAIEC permite, em conciliação com as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde, orientar os enfermeiros na tomada de decisão, quando a comunidade é a unidade dos cuidados de enfermagem, objetivando a promoção do empoderamento comunitário (Melo, 2020).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC integra as áreas de atenção dos enfermeiros centradas na comunidade e as intervenções de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Melo, 2020, p. 56).

A partir dos conceitos metaparadigmáticos, a gestão comunitária é o foco de atenção central dos enfermeiros, sendo que engloba três dimensões de diagnósticos: o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária. Por sua vez, cada um dos diagnósticos abrange subdiagnósticos (Melo, 2020, p. 57).

Quadro 1 - Relação entre o foco de atenção e os diagnósticos e subdiagnósticos da Matriz de Decisão Clínica do MAIEC

Foco de atenção	Diagnóstico	Subdiagnóstico
Gestão comunitária	Processo comunitário	Coping comunitário
	Participação comunitária	Comunicação Parcerias Estruturas organizacionais
	Liderança comunitária	Conhecimento Crenças Volição

Fonte: Adaptado. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (p.58)*, de Melo, 2020, Lidel

As definições do MAIEC que se alicerçam à matriz de decisão clínica, dizem respeito ao conceito de gestão comunitária, processo comunitário, participação comunitária e liderança comunitária (Melo, 2020, p. 57)

A gestão comunitária refere-se à capacidade da comunidade para mobilizar recursos para identificar e resolver os seus problemas, através de processos intencionais (dimensão cognitiva e atitudinal) e processos de interação com o ambiente comunitário (experiências transacionais) (Melo, 2020, pp. 54-55).

O processo comunitário relaciona-se com as experiências anteriores da comunidade, relativamente às problemáticas em estudo, que oferecem forças e estratégias adaptativas para lhes dar respostas, constituindo-se como estratégias de coping comunitário (Melo, 2020, p. 55).

A participação comunitária remete para os processos de interação da comunidade através de parcerias comunitárias, mecanismos de comunicação ou até mesmo através do desenvolvimento de organizações comunitárias (Melo, 2020, p. 55).

A liderança comunitária está relacionada com os processos intencionais da comunidade, ou seja, a forma como os líderes e membros da comunidade se envolvem no processo de gestão comunitária para resolver os seus problemas. Refere-se aos conhecimentos e aprendizagens de capacidades para avaliar e intervir no contexto dos problemas (dimensão cognitiva) e ainda às crenças e à volição relativamente aos problemas que se pretendem resolver, às competências para participar na sua avaliação e resolução e na vontade de participar (dimensão atitudinal) (Melo, 2020, p. 56).

Ao identificar alterações em pelo menos um dos subdiagnósticos, considera-se que o diagnóstico referente ao subdiagnóstico está comprometido e por sua vez a gestão comunitária também se encontra comprometida (Melo, 2020, p. 58).

A Matriz de Decisão Clínica do MAIEC apresenta, ainda, as intervenções do enfermeiro que dão resposta a cada um dos diagnósticos comprometidos e que objetivam melhorar a gestão comunitária através de “melhorar o processo comunitário”, “promover a participação comunitária” e/ou “promover a liderança comunitária”. Cada uma destas intervenções, associa-se a intervenções específicas que dão resposta a cada subdiagnóstico (Melo, 2020, p. 59).

Para avaliar a eficácia das intervenções de promoção do empoderamento comunitário torna-se necessário reavaliar a EAVEC, pois só assim é possível compreender a existência ou não de melhorias no empoderamento da comunidade face à problemática intervencionada (Melo, 2020, p. 65).

Segundo Laverack e Wallerstein (2001), para se atingir o nível pleno de empoderamento comunitário pode ser necessário sete ou mais anos. Por outro lado, Melo (2020) defende que nos projetos onde o MAIEC é implementado, a reavaliação da EAVEC deve ocorrer um ano após a intervenção comunitária.

O depoimento obtido em cada domínio permite ser representado em formato de gráfico de radar, conforme exemplo abaixo.

Figura 1 - Representação gráfica do empoderamento comunitário de uma comunidade avaliado através da EAVEC



Fonte: *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (p.48)*, de Melo, 2020, Lidel

2.3 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A APLICABILIDADE DOS MODELOS DE ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA CLÍNICA

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na procura do desenvolvimento das competências especializadas, quer as comuns quer as específicas da área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, tive oportunidade de prestar

cuidados de enfermagem a diferentes tipos de comunidades, porém pronunciar-me-ei particularmente sobre a comunidade escolar de [REDACTED], na qual desenvolvi um projeto de intervenção comunitária que se encontra descrito mais pormenorizadamente num dos capítulos mais à frente.

Começo por esclarecer que a comunidade escolar deve ser entendida como um conjunto de estruturas destinadas ao ensino e educação, sendo que não se restringe apenas às crianças e profissionais de educação, mas também aos encarregados de educação e profissionais de saúde que com ela interagem, bem como inclui as políticas instituídas e outros elementos que se associam. Importa clarificar este conceito, uma vez que a atuação do EESCSP ao ser desenvolvida em contexto escolar, deve englobar todas as vertentes.

Com vista à prevenção de doenças e à proteção e promoção da saúde da comunidade escolar de [REDACTED], o projeto de intervenção desenvolvido para além de seguir um raciocínio lógico com base na metodologia do planeamento em saúde, teve ainda em consideração dois modelos de enfermagem.

Refiro-me ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e ao MAIEC de Pedro Melo. Considerei incluir ambos os modelos no projeto de intervenção, por julgar que ambos são úteis para entender a comunidade escolar de [REDACTED] ao reconhecer as suas necessidades e problemas e também porque as noções de cada um deles se relacionam com a temática de estudo, pelo que acredito que são fundamentais para orientar o processo de tomada de decisão e para potenciar o empoderamento da comunidade.

Sendo o EESCSP um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental das comunidades, através da coordenação e dinamização de programas de intervenção comunitária no âmbito da prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos socioculturais, reconheço a utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como fundamental para a dinâmica e implementação do projeto de intervenção que visa a promoção da saúde focada na mudança de comportamentos.

Considero que o Modelo de Pender é útil na identificação das diversas variáveis associadas aos comportamentos de risco e contribui para a reflexão sobre os comportamentos promotores de saúde que devem ser adotados pela comunidade para melhorar o estado de saúde individual e coletivo.

Neste sentido, o Questionário Peso dos Ecrãs (P-ECRAN) aplicado à comunidade escolar de [REDACTED] (Apêndice III), no âmbito do projeto de intervenção, teve como intuito conhecer os hábitos e comportamentos que esta adota, identificando assim os fatores determinantes

de saúde, as necessidades e orientar para a definição de estratégias de intervenção que contribuam para a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Neste processo, em que se pretende incentivar a comunidade escolar a substituir comportamentos prejudiciais à sua saúde por outros que sejam promotores de saúde, considero ainda ser vantajosa a associação do MAIEC, no qual o EESCSP atuando como agente externo que potencia o empoderamento da comunidade, incentiva a que esta desempenhe um papel mais ativo relativamente às decisões e atitudes de saúde, através da mobilização eficaz e eficiente dos recursos comunitários para atingir os objetivos pretendidos.

Também o Regulamento n.º 428/2018, reforça a importância da associação das estratégias de empoderamento comunitário aos programas e projetos de intervenção, mencionando ser essencial o “desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, 2018).

A aplicação do questionário para além de permitir obter dados relativos aos hábitos e comportamentos da comunidade escolar de [REDACTED], incluiu ainda a componente do diagnóstico do processo comunitário do MAIEC (Apêndice II). Por outro lado, a escala de avaliação do empoderamento (EAVEC) foi adaptada (Apêndice IV) por forma a ser utilizada para avaliar o empoderamento comunitário da comunidade escolar de [REDACTED].

Relativamente ao diagnóstico do processo comunitário do MAIEC, foco particularmente no domínio da liderança comunitária, uma vez que se trata de uma componente crucial no processo de adesão da comunidade ao projeto de intervenção, especialmente porque o empoderamento comunitário é o objetivo. A componente da liderança comunitária remete-nos ainda para o trabalho em parceria/rede com os diferentes membros e líderes da comunidade.

Desta forma, ao integrar o MAIEC no projeto de intervenção, é possível a consecução das competências específicas do EESCSP no que se refere à liderança dos processos comunitários, ao estabelecimento de parceiras e ao empoderamento comunitário.

Em suma, a utilização de ambos os modelos para a prática clínica contribuem para a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde da comunidade de [REDACTED] e revelam, no seu conjunto, ser um guia orientador para definir as estratégias de intervenções com vista ao empoderamento comunitário e, conseqüentemente, à promoção da saúde da comunidade.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Perante as novas necessidades em saúde relacionadas com “o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades” os profissionais de saúde deparam-se com inúmeros desafios profissionais (OE, 2015b, p. 16481).

É indiscutível a importância da formação profissional, perante esta realidade e a necessidade de “organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes”. Torna-se evidente a importância da especialização em Enfermagem, para que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e incorporem nas suas práticas os resultados de estudos de investigações, aperfeiçoando assim as práticas clínicas e intervindo nas políticas de saúde, na procura da melhoria contínua dos cuidados prestados e na melhoria dos resultados em saúde (OE, 2015b, p. 16481).

O enfermeiro especialista é o profissional de saúde

“a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2019b, p. 4744).

Das diferentes áreas de especialização, o EESCSP é o profissional de saúde que maior proximidade tem com a comunidade e que devido ao seu elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão melhor identifica e controla os determinantes sociais e de saúde dos grupos e comunidades (OE, 2015b, p. 16482).

Durante cada estágio (USP e UCC) realizei várias atividades que convergiram com os objetivos gerais, específicos e transversais do estágio, bem como com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º140/2019 e no Regulamento n.º428/2018.

Para além da aquisição de competências comuns e específicas do EESCSP, as componentes teórica e prática que fazem parte de todo o percurso académico, permitiram o desenvolvimento de competências compatíveis com o nível de mestrado, descritas como

Descritores de Dublin (2º ciclo). Refiro-me a competências relacionadas com o conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e ainda competências de autoaprendizagem.

Face ao exposto, de seguida será evidenciado o percurso académico realizado, através da descrição e análise reflexiva do contributo das atividades desenvolvidas durante o estágio para o processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências da área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista constam definidas no Regulamento n.º 140/2019, sendo que no artigo 3.º apresentam-se descritas como competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, que se revelam pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e um exercício profissional suportado pela formação especializada, investigação e assessoria. Encontram-se divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b, p. 4745).

3.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo do estágio em contexto de USP e UCC, em toda e qualquer atividade esteve implícita a prestação de cuidados regidos pela responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com os valores éticos e deontológicos e pelos direitos e deveres descritos no Código Deontológico do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Neste domínio creio ter desenvolvido uma prática profissional em que o foco dos cuidados foi a comunidade de [REDACTED], tendo procurado conhecer as suas necessidades, articular com outros profissionais em programas que dessem resposta às necessidades identificadas com a finalidade de orientar a comunidade para as soluções dos problemas de saúde com que se deparam.

É relativamente frequente, enquanto enfermeiros, depararmo-nos com problemas éticos, os quais implicam tomar decisões baseadas na legislação em vigor e numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, valores, normas deontológicas, com vista à promoção e

proteção dos direitos humanos e à dignidade humana. Julgo que a minha atitude ao longo do estágio sempre seguiu estes princípios.

Durante a abordagem com a comunidade contribui para que esta tivesse o acesso à informação que necessitava para tomar as suas próprias decisões de saúde de forma consciente e informada.

No planeamento e implementação das intervenções os elementos da comunidade foram envolvidos, participando nas suas próprias decisões sobre a saúde, sem que de forma alguma fossem realizados quaisquer juízos de valor quanto às escolhas realizadas ou pressões que condicionassem as suas opções. Independentemente da cultura, valores, costumes, crenças e particularidades da comunidade, a atuação enquanto profissional de saúde foi de imparcialidade, sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. As relações de ajuda estabelecidas com a comunidade foram suportadas pela confiança, respeito e compreensão pela dinâmica, recursos e capacidades da comunidade.

Para implementação do projeto “Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias” (ECRAN) solicitei o parecer à comissão de ética da ULS [REDACTED] e o pedido de autorização na plataforma “Monitorização dos Inquéritos em Meio Escolar”, requerendo assim a análise por parte das entidades competentes para averiguar se todas as etapas definidas estavam em concordância com as normas, leis, e regras de deontologia e de ética vigentes. Relativamente à escala/questionários que pretendi utilizar, também solicitei o pedido de aprovação aos autores, uma vez que é conveniente respeitar os autores das respetivas obras e obter as devidas autorizações.

Garanti ainda a privacidade dos utentes durante os momentos de partilha de informações pessoais, bem como a confidencialidade e a segurança de toda a informação verbal ou escrita adquirida.

3.1.2 Melhoria contínua da qualidade

O EESCSP deve ter uma ação dinamizadora no desenvolvimento de estratégias institucionais na área da governação clínica, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tendo sempre em consideração a garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b, p. 4747).

Durante a prática profissional, é frequente refletir acerca do trabalho que desenvolvo, reconhecendo como desempenho as minhas funções e se de alguma forma há oportunidades de melhoria, no sentido da procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

enfermagem maximizando os recursos que dispomos na comunidade para obter melhores resultados.

Por forma a definir as melhores estratégias de intervenção com vista à melhoria contínua da qualidade, reconheço a importância da investigação científica em busca de resultados de estudos e de evidências científicas que são um contributo para orientar a prática profissional de forma fundamentada e atualizada. Ao longo do estágio senti a necessidade de procurar evidências científicas úteis para a prática, inclusive no âmbito do projeto ECRAN.

O domínio da qualidade, remete-nos para os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que constituem um referencial para a prática especializada incitando a reflexão e a criação de projetos, que resultem na melhoria contínua dos cuidados de saúde (OE, 2015b).

Para garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem é ainda essencial que os recursos humanos se adequem às necessidades da comunidade, não esquecendo os aspetos fundamentais relativos ao nível de qualificação e ao perfil de competências. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, para calcular as dotações seguras, não pode ser tido em atenção apenas o número de utentes por cada enfermeiro, mas também devem ser considerados aspetos como as competências profissionais, a estrutura da instituição, a descentralização de serviços, a formação e a investigação a realizar (OE, 2019a).

Segundo a plataforma do BI-CSP (2025) compete à USP ■ dar resposta a 402.794 utentes inscritos. Recorrendo à calculadora disponibilizada na plataforma *online* da OE, é possível concluir que o rácio de enfermeiros especialistas na USP ■ é insuficiente face ao previsto legalmente no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, em que é expresso que deverá existir 1 enfermeiro especialista por cada 30.000 habitantes. Por forma a garantir dotações seguras, para além dos 10 EESCSP que constituem a equipa multidisciplinar, seriam necessários mais 3 enfermeiros especialistas.

Porém, as dotações de enfermeiros especialistas na USP no Polo de ■ são seguras, uma vez que está alocada 1 enfermeira para dar resposta aos habitantes daquele concelho, constituído por menos de 30.000 habitantes.

Relativamente às UCC, o rácio difere, pelo que se considera a necessidade de, pelo menos, 1 enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente, enfermeiro especialista, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados (OE, 2019a).

Sendo que à data de 7 de março de 2025, se verifica a existência de 23.679 utentes inscritos na UCC [REDACTED], considera-se a necessidade de cerca de 5 enfermeiros, o que corresponde à realidade da UCC. Porém, uma vez que a UCC [REDACTED] dá resposta aos programas de saúde escolar, saúde materna e infantil, reabilitação, saúde mental e colabora com o SNIPI, NACJR e ainda com a CPCJ, a aquisição de mais recursos humanos permitiria aumentar o tempo alocado a cada uma destas áreas de intervenção, contribuindo assim para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do estágio, utilizei diferentes sistemas de informação que apoiam a prática profissional do enfermeiro, nomeadamente o SINAVE, o SiiMA rastreios, o SClínico® – Cuidados de Saúde Primários, o Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e ainda a plataforma BI-CSP. Ambos possibilitam efetuar e consultar registos de enfermagem. A partir dos registos realizados e por meio dos IDG, foi possível acompanhar a monitorização e a avaliação do desempenho da equipa, aspeto crucial para o processo de reflexão acerca dos cuidados prestados e para a definição de estratégias com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Tive ainda a possibilidade de participar nas reuniões agendadas entre os enfermeiros de diferentes concelhos pertencentes à Região de [REDACTED], com o objetivo de discutir a necessidade de normalizar a prática assistencial para obtenção da acreditação.

Perante a necessidade de formalizar os procedimentos de enfermagem, elaborei alguns guias orientadores de boas práticas de acordo com os pareceres, normas e orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e outras entidades de referência. São exemplo disso os procedimentos relativos à atuação do enfermeiro perante uma reação anafilática e perante a exposição acidental a material potencialmente contaminado, e também acerca das orientações quanto à vacinação contra o vírus *Monkeypox*. Neste sentido, cooperei na elaboração dos diferentes procedimentos, contribuindo assim para a diminuição da variabilidade da prática clínica. Nas reuniões que ocorreram posteriormente, foram apresentados os procedimentos com as ações que se pretenderam protocolar e foi discutido em equipa o conteúdo do protocolo apresentado.

3.1.3 Gestão de cuidados

O enfermeiro especialista deve deter competências em gestão de cuidados que permitam:

“realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e adequar os

recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019b, p. 4748).

O EESCSP deve ser capaz de gerir os recursos de que dispõe de formar a suprir as necessidades da comunidade, garantindo a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde.

Face aos recursos limitados de que dispomos na comunidade, a gestão em saúde é uma constante preocupação. Ao longo do estágio, foram vários os momentos em que houve a necessidade de gerir os recursos humanos, materiais e financeiros e de priorizar os cuidados.

No que concerne aos Rastreios de Saúde Visual Infantil, a USP Polo de [REDACTED] apenas dispõe do refratómetro durante algumas semanas, pelo que todo o planeamento e agendamento com os responsáveis por cada criança implicou uma gestão multidimensional, individualizada e eficaz para garantir que as crianças elegíveis para o rastreio pudessem realizá-lo.

Neste sentido, a gestão envolveu desde a articulação com os colegas da equipa de saúde pública para definir o período em que iríamos ter o refratómetro, o computador e os demais materiais essenciais, uma vez que estes são partilhados, à aquisição de um gabinete com as condições adequadas para realizar os rastreios e à emissão dos avisos prévios às famílias com as datas definidas para os rastreios. Uma das estratégias de gestão adotadas que considerei essencial foi distribuir as marcações pelas primeiras semanas que tínhamos disponíveis, por forma a que a última semana ficasse livre para pudermos oferecer uma segunda oportunidade às crianças que não compareceram na primeira marcação. Desta forma, conseguimos aumentar o número de crianças que aderiram ao rastreio, uma vez que algumas delas por motivos vários não puderam comparecer na data inicialmente estipulada, mas que após o nosso contacto telefónico e redefinição de uma nova data e horário já conseguiram estar presentes num segundo momento para realizar o rastreio.

Também a utilização de alguns dos sistemas de informação mencionados no domínio anterior, representam ferramentas fundamentais para a gestão dos cuidados de enfermagem ao permitir o agendamento dos atos e consultas de enfermagem, o que se traduz numa gestão mais eficiente dos serviços de saúde.

A UCC [REDACTED] dinamiza vários projetos de saúde em contexto escolar, no qual participam os enfermeiros de diferentes especialidades que constituem a equipa. Para a implementação dos projetos houve uma necessidade prévia de reunir com as escolas e de procurar articular com estas as datas e horários disponíveis para realizar as sessões de educação para a saúde, bem como articular com os diferentes elementos da equipa garantindo o agendamento e a realização das sessões de acordo com a disponibilidade de ambas as partes.

Recordo-me também que durante o projeto de escovagem dentária nas escolas realizámos a entrega dos *kits* de escovagem (compostos por escova de dentes, pasta dentífrica e copo) às crianças, porém os kits que tínhamos disponíveis eram limitados, pelo que aquando da distribuição foi dado o alerta para que no final do ano letivo estes devessem permanecer na escola para as crianças utilizarem no ano seguinte. Desta forma, garantimos que o acesso das crianças aos *kits* nos anos seguintes se mantivesse, caso contrário provavelmente não teríamos kits suficientes para o ano seguinte entregar às crianças que ingressam pela primeira vez na escola e aos restantes que já lhes tinham sido entregues um primeiro kit.

Também no âmbito do mesmo projeto, foi adotada a estratégia de abertura de apenas uma pasta dentífrica de cada vez por cada turma, a qual teria que ser distribuída pelo(a) professor(a) através de um prato que continha pequenas porções de pasta em número igual ao número de crianças presentes. Esta estratégia tem como intuito a existência de apenas uma pasta dentífrica a uso de cada vez, evitando que houvessem várias pastas abertas e que a quantidade de pasta excedesse o recomendado, o que seria desnecessário e um desperdício de recursos que são limitados.

Durante o estágio, houve ainda situações de utentes que chegaram até nós com questões sociais e de saúde de outras áreas que não a de saúde comunitária ou pública, pelo que procurámos respostas mais ajustadas à situação em questão, através da referenciação para os profissionais com formação adequada para dar resposta.

Reconheço ainda que sempre que ajustado procurei dar as minhas sugestões e participar nas decisões de saúde com os restantes elementos da equipa.

3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EESCSP deve possuir competências de desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e basear a sua praxis clínica em evidência científica (OE, 2019b, p. 4749).

Os conteúdos programáticos lecionados durante as aulas na ESSLei permitiram-me adquirir novos conhecimentos em enfermagem na área de saúde comunitária e saúde pública imprescindíveis à prática clínica que decorreu durante a fase de estágio.

Ainda assim, houve momentos em que senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, pelo que recorri aos documentos orientadores da DGS, OMS e de outras entidades credíveis e de referência para os profissionais de saúde, bem como consultei estudos de investigação para orientar a minha prática.

Participei em reuniões em que foi abordada a Campanha de Vacinação Sazonal Outono-Inverno 2024-2025 (gripe e covid-19), bem como consultei as normas atualmente em vigor essenciais para prática profissional.

A par do descrito anteriormente, frequentei também algumas formações com temáticas relevantes para a atividade do EESCSP, nomeadamente:

- ❖ Sessão informativa realizada por uma Médica de Saúde Pública que abordou os cuidados a ter em consideração durante períodos de viagem, em função do destino, da viagem e de quem viaja, no dia 8 de julho de 2024;
- ❖ "Proteção da Saúde - Temperaturas Extremas/Prevenção dos Efeitos do Calor na Saúde da População", e-Conferência organizada pela Equipa de Prevenção de Acidentes, em articulação com a Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde, que teve lugar no dia 12 de julho de 2024 (Anexo III);
- ❖ I Encontro Enfermagem da Unidade Local de Saúde da Região de ██████ subordinado ao tema "Refletir o passado, integrar o futuro", promovido pela ULS ██████ nos dias 17 e 18 de outubro de 2024 (Anexo IV);
- ❖ Aula Aberta "Cuidados Paliativos: Da diversidade de necessidades à articulação de recursos", promovida pela Escola Superior de Saúde de Lisboa, que decorreu *online* no dia 24 de janeiro de 2025 (Anexo V);
- ❖ II Encontro Científico do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (2023-2025) com o título "Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: Abordagens para a Saúde Escolar e o Apoio aos Cuidadores Formais", promovido pela Escola Superior de Saúde de Lisboa, que decorreu *online* no dia 19 de fevereiro de 2025 (Anexo VI).

No âmbito do projeto ECRAN, desenvolvi um estudo de investigação em contexto escolar que envolveu as escolas do Agrupamento de Escolas de ██████ (AE ██████), sendo que divulguei com os restantes elementos da equipa os resultados obtidos. Realizei também uma Revisão Integrativa da Literatura e a pesquisa de literatura cinzenta que me permitiram identificar as melhores estratégias de intervenção, evidenciadas em estudos realizados e devidamente documentados.

Para além dos conhecimentos teórico-práticos nesta área de especialidade, julgo ser fundamental o autoconhecimento, ou seja, a capacidade de reconhecer e de gerir as nossas emoções e sentimentos, dado que têm influência na relação que estabelecemos com os outros e com os cuidados que prestamos.

Ao longo do percurso académico deparei-me com algumas dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem numa área em que ainda estava a desenvolver competências e também ao nível da gestão do tempo por forma a conciliar a vida profissional, académica, pessoal e familiar. Inevitavelmente, estas situações são geradoras de maior *stress*, porém julgo ter adotado uma postura adequada ao exercício das minhas funções enquanto enfermeira e mestranda.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

3.2.1 Estabelece, com base na metodologia em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária redigiu os “Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária” (2015), e acrescentou aos 6 enunciados descritivos, um outro particular designado “planeamento em saúde e vigilância epidemiológica”. Reconhece-se o papel fulcral do EESCSP para atingir a “máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem da sua área de intervenção na promoção da saúde dos grupos e comunidades num âmbito geodemográfico” (OE, 2015b, p. 16485).

É competência do EESCSP considerar a complexidade dos problemas de saúde da comunidade e em função disso realizar o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.

Inicialmente, o estágio iniciou-se em contexto de USP, pelo que nesse período defini o perfil de saúde da comunidade de [REDACTED], tendo por base a recolha e análise dos indicadores epidemiológicos através dos relatórios nacionais do estado de saúde da população e das plataformas do Instituto Nacional de Estatística (INE) e Pordata.

A existência do Perfil de Saúde da Região de [REDACTED] 2023 permitiu-me comparar os dados estatísticos que nele constavam com os dados mais recentes que recolhi, o que possibilitou compreender não só a realidade atual da comunidade de [REDACTED], mas também a sua evolução nos vários parâmetros analisados.

Esta a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde é de grande relevância, uma vez que, é imprescindível o conhecimento do estado de saúde da comunidade para o processo de tomada de decisão nas etapas seguintes.

No âmbito do projeto ECRAN, a aplicação de questionários aos encarregados de educação das crianças de 1º e 2º ano das escolas do AE [REDACTED], permitiu identificar o diagnóstico do processo comunitário e conhecer a situação sociodemográfica, os parâmetros antropométricos e os hábitos das crianças. Desta forma, foi possível reconhecer os determinantes de saúde e as necessidades desta comunidade para que a atuação seja dirigida em função da realidade vivenciada pela comunidade.

Perante a escassez de recursos profissionais, materiais e o fator tempo, e considerando os diferentes diagnósticos de saúde da comunidade de [REDACTED] identificados, foi utilizado o Método de *Hanlon* para definir as áreas prioritárias em saúde que a equipa de enfermagem deveria considerar para a prática. As respostas desenvolvidas decorreram dos projetos que compõem a Carteira de Serviços da UCC [REDACTED], os quais se relacionam com os programas de saúde prioritários descritos no Despacho n.º 1225/2018, no âmbito do Plano Nacional de Saúde.

Tendo em conta um dos problemas de saúde prioritários, foi desenvolvido o projeto ECRAN, tendo uma das etapas sido a definição dos objetivos gerais e específicos que se pretenderam alcançar por meio da implementação do projeto. A Definição de objetivos considerou o método “*Specific, Measurable, Attainable, Realistic e Time-bound*” (SMART), ou seja, objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e oportunos (Doran, 1981).

Dos objetivos delineados emergem as estratégias de intervenção que visam a obtenção de ganhos em saúde. A pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados científicas foi uma prática essencial, por forma a adquirir evidências científicas que mencionassem as estratégias de intervenção úteis para o projeto ECRAN. Também noutras circunstâncias foi útil a consulta dos documentos orientadores da DGS, OMS e de outras entidades credíveis e de referência na área da saúde para orientar a prática profissional.

Tive a possibilidade de cooperar na construção da carteira de serviços da USP, através da análise de todos os programas/projetos e na priorização dos que eram essenciais para a constituição da mesma.

A nível operacional, integrei os diferentes programas e projetos existentes ou em processo de planeamento que compõem a Carteira de Serviços da UCC [REDACTED]. Uma vez que a Enfermeira Orientadora fazia parte da equipa de saúde escolar, tive oportunidade de participar nos projetos em contexto escolar (ex: Projeto + Contigo, Projeto de Saúde Oral), os quais constituem o programa de saúde escolar.

Articulei com as diferentes escolas do AE [REDACTED], por forma a fazer chegar todos os cheques-dentista junto das respetivas crianças/encarregados de educação promovendo assim a acessibilidade e utilização destes pelas crianças elegíveis.

Nas diferentes sessões de educação para a saúde em contexto escolar e também nas visitas domiciliárias foram transmitidos vários conhecimentos sobre saúde, contribuindo assim para o aumento da literacia em saúde da comunidade de [REDACTED] e, conseqüentemente, a capacitação para que se tornem autónomos nas decisões e ações acerca da própria saúde.

A vigilância do valor de IDG da equipa multidisciplinar e compreensão do que representa o valor obtido em cada indicador, permitiu compreender em que aspetos é que a equipa poderia melhorar a sua intervenção para atingir melhores resultados em termos de desempenho e, conseqüentemente, maiores ganhos em saúde para a comunidade de [REDACTED].

Durantes as reuniões que ocorreram entre profissionais, houve lugar para a partilha de experiências e de conhecimentos, o que foi enriquecedor e contribuiu para que as respostas fornecidas à comunidade de [REDACTED] fossem decididas em equipa, de forma ponderada, tornando-se assim mais adequadas e capazes de resultar em melhores níveis de saúde.

No que concerne ao Projeto ECRAN, relacionado com a problemática identificada (aumento do número de casos de excesso de peso/obesidade infantil associado ao aumento do tempo de exposição das crianças aos ecrãs), o planeamento e a elaboração foi desenvolvida de acordo com as diferentes fases da metodologia do planeamento em saúde, conforme é perceptível no próximo capítulo.

Durante todo o processo do Projeto ECRAN, houve um acompanhamento pelos Professores Orientadores da ESSLei, o que possibilitou a discussão de ideias e a partilha de sugestões de melhoria. Também as Enfermeiras Orientadoras mostraram todo o apoio e colaboração para que fosse possível levar avante o projeto.

Para além disso, estabeleci o contacto com os diferentes profissionais e entidades responsáveis pela aprovação do projeto ECRAN (ex: Vice Presidente e Professor Responsável pela Equipa do Projeto de Educação para a Saúde do AE [REDACTED], Comissão de Ética da ULS [REDACTED], Plataforma de Monitorização dos Inquéritos em Meio Escolar), com o propósito de elucidar acerca do projeto e solicitar a aprovação para o implementar. A articulação com os diferentes parceiros comunitários foi uma prática essencial para a concretização e sucesso da implementação do projeto.

O desenvolvimento do estudo de investigação no âmbito do projeto, implicou em primeira circunstância, a aquisição e a gestão dos recursos necessários, bem como a definição de estratégias para levar a cabo a investigação. Após a obtenção dos resultados do estudo de

investigação, estes foram divulgados à equipa da UCC [REDACTED] e está a ser ponderada a possibilidade de divulgar também à comunidade escolar numa fase posterior.

A etapa que se seguiu foi a realização da revisão integrativa da literatura e a pesquisa de literatura cinzenta (subcapítulo 4.7), que possibilitaram a identificação de evidências científicas que mencionam estratégias de intervenção que conduzem a respostas em saúde mais adequadas face à problemática identificada.

Relativamente à avaliação dos programas e projetos, umas das estratégias utilizadas no caso dos cuidadores informais, foi a aplicação da Escala de Zarit antes e ao longo do acompanhamento pela equipa de saúde e social, o que permitiu avaliar em vários momentos os resultados das intervenções através da comparação dos diferentes scores obtidos. Desta forma, foi possível monitorizar a sobrecarga de cada cuidador informal e de acordo com a tendência verificada, redefinir novos objetivos e estratégias sempre que se justificou.

A realização das atividades referidas anteriormente, permitiram-me participar ativamente no processo de Planeamento em Saúde, durante o qual considerei os indicadores epidemiológicos, os determinantes de saúde, as variáveis socioeconómicas e ambientais, os problemas de saúde e as necessidades em saúde da comunidade de [REDACTED].

3.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A articulação e cooperação com as diferentes UF, parceiros comunitários, estabelecimentos de ensino e outras instituições de prestação de cuidados de saúde foi uma prática recorrente, uma vez que era crucial mobilizar diferentes parceiros para identificar e resolver os problemas de saúde da comunidade. Recordo-me por exemplo das situações de crianças com necessidades especiais em que tivemos que articular com as escolas, com a psicóloga e com as unidades hospitalares onde decorrem habitualmente as consultas. Ao nível do projeto ECRAN, também houve a necessidade de estabelecer parcerias com as escolas, dirigindo a atuação ao grupo vulnerável das crianças.

Em parceria com o município de [REDACTED], e juntamente com a equipa multidisciplinar da USP [REDACTED], polo de [REDACTED], participei nas vistorias diárias, que se realizaram durante um evento dinamizado pelo município, em que haviam espaços de restauração e bebidas e se contou com a presença de inúmeras pessoas. Na fase de planeamento das vistorias, colaborei na criação de um documento orientador com os pontos essenciais de higiene e segurança alimentar que deveriam ser avaliados durante as vistorias. Durante esta atividade, foi possível

reconhecer comportamentos de riscos e aconselhar as equipas de restauração e bebidas a adotar as boas práticas, evitando assim riscos para a saúde da comunidade.

No âmbito do Plano Nacional de Combate à Tuberculose, tive oportunidade de conhecer o Centro de Diagnóstico Pneumológico de ██████, recentemente intitulado de Consultas Respiratórias na Comunidade. Este serviço de saúde permite gerir o diagnóstico e tratamento da Tuberculose de forma integrada na comunidade, numa fase em que já não se corre o risco de o utente transmitir a doença a terceiros, mas que mantém necessidades de tratamento e acompanhamento. Neste contexto, articulei com a instituição hospitalar ao recolher informações de utentes que estiveram previamente hospitalizados e que foram referenciados para este serviço. Compreendi que havendo um pedido de referência, são agendadas consultas com os utentes. Após a consulta médica de cada utente, forneci a medicação necessária de acordo com as indicações médicas e realizei os respetivos ensinamentos ao utente.

Por outro lado, a integração na ECCI, permitiu-me acompanhar as visitas domiciliárias, durante as quais foi possível reconhecer as dinâmicas familiares, nomeadamente a dinâmica entre pessoa cuidada e o cuidador informal. Considero que estas visitas são bastante vantajosas, pois permitem conhecer o contexto em que o utente habita e assim intervir e realizar ensinamentos em função da realidade em que este vive. Desta forma, foi possível realizar os ensinamentos e capacitar os utentes e cuidadores de forma ajustada à realidade em que se encontravam. Nalgumas situações articulámos também com as estruturas sociais, pelo que ocorreram visitas domiciliárias em que contámos com a presença da Assistente Social da Segurança Social de ██████.

Relativamente ao contexto escolar, as sessões de educação para a saúde realizadas nas escolas integraram estratégias de intervenção com abordagens ativas e adaptadas ao contexto. Por exemplo foram realizados alguns jogos didáticos, exemplificações práticas, *brainstorming*, para promover e educar para a saúde, bem como para suscitar o interesse da comunidade escolar em procurar mais informações úteis para a sua saúde.

No âmbito do projeto de saúde oral, para além de documentar a prática de enfermagem através da realização dos registos informáticos no SClinico®, documentei o mesmo criando um trabalho escrito em que através da leitura é perceptível entender o trabalho desenvolvido pela equipa.

Após o término do ano letivo escolar 2023-2024, e em concordância com o previsto no Plano Nacional de Saúde Escolar da DGS e com o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde da Direção-Geral da Educação, estive presente numa reunião de final de ano. Nesta reunião de articulação entre EESCSP, o docente responsável pelo Programa de Apoio

à Promoção e Educação para a Saúde do AE [REDACTED] e Professores das escolas, foi discutida a eficácia dos diversos projetos implementados, que tinham como objetivo promover e proteger a saúde, bem como prevenir doenças na comunidade educativa. Para além disso, foram identificadas as necessidades formativas desta comunidade que seriam importantes serem alvo de intervenção no ano letivo seguinte. A partir daqui, foi elaborado um plano de ação correspondente a cada área de intervenção, com as atividades a realizar.

Durante a participação ativa nos diferentes projetos de prevenção, proteção e promoção da saúde, implementados em diversos contextos comunitários, procurei dar resposta às necessidades da comunidade e, simultaneamente, capacitar a comunidade de [REDACTED] para que esta pudesse tornar-se mais autónoma nas escolhas e atitudes que se relacionam com a saúde.

Para além da capacitação da comunidade, importa também capacitar os profissionais que exercem funções nas instituições de saúde. No âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos foi identificada a necessidade de informar as auxiliares de limpeza acerca dos cuidados que deveriam ter em consideração durante as limpezas das instalações dos serviços de saúde, por forma a prevenir e garantir o controlo de infeções.

Percebeu-se que havia divergência entre aquilo que deveria estar a ser cumprido e o que efetivamente estava a ser realizado, bem como alguma renitência à mudança de comportamento, o que representava um risco para a saúde pública. Neste sentido, colaborei na criação do conteúdo informativo que foi útil para a realização da formação. Pretendeu-se, portanto, capacitar os profissionais com o intuito de passarem a ser adotadas boas práticas que garantissem a segurança em saúde, quer para os profissionais quer para os utentes, e consequentemente a obtenção da melhoria contínua da qualidade das unidades funcionais.

Para tal, contámos com a parceria de outras classes profissionais, tais como a Técnica de Saúde Ambiental e o Delegado de Saúde. Durante a formação foram reforçados os ensinamentos acerca dos cuidados que deveriam ser tidos em consideração e realizou-se a sensibilização para a temática.

Na descrição da competência “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” referi algumas formações que tive oportunidade de assistir. Considero que as formações realizadas ao enriquecerem o meu conhecimento enquanto enfermeira e mestranda também me capacitaram, no sentido de que ao saber mais sobre determinada matéria estarei mais apta a desenvolver o meu exercício profissional e a capacitar também outras pessoas, grupos, comunidades e populações. De um modo geral, é também esse o propósito de estar a

frequentar o mestrado nesta área de especialidade, pretendo adquirir novos conhecimentos e competências que, por sua vez, poderão ser utilizadas e colocadas em prática com repercussões positivas para as comunidades.

Ao longo da prática clínica, as atividades de capacitação/empoderamento comunitário respeitaram as capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e comunidades, o que a meu ver foi essencial do ponto de vista do saber estar e saber ser enquanto profissional e porque acredito que só assim conseguimos captar o interesse da comunidade e mantê-la motivada para se tornar mais empoderada.

3.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

No que diz respeito a esta competência, foi-me possível participar nalguns programas/projetos que constituem as Carteiras de Serviços das UF e que integram e são conducentes dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. São exemplos o Programa Nacional para a Tuberculose, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Rastreio de Saúde Visual Infantil e Vacinação Internacional. Desta forma, cooperei no planeamento e na dinamização dos programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde.

Realizei as tomadas de decisões ao nível da conceção e implementação do projeto ECRAN, de acordo com a descrição realizada no próximo capítulo.

Durante as reuniões agendadas entre os elementos do grupo gestor da USP, do qual faz parte a Enfermeira Orientadora, participei na fundamentação dos programas/projetos atribuídos, nomeadamente: “Observatório Local de Saúde/Estratificação do Risco”, “Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos”, “Qualidade e Auditoria” e “Investigação”.

Para além da fundamentação, urge a necessidade de elaboração do Plano de Implementação pelos grupos gestores. Neste âmbito, tive oportunidade de colaborar no que se relaciona com o projeto “Qualidade e Auditoria”. Para tal, foram úteis os dados do perfil de saúde para definir os objetivos mensuráveis e estratégias de intervenção atendendo aos recursos disponíveis, às orientações estratégicas das políticas de saúde e à melhor evidência científica, na procura da melhoria do estado de saúde da comunidade. Neste projeto assumiu-se ainda a criação de estratégias de avaliação e de monitorização dos programas e projetos com vista à resolução dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Compreendi que apesar de haver um grupo gestor para cada programa/projeto, e portanto ser incumbida a tarefa de fundamentar e criar um Plano de Implementação, a implementação do plano delineado é da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar do DSP.

Considerando a importância de otimizar e maximizar os recursos existentes, cooperei na gestão dos recursos. Um dos exemplos dessa gestão de recursos realizou-se no âmbito do Programa Nacional de Vacinação, em que gerimos as vacinas para que fosse possível vacinar os utentes elegíveis minimizando os desperdícios desses mesmos recursos (ex: vacinas que contêm várias doses).

No âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, consultei as normas e pareceres em vigor, para deter maior conhecimento dos critérios existentes que tornam elegíveis as crianças para a vacinação *Bacillus Calmette–Guérin* (BCG), e as orientações acerca da administração da vacina. Mediante os pedidos que nos foram solicitados para a vacinação de algumas crianças, averigui caso a caso se estas reuniam as condições de elegibilidade e colaborei no preenchimento da listagem de crianças elegíveis para a vacina da BCG.

Após as consultas de medicina do viajante, participei na vacinação internacional, contribuindo assim para a prevenção das doenças transmissíveis na população viajante.

Em contexto de centro de vacinação internacional participei na validação das prescrições, que foram realizadas durante a consulta do viajante ou prescritas por instituições externas. Realizei a vacinação dos utentes, os respetivos registos informáticos no SClínico® e no Boletim de Vacinas Eletrónico e a gestão de stock de vacinas, colocando em prática o preconizado no Programa Nacional de Vacinação para o viajante.

Realizei ainda a transcrição da informação do boletim de vacinas de cidadãos provenientes de outros países para a plataforma VACINAS. Após a transcrição, e uma vez que os utentes em causa tinham cumprido um esquema vacinal distinto do implementado no nosso país, analisei cada um dos casos, para compreender quais as vacinas que estavam em falta, com base no Plano Nacional de Vacinação em vigor, e foi transmitida a informação à colega que estava responsável pelo processo de cada utente, para a alertar das vacinas em falta. Considero ter contribuído para a promoção da saúde e prevenção da doença, seguindo as orientações do Programa Nacional de Vacinação 2020.

Para a consecução dos objetivos relacionados com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, cooperei na realização dos rastreios/triagem pelo Higienista Oral e na entrega dos cheques-dentista emitidos para as crianças e jovens elegíveis, que corresponderam aos nascidos em 2010, 2013, 2016 e 2020.

Também foi distribuído o flúor pelas crianças das escolas do 1º ciclo do AE [REDACTED], e com base nos gastos realizados neste ano letivo, foi feita uma estimativa das necessidades para o próximo ano letivo. Em parceria com o Higienista Oral, decorreram ainda sessões de educação para a saúde oral.

No âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, colaborei no levantamento das necessidades de esterilização de material. Foi solicitado ao elo de cada uma das UF da ULS [REDACTED], que preenchessem a tabela com as necessidades de esterilização de material do serviço e que nos fizessem chegar essa mesma informação. Posteriormente, participei na compilação dos dados que chegaram até nós por forma a conhecermos as necessidades habituais dos serviços e a divulgarmos essa informação com o serviço de esterilização da ULS [REDACTED].

3.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária ao redigir os “Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária” (2015) integrou o “planeamento em saúde e vigilância epidemiológica”. Reconhece-se assim o papel determinante do EESCSP na realização e cooperação da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico para atingir a qualidade dos cuidados à comunidade.

No que se refere à criação de instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica, menciono a criação do questionário P-ECRAN (Apêndice III), bem como a adaptação do questionário do diagnóstico do processo comunitário (Apêndice II) e a adaptação da escala de avaliação do empoderamento comunitário (Apêndice IV) de Pedro Melo (2020), instrumentos estes que foram úteis no projeto ECRAN.

Quanto à implementação dos instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica, tive possibilidade de utilizar os instrumentos referidos anteriormente para desenvolver um estudo de investigação em contexto escolar.

Posteriormente, recolhi, tratei e analisei os dados (subcapítulo 4.3.3 e Apêndices X e XI), o que foi útil para a monitorização dos fenómenos de saúde relacionados com o excesso de peso/obesidade infantil em associação com os comportamentos sedentários (ex: exposição aos ecrãs).

O tratamento dos dados recolhidos por meio do estudo de investigação foi efetuado através da utilização de técnicas estatísticas específicas de cálculo, nomeadamente através da utilização do Microsoft forms e do *software* estatístico IBM SPSS *Statistics*.

Após a análise dos dados, realizei uma pesquisa de evidências científicas nas diferentes bases de dados científicas, as quais permitiram identificar soluções inovadoras (subcapítulo 4.7) para o problema de saúde pública abordado no projeto ECRAN.

No decurso do projeto ECRAN considerei os modelos conceptuais de enfermagem para orientar a prática clínica e cooperar eficazmente na vigilância epidemiológica da comunidade de [REDACTED].

Considero que a atividade de pesquisa dos dados estatísticos, que possibilitaram a definição do perfil de saúde e a comparação com os dados mencionados no Perfil Local de Saúde de 2023, se traduz numa atividade que se relaciona com a monitorização dos fenómenos de saúde-doença da população de [REDACTED]. Este processo incluiu a interpretação dos dados e a perceção evolutiva a nível temporal, consoante os determinantes de saúde.

Ainda no âmbito da vigilância epidemiológica, durante a realização dos rastreios de saúde visual infantil, participei na deteção precoce de problemas de saúde relacionados com a visão potencialmente evitáveis, ao despistar ambliopia em crianças que completam os 2 e 4 anos de idade, bem como realizei os registos nas plataformas *SClínico*® e SiiMA Rastreios. Estabeleci também o contacto com os responsáveis pelas crianças e participei na gestão das marcações, reagendamentos e exclusões do rastreio. Após a realização dos rastreios, tive a possibilidade de ir consultando a plataforma SiiMA Rastreios para verificação da disponibilidade dos resultados dos rastreios e respetiva transmissão de informação aos responsáveis pelas crianças. Desta forma, desenvolvi a competência “realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” e atuei ao nível da prevenção e proteção da saúde visual das crianças.

Por outro lado, compreendi de que forma são geridos os *stock's* e realizados os registos no programa *SClínico*®, no Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB) e ainda no *dashboard*, que foi concebido para colher dados, sistematizar os indicadores, monitorizar e analisar os fenómenos da doença Tuberculose. Neste sentido, considero ter participado na gestão dos sistemas de vigilância epidemiológica.

4. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A OE (2018) cita que o EESCSP, com base na metodologia do planeamento em saúde, procede à avaliação de todo o estado de saúde de uma determinada comunidade.

O planeamento em saúde pode ser definido “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23). É considerado como um processo contínuo e dinâmico e, como tal, pressupõe uma série de etapas, sendo as principais: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 29).

Figura 2- Principais etapas do processo de planeamento em saúde

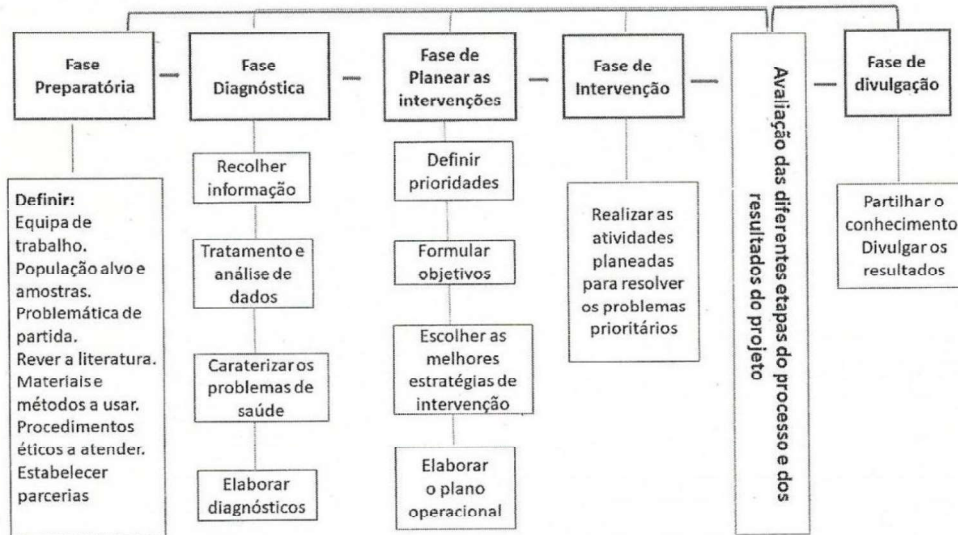


Fonte: *Metodologia do Planeamento da Saúde* (p.29), de Imperatori & Giraldes, 1993, Escola Nacional de Saúde Pública

São vários os autores que expõem os processos metodológicos, complementando as principais fases com sub etapas que poderão ser organizadoras do processo de planear em diferentes contextos e níveis de análise (Rodrigues, 2021, p. 62).

Um dos autores é Fátima Rodrigues que apresentou uma abordagem onde inclui as várias fases da metodologia do planeamento em saúde e sintetiza os procedimentos concomitantes ou sequenciais de cada fase (Rodrigues, 2021, p. 68).

Figura 3 - Fases do processo com base na metodologia do planeamento em saúde



Fonte: *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade* (p.68), de Rodrigues, 2021, Lisbon International Press

As várias etapas do planeamento em saúde têm como principal objetivo a melhoria da qualidade da saúde da população, considerando os conhecimentos atuais e os recursos disponíveis, sendo desenvolvido em várias etapas coerentes entre si e exequíveis, que permitem antecipar acontecimentos futuros (Rodrigues, 2021).

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DE [REDACTED]

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, compete ao EESCSP “estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”. Para tal, “utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde”, “identifica os determinantes dos problemas de saúde, integrando as variáveis socioeconómicas e ambientais”, “integra os conhecimentos dos determinantes de saúde na conceção do diagnóstico de saúde”, “identifica as necessidades” e “define o perfil de saúde da comunidade” (OE, 2018, p. 19355).

4.1.1 Caracterização geral

O concelho de [REDACTED] tem uma área territorial de aproximadamente 261,83 km², um perímetro territorial de 97km e um comprimento máximo de 21km, quer seja no sentido Norte-Sul, quer no sentido Este-Oeste. Também é em [REDACTED] que se localiza o ponto mais alto da ULS [REDACTED], atingindo 615m. A altitude mínima é de 50m (Neves, et al., 2023).

Relativamente às condições climáticas, [REDACTED] encontra-se na denominada província climática “Atlântica Média”, sendo que o clima é temperado e a temperatura média do ar é muito semelhante ao longo das diferentes estações meteorológicas. Quanto à precipitação é considerada uma região moderadamente chuvosa.

O concelho de [REDACTED] é constituído por 10 freguesias e integra parte do Parque Natural da [REDACTED], o qual faz parte da Rede Natura 2000 devido ao elevado valor ecológico e à importância que tem no equilíbrio e preservação ambiental (Neves, et al., 2023).

As freguesias são: [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED] e [REDACTED] e [REDACTED].

[REDACTED] tem cerca de 23.832 habitantes residentes, e é dos concelhos da região de [REDACTED] com menor densidade populacional, apresentando um valor de 91.7 habitantes por km² (INE, 2024).

4.1.2 Situação demográfica

Para caracterizar a comunidade de [REDACTED] quanto à situação demográfica, apresento de seguida os dados que possibilitam a comparação entre os diferentes anos. É útil esta analogia, por forma a compreender qual a evolução relativamente ao crescimento, envelhecimento e mobilidade desta comunidade.

Tabela 1 - Situação Demográfica

Evolução da população residente	A população residente no ano de 2011 correspondia a 24360 residentes, sendo que verificou-se uma variação percentual negativa de cerca de 2,2% no ano de 2023, contabilizando-se um total de 23832 residentes. É possível constatar-se que o decréscimo de população ocorreu nas idades entre os 0 e os 64 anos e que, por outro lado, houve um acréscimo de população residente com idades iguais ou superiores a 65 anos. Relativamente ao sexo da população residente, mantém-se a tendência da existência de residentes maioritariamente do sexo feminino (Anexo VII) (INE, 2024).
Pirâmide etária	De acordo com os indicadores referentes à população residente e às faixas etárias, conclui-se que à semelhança do que se verifica a nível nacional, entende-se que a pirâmide etária de [REDACTED],

	demonstra uma base estreita e um centro e topo alargado, o que reflete a problemática do envelhecimento populacional, marcado pelo aumento do n.º de emigrantes e a reduzida renovação de gerações (Anexo VIII) (INE, 2024).
Índice de envelhecimento	Verifica-se um aumento do índice de envelhecimento durante o período 2011-2023, sendo que no ano de 2011 existiam 136,3 idosos por cada 100 jovens e no ano de 2023 este valor aumentou para 204,3 idosos. É espectável que esta tendência se venha a intensificar nos próximos anos, o que representa enormes desafios em saúde, tendo em conta que associado a idades mais envelhecidas está o maior número de comorbilidades e consequentemente maiores gastos em saúde. Em contrapartida, a existência de população em idade ativa mantendo a tendência decrescente, tem como repercussões um desequilíbrio a nível socioeconómico do país (Anexo IX) (INE, 2024).
Índice de dependência de jovens	No ano de 2011 o índice de dependência dos jovens era de 23,2. Dados de 2023, refletem uma tendência decrescente, tendo-se obtido valores de 19,9. Tal informação permite concluir que há menos jovens do que pessoas em idade ativa (Anexo X) (INE, 2024).
Índice de dependência de idosos	Os valores do índice de dependência de idosos entre 2011 e 2023 sofreram um aumento, tendo transitado de 31,6 para 40,6. Entende-se portanto que aumentou o n.º de idosos face ao n.º de pessoas em idade ativa (Anexo XI) (INE, 2024).
N.º de nados vivos	A evolução do número total de nados vivos em [REDACTED] entre 2011 e 2023 demonstra que houve uma redução de 210 para 172 nados vivos (Anexo XII) (INE, 2024).
Taxa bruta de natalidade	Dos concelhos que integram a ULS [REDACTED], [REDACTED] foi o que sofreu uma variação maior na taxa bruta de natalidade, sendo que no ano de 2011 apresentava uma taxa de 8,6% e em 2023 a taxa bruta de natalidade foi de 7,2%. Estes dados revelam ser um motivo de preocupação, uma vez que, tal facto não contribui para a renovação das gerações (Anexo XIII) (INE, 2024).
Índice sintético de fecundidade	A evolução do índice sintético de fecundidade entre 2018 e 2022 revela alguma oscilação anual, contudo, permanece consistentemente abaixo do limiar da substituição de gerações (Anexo XIV) (Neves, et al., 2023).
Esperança de vida à nascença	A esperança de vida à nascença em Portugal, no triénio 2020-2022, foi estimada em 80,96 anos. No mesmo período, embora não se conheçam dados concretos do concelho de [REDACTED], sabe-se que na Região de [REDACTED] a esperança de vida à nascença no triénio 2020-2022 foi de 81,66, sendo este valor um dos mais elevados comparativamente com as restantes regiões do País (Anexo XV) (INE, 2023).

4.1.3 Situação socioeconómica

Tabela 2 - Situação socioeconómica

Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)	Através da interpretação dos dados acerca do n.º de desempregados inscritos no IEFP por 1000 habitantes, é perceptível a existência de uma tendência decrescente, pois em 2011 houve uma média de 902 pessoas e em 2023 462 pessoas (Anexo XVI) (INE, 2024).
Percentagem da população empregada por	De acordo com os dados mais recentes, verifica-se que à semelhança do que se constatou nos anos anteriores, também em 2023 a maior proporção da população empregada do concelho de [REDACTED]

setor de atividade económica	<p>■ encontra-se ao nível do setor terciário. Comparando os dados entre 2011 e 2023, foi em ■ que o setor teve um maior aumento de população empregada (Anexo XVII) (INE, 2024).</p>
Beneficiários do rendimento social de inserção da Segurança Social	<p>Em ■, no ano de 2023, comparativamente com o ano de 2011, houve uma diminuição do n.º de beneficiários do rendimento social de inserção da Segurança Social, contabilizando-se 308 beneficiários. Verifica-se ainda que o n.º de beneficiários do sexo masculino (145 beneficiários) é muito idêntico ao n.º de beneficiárias do sexo feminino (163 beneficiárias) (Anexo XVIII) (INE, 2024).</p>
Pensionistas da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações	<p>O n.º de pensionista da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações no concelho de ■, no ano de 2011 e 2022 mantém-se muito semelhante, sendo que em 2022 foram contabilizados 8394 pensionistas (Anexo XIX) (INE, 2024).</p>
Valor médio das pensões da Segurança Social	<p>O valor médio anual das pensões da Segurança Social ao longo dos anos, tem vindo a sofrer um aumento constante, atingindo em 2022 um valor médio de 5350 €/N.º (Anexo XX) (INE, 2024).</p>
Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social	<p>O concelho de ■, comparativamente com os restantes concelhos da ULS ■, foi o que demonstrou uma taxa de variação do n.º de beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social mais evidente. De 2011 para 2023, a taxa de variação foi de -60,2%. No ano de 2011 existiam 597 beneficiários e em 2023 foram contabilizados 308 beneficiários. Identifica-se uma tendência decrescente, à exceção do ano de 2020 em que houve um pico, provavelmente associado ao efeito da Pandemia COVID-19. Ainda assim, no ano de 2023 o n.º de beneficiários é superior ao calculado no ano de 2022 e 2021, embora não seja muito acentuada essa diferença. Importa acompanhar a evolução deste indicador, uma vez que o mesmo está, normalmente, associado a uma quebra de rendimentos, com possíveis efeitos sobre a saúde da comunidade de ■ (Anexo XXI) (INE, 2024).</p>
Taxa de criminalidade	<p>A taxa de criminalidade em ■ no ano de 2022 foi de 26%, valor este que é o maior obtido desde 2019. Os crimes que assumem maior peso são os crimes contra o património e contra a integridade física. Porém, a taxa obtida em 2022 é inferior se comparada com os 33,1% obtidos no ano de 2011 (Anexo XXII) (INE, 2023).</p> <p>Durante o período 2019-2022, a taxa associada aos crimes contra o património atingiu um valor máximo em 2022, correspondente a 14,3%. Contudo, a taxa é inferior à obtida no ano de 2011 com 16,6% (INE, 2023).</p> <p>No ano de 2022, a taxa de crimes contra a integridade física foi de 4,3%, valor este que é idêntico ao obtido no ano de 2021, ligeiramente superior ao de 2020 e inferior ao ano de 2019 e 2011 (INE, 2023).</p> <p>Em 2022, a taxa de condução com alcoolémia superior a 1,2 foi de 1,8%, valor este que é ligeiramente superior ao calculado nos anos de 2021 e 2020, mas bastante inferior aos obtidos nos anos 2019 e 2011 (INE, 2023).</p>
Porcentagem da população por nível de escolaridade	<p>Ao longo dos anos tem-se constatado uma tendência decrescente da taxa de pessoas sem nível de escolaridade. Em 2021, o nível de escolaridade mais prevalente foi o básico de 1º ciclo (26,3%), seguido do secundário (22%), básico de 3º ciclo (19,5%), superior (13,7%), básico de 2º ciclo (10,1%), sem nível de escolaridade (6,9%) e nível médio (1,4%) (Anexo XXIII) (INE, 2024).</p>

Taxa de abandono escolar	Em Porto de Mós , no ano de 2022, a taxa de abandono escolar foi de 1,15 % (Anexo XXIV) (Neves, et al., 2023).
Taxa de analfabetismo	Segundo os dados disponibilizados pelos censos, a taxa de analfabetismo tem diminuição drasticamente ao longo dos anos, sendo que em 2021 atingiu um valor mínimo nacional de 3,1%, com o sexo feminino a representar a maioria dos casos de analfabetismo. Em Porto de Mós , a taxa de analfabetismo considerada no ano de 2021 foi de 3,45%, percentagem superior à verificada a nível nacional (Anexo XXV) (INE, 2024).
Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem	O valor médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem no concelho de Porto de Mós tem vindo a aumentar sucessivamente ao longo dos anos, porém não são conhecidos dados desde 2020. O último valor divulgado corresponde a 1088€ no ano de 2019 (Anexo XXVI) (INE, 2024).
Poder de compra <i>per capita</i>	O poder de compra <i>per capita</i> de Porto de Mós tem sofrido um aumento constante ao longo dos anos, embora seja um aumento com uma variação pouco acentuada. De 2011 para 2021, o poder de compra <i>per capita</i> transitou de 79,4% para 82,4% (Anexo XXVII) (INE, 2024).
Alojamentos servidos por abastecimento público de água (%)	No ano de 2021, apurou-se uma percentagem de 100% de alojamentos abrangidos pela rede de água canalizada, ou seja, uma cobertura universal deste serviço, o que não se verificava nos anos anteriores. Em 2011 a percentagem era de 97%. (Anexo XXVIII) (INE, 2024).
Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)	A percentagem de alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais tem-se mantido muito idêntica desde 2013 até 2021, com uma percentagem de 58%. (Anexo XXIX) (INE, 2024).

4.1.4 Determinantes de saúde

Tabela 3 - Determinantes de saúde

Proporção (%) de nascimentos em mulheres em diferentes faixas etárias	No ano de 2022, a proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos em Porto de Mós foi de 2%. Por outro lado, a proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos no mesmo período foi de 29,7%. Conclui-se portanto, que a tendência é de que as mulheres tenham filhos em idades mais tardias (Anexo XXX) (Neves, et al., 2023).
---	---

4.1.5 Estado de saúde

Tabela 4 - Estado de saúde

Proporção de nascimentos pré-termo	A proporção de nascimentos pré-termo em 2022, ou seja, de nascimentos prematuros que ocorreram antes das 37 semanas de gestação, está entre 5-6%. (Anexo XXXI) (Neves, et al., 2023).
------------------------------------	---

Crianças com baixo peso à nascença	Em 2023, foram contabilizadas 172 crianças com baixo peso à nascença, um valor consideravelmente inferior ao apurado no ano de 2011 com 210 crianças, mas ainda assim superior aos valores correspondentes aos anos de 2022 e 2020, em que foram contabilizadas 148 em ambos os anos (Anexo XXXII) (INE, 2024).
Taxa bruta de mortalidade	A análise da taxa bruta de mortalidade foi superior no ano de 2023, com a obtenção de uma taxa de 11,2%, comparativamente com o ano de 2011 em que se identificou 10,2%. Porém, a percentagem obtida em 2023, foi inferior à dos anos 2020 até 2022, sendo que durante estes anos foi identificada uma percentagem próxima dos 12,7%, provavelmente superior devido à situação pandémica da COVID-19 (Anexo XXXIII) (INE, 2024).
Taxa de mortalidade infantil	Destaca-se o facto de em Porto de Mós se verificar a ausência de mortalidade infantil desde o ano de 2020, valor substancialmente inferior ao auferido no ano de 2011 com 4,8% (Anexo XXXIV) (INE, 2024).
Taxa de mortalidade neonatal	No triénio 2020-2023, o concelho de Porto de Mós não apresentou óbitos em crianças com menos de 28 dias de idade (Anexo XXXV) (Neves, et al., 2023).
Taxa de mortalidade neonatal precoce	No triénio 2020-2023, o concelho de Porto de Mós não apresentou óbitos em crianças com menos de 7 dias de idade (Anexo XXXVI) (Neves, et al., 2023).
Taxa de mortalidade pós-neonatal	No triénio 2020-2023, o concelho de Porto de Mós não apresentou óbitos em crianças com mais de 28 dias de idade e menos de um ano de idade (Anexo XXXVII) (Neves, et al., 2023).
Mortalidade por grandes grupos de causas de morte	Em Porto de Mós , de acordo com os dados referentes a 2022, poderá entender-se que as principais causas de morte devem-se sobretudo à existência de doenças do aparelho circulatório, seguido dos tumores malignos, havendo outras causas de morte com menos impacto na mortalidade da comunidade (Anexo XXXVIII) (INE, 2024). O aumento da relevância das doenças não transmissíveis tem estado associado ao aumento da prevalência de determinantes de saúde comportamentais modificáveis e a determinantes de saúde biológicos (designadamente, o excesso de peso/obesidade). O excesso de peso/obesidade foi considerado uma das 12 necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos <i>stakeholders</i> da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022). Segundo os dados da 6.ª ronda do COSI Portugal (2022), em 2021/2022, 31,9% das crianças apresentaram excesso de peso, das quais 13,5% obesidade. De acordo com estes resultados, Portugal situa-se a par da média europeia (29%), com uma em cada três crianças a apresentar excesso de peso. À semelhança das rondas anteriores, em 2021/2022 verificou-se que a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) aumenta com a idade, com 35,3% das crianças de 8 anos a apresentar excesso de peso, comparativamente com as crianças de 6 anos (29,8%) (Rito, et al., 2022).
Notificações das Doenças de Notificação Obrigatória	Desde o dia 1 de janeiro de 2015, passou a ser obrigatório a notificação eletrónica das Doenças de Notificação Obrigatória mencionadas no Despacho n.º 1150/2021. Durante o período 2020-2022, em Porto de Mós foram identificados os seguintes casos: Doença Invasiva Pneumocócica (5 utentes), Tuberculose (4 utentes), Gonorreia (3 utentes), Campylobacter (2 utentes), Febre escaro-nodular (1

	utente), Infecção Chlamydia Trachomatis (1 utente) e Infecção por Vírus Mpox (1 utente) (Anexo XXXIX) (Neves, et al., 2023).
--	--

4.1.6 Parque escolar

Tabela 5 - Parque escolar

Parque Escolar	<p>O parque escolar de [REDACTED] é constituído por uma rede de escolas privadas e uma rede pública, o Agrupamento de Escolas de [REDACTED] (AE [REDACTED]).</p> <p>A Rede Privada, inclui três jardins-de-infância, incluindo creche, e uma escola que abrange todos os níveis de ensino, desde o jardim-de-infância ao ensino secundário.</p> <p>Relativamente ao AE [REDACTED], é constituído por dezasseis escolas que incluem a valência de jardim-de-infância, quinze escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB), duas escolas do 2º CEB e duas escolas que incluem o 3º CEB e o Ensino Secundário.</p> <p>No ano letivo 2024-2025, na Rede Pública, foram contabilizados 480 crianças inscritas no pré-escolar, 876 crianças no 1º CEB, 306 crianças no 2º CEB, 506 crianças no 3º CEB e 381 alunos no Ensino Secundário, perfazendo um total de 2549 alunos que frequentam o AE [REDACTED]. Das 876 crianças que frequentam o 1º CEB, 427 crianças frequentam o 1º e 2º ano e apresentam idades entre os 6 e 8 anos de idade.</p>
----------------	---

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE

A problemática da obesidade a nível global tem-se acentuado, pelo que é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global que tem elevado impacto na morbilidade e mortalidade dos cidadãos (OMS, 2022).

O excesso de peso/obesidade, é provavelmente o principal problema de saúde pública em Portugal, e tem implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como as doenças cérebro-cardiovasculares, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros (DGS, 2022).

“Apesar dos ganhos em saúde obtidos na última década, quer na área das doenças não transmissíveis, quer nas transmissíveis, os problemas de saúde de maior magnitude que Portugal terá de enfrentar nesta década são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, que continuam a ser as principais causas de morte prematura no País” (DGS, 2022, p. 14).

A prevalência de comportamentos sedentários, como o tempo de ecrã, está associado ao aumento da adiposidade e excesso de peso. A crescente popularidade da televisão, computadores, consolas, telemóveis e outros dispositivos eletrónicos, a que as crianças muito aderem, tem-se revelado um contributo para a inatividade física e sedentarismo, o que se traduz em efeitos nefastos para a saúde a curto e longo prazo.

O Relatório *Childhood Obesity Surveillance Initiative* Portugal 2022 (COSI Portugal, 2022) (6ª ronda) que reflete os dados referentes a crianças dos 6 aos 8 anos no ano letivo 2021-2022, menciona que de 2019 para 2022, foi notório um aumento da prevalência de obesidade infantil e de excesso de peso infantil. Segundo os dados, em 2021/2022 31,9% das crianças apresentaram excesso de peso, das quais 13,5% obesidade, registando-se um aumento de 2,2 e de 1,6 pontos percentuais, respetivamente. De acordo com estes resultados, Portugal situa-se a par da média europeia (29%), com uma em cada três crianças a apresentar excesso de peso. À semelhança das rondas anteriores, em 2021/2022 verificou-se que a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) aumenta com a idade, com 35,3% das crianças de 8 anos a apresentar excesso de peso, comparativamente com as crianças de 6 anos (29,8%) (Rito, et al., 2022).

Esta problemática relaciona-se com os hábitos alimentares adotados pelas crianças, porém os dados do estudo COSI Portugal 2022, refletem melhorias a este nível. Verificou-se que o consumo diário de fruta aumentou de 63,1% para 71,2% e o consumo de até 3 vezes por semana de refrigerantes açucarados diminuiu de 71,3% para 69,1%. Também o consumo de cereais de pequeno-almoço aumentou de 41,5% para 45,8%, sendo que o consumo diário destes cereais passou de 19,3% para 23,7% (Rito, et al., 2022).

Outro fator de risco para o desenvolvimento do excesso de peso/obesidade infantil a ter em consideração é o sono, que sendo de duração insuficiente poderá ser prejudicial à saúde física, mental e ao bem-estar geral da criança.

Por outro lado, o Relatório COSI Portugal 2022 acrescenta ainda que, todos os parâmetros estudados relativamente às atividades sedentárias registaram um aumento, verificando-se um aumento superior no que diz respeito à utilização de computadores para jogos eletrónicos. Verificou-se que o número de horas despendidas no computador, excedia o recomendado pela OMS, ou seja, foi superior a duas horas por dia. De acordo com as recomendações, o tempo de ecrã deverá ser limitado (Rito, et al., 2022).

O grupo etário dos 6 aos 8 anos, é um grupo “chave” principalmente porque precede a puberdade e é fundamental para prevenir a obesidade na idade adulta. Torna-se importante o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de redução dos casos de excesso de peso/obesidade nestas idades. A preocupação desta problemática prende-se ainda com o facto de haver uma forte ligação entre a obesidade em idades jovens e a persistência na idade adulta, motivo pelo qual importa intervir em idades mais jovens (Rito, et al., 2022).

Na Assembleia Mundial da Saúde que decorreu em 2022, os Estados-Membros adotaram o Plano de Aceleração da *Information Management School* para acabar com a obesidade, que

apoiar ações para conter a epidemia da obesidade até 2030 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

De acordo com o descrito na caracterização do estado de saúde da comunidade do concelho de [REDACTED], as principais causas de morte devem-se sobretudo à existência de doenças do aparelho circulatório, seguido dos tumores malignos (Anexo XXXVIII) (INE, 2024). Tendo em conta a relação causa-efeito entre os comportamentos sedentários (ex: tempo de ecrã), o excesso de peso/obesidade e conseqüentemente os problemas de saúde (ex: circulatórios, tumores, etc), reconhece-se esta problemática como um problema de saúde pública prioritário. Neste sentido, importa conhecer qual a realidade vivenciada no concelho de [REDACTED].

O relatório COSI Portugal 2022 divulga os dados relativos às grandes regiões do país, nomeadamente Região Norte, Centro, Lisboa e Vale Tejo, Alentejo e Algarve. Porém, não descreve os resultados por concelhos, pelo que surgiu o interesse em conhecer a realidade do concelho de [REDACTED], o que culminou na realização de um estudo de investigação.

4.3 ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo de investigação envolveu a comunidade escolar do AE [REDACTED], nomeadamente as crianças com idades entre os 6 e 8 anos que frequentam o 1º e 2º ano, os encarregados de educação e os professores. O estudo compreendeu a primeira e a segunda etapa do processo de metodologia do planeamento em saúde, nomeadamente a fase preparatória e a fase diagnóstica. De seguida, apresento a descrição das atividades realizadas em cada uma das fases metodológicas.

4.3.1 Fase preparatória

- ❖ Definição do perfil de saúde da comunidade de [REDACTED] (Subcapítulo 4.1).
- ❖ Identificação da problemática central: aumento da prevalência de crianças dos 6 aos 8 anos com excesso de peso/obesidade infantil, relacionado com o tempo de exposição aos ecrãs.
- ❖ Revisão da literatura.
- ❖ Solicitação da aprovação à USP Polo de [REDACTED] e à UCC [REDACTED] para desenvolver o estudo de investigação, apresentando a temática e justificando a sua pertinência.
- ❖ Envio de um *email* a solicitar ao Professor Doutor Pedro Melo a autorização para utilização do MAIEC, questionário do “Diagnóstico do Processo Comunitário” e “Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário”.

- ❖ Construção do consentimento informado (Apêndice I).
- ❖ Adaptação do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário (Apêndice II).
- ❖ Criação do Questionário Peso dos Ecrãs (P-ECRAN) (Apêndice III), a aplicar aos encarregados de educação, que permita conhecer as características sociodemográficas, os parâmetros antropométricos (altura e peso), os comportamentos sedentários, relacionados com o tempo de exposição aos ecrãs, os hábitos de sono e as relações interpessoais das crianças dos 6 aos 8 anos do Ensino Básico pertencentes ao AE [REDACTED].
- ❖ Adaptação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (Apêndice IV) que avalia o nível de empoderamento comunitário quanto aos seus 9 domínios: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, capacidade para questionar porquê, gestão do programa e relação com agentes externos;
- ❖ Solicitação da autorização para a implementação junto do Professor Responsável pela Equipa de Promoção e Educação para a Saúde (Equipa PES) e da Vice-Presidente do AE [REDACTED].
- ❖ Solicitação do parecer à Direção-Geral da Educação através do sistema de monitorização de inquéritos em meio escolar e à Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS [REDACTED].
- ❖ Após obtenção do parecer positivo para a realização do projeto, apresentação aos professores e encarregados de educação, sensibilizando a comunidade escolar para a temática e para a participação.

Após a fase preparatória, que incluiu a obtenção da aprovação por todas as entidades e profissionais envolvidos (Apêndices V, VII, VIII e IX), decorreu a fase diagnóstica. Nesta segunda fase, deu-se início ao estudo de investigação nas escolas do 1º CEB do AE [REDACTED], através da aplicação dos Questionários “Diagnóstico do Processo Comunitário Adaptado” e “P-ECRAN” e da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário Adaptada.

Por forma a obter dados significativos e representativos da comunidade de [REDACTED], o estudo envolveu todas as escolas do 1º CEB da rede pública do AE [REDACTED] que incluem o 1º e 2º ano do Ensino Básico. Das 15 escolas de Ensino Básico 1 (EB1) existentes aderiram ao projeto 14 escolas, designadamente as escolas localizadas no [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED] ([REDACTED]). Das 427 crianças, inscritas no 1º e 2º ano do presente ano letivo de 2024-2025 no AE [REDACTED], foram consideradas 392 crianças pertencentes às escolas aderentes.

4.3.2 Fase diagnóstica da situação da comunidade escolar do Ensino Básico do AE [REDACTED]

- ❖ Partilha do consentimento informado com os encarregados de educação, garantindo o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados, ao longo do projeto. Nele consta expresso a informação sobre a possibilidade de revogação da participação a qualquer momento. Foi solicitado a leitura e reflexão quanto ao interesse em participar no projeto, mediante a devolução dos consentimentos assinados. O tempo de conservação dos dados recolhidos ao longo do estudo será de 5 anos.
- ❖ Avaliação do Processo Comunitário através do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário Adaptado (Apêndice II), aplicado aos encarregados de educação das crianças do 1º e 2º ano do Ensino Básico do AE [REDACTED], que se disponibilizaram a participar no projeto. Este questionário, na dimensão “Liderança Comunitária: Atitudes, Conhecimentos e Comportamentos”, contém o questionário P-ECRAN (Apêndice III), que avalia os fatores de risco do excesso de peso/obesidade infantil associado ao uso de ecrãs e orienta para estratégias de intervenção.
- ❖ Avaliação do nível de empoderamento comunitário, antes e após a intervenção, através da aplicação da EAvEC Adaptada (Apêndice IV) ao grupo focal de encarregados de educação.
- ❖ Recolha e análise dos dados por forma a identificar os problemas de saúde/elaboração de diagnósticos.

As estratégias utilizadas para obter a adesão por parte das escolas e dos encarregados de educação foram as seguintes:

- ❖ Após reunir com a Direção do AE [REDACTED] e com o Professor Responsável pela Equipa PES, acompanhada pela Enfermeira da UCC [REDACTED] responsável pela saúde escolar, foi redigido e enviado um *email* formal (Apêndice VI) com alguns pontos essenciais do estudo e projeto de intervenção comunitária, solicitando a aprovação para a implementação nas escolas do AE [REDACTED].
- ❖ A Direção do AE [REDACTED] fez o favor de reencaminhar à Professora responsável pelo 1º CEB do AE [REDACTED] e a todos os Professores responsáveis pelo 1º ciclo de cada uma das escolas de EB1 a informação de que iria decorrer um estudo de investigação, apelando a que aderissem ao mesmo.
- ❖ Deslocação a cada uma das escolas de EB1 do AE [REDACTED] para reunir com os professores responsáveis pelo 1º ciclo e com os professores que lecionam o 1º e 2º

ano. Foi possível explicar a importância da temática em estudo e justificar a pertinência.

- ❖ Aquando da aceitação da maioria das escolas para colaborar, foram entregues em cada uma delas, os consentimentos e questionários em número igual ao das crianças inscritas no 1º e 2º ano. Foi também entregue uma pequena informação resumida para que fosse anexada na caderneta do aluno com o intuito de informar os encarregados de educação de que tinha sido entregue à criança o consentimento/questionário para o qual solicitávamos a colaboração para responder caso aceitassem participar no estudo de investigação de forma livre e informada. Foi ainda redigido e enviado um *email* aos professores do 1º e 2º ano com a informação sobre o estudo, o qual continha uma sugestão de mensagem que estes poderiam utilizar para reencaminhar aos encarregados de educação, no sentido de os informar via *email* e de reforçar a mensagem que seguiu para casa através da criança.
- ❖ Relativamente à entrega dos questionários impressos, mencionados no ponto anterior, excluíram-se os três grandes centros escolares (██████████, ██████████ e ██████████), pois implicava a aquisição de um número mais elevado de questionários e de maior dificuldade na aquisição, distribuição e recolha dos mesmos, pelo que optou-se por entregar apenas os consentimentos em formato papel e acrescentar na informação a anexar na caderneta da criança, o código QR e o *link* para que os encarregados de educação pudessem responder online através do *Microsoft Forms*. Relativamente ao *email* redigido aos professores para reencaminhar aos encarregados de educação, foi adicionado o *link* de acesso ao questionário online.
- ❖ Antes da data limite para responder aos questionários, foi solicitado via *email* aos professores que enviassem novo *email* aos encarregados de educação a lembrar que a data limite se aproximava e lembrando para a importância de colaborar no estudo.
- ❖ No dia definido como data limite, optou-se por prolongar a data com a finalidade de dar a possibilidade de alguns encarregados de educação responderem caso tivessem interesse em participar mas que ainda não tivessem tido possibilidade para tal. Neste sentido, foi enviado novo *email* aos professores a informar da alteração da data limite e a esclarecer o dia exato em que iria deslocar-me a cada uma das escolas para recolher os consentimentos/questionários preenchidos, agradecendo ainda por todo o apoio e colaboração durante o estudo de investigação.

- ❖ Após a deslocação a cada uma das escolas de EB1 do AE [REDACTED] para recolher os consentimentos/questionários preenchidos, verifiquei que o número adquirido se aproximava do objetivo de obter pelo menos 155 questionários (cerca de 40%), porém ainda não tinha ultrapassado o número de respostas pretendidas. Posto isto, via *email* apelou-se aos professores de todas as escolas de EB1 para reencaminharem aos representantes de pais, um *email* onde era disponibilizado o *link* de acesso ao questionário online e onde era solicitado que o mesmo fosse partilhado com os restantes encarregados de educação, por exemplo através do grupo de *WhatsApp*.
- ❖ Através da interpretação do número de consentimentos/questionários preenchidos por escola, identificou-se menor adesão num dos grandes centros escolares, pelo que após solicitar os contactos de email dos responsáveis de pais das turmas de 1º e 2º ano desse centro escolar, enviei email a solicitar uma vez mais a colaboração e a partilha de informação com os restantes encarregados de educação, sugerindo novamente por exemplo a utilização do grupo de *WhatsApp*. Esta medida surtiu o efeito desejado, permitindo a aquisição de consentimentos/questionários acima do objetivo estabelecido.
- ❖ Posteriormente ao término do período de estágio e aquando da redação do presente relatório, não se verificando a existência de novos questionários preenchidos, procedeu-se à compilação de todos os dados obtidos (*online* e em suporte papel) e à análise dos mesmos.

4.3.3 Análise dos dados

O estudo de investigação tendo decorrido em 14 das 15 escolas de 1º CEB do AE [REDACTED], representa uma taxa de 93% de adesão das escolas.

Das 392 crianças, com idades entre os 6 e 8 anos, envolvidas no estudo de investigação foi possível obter no total 174 consentimentos/questionários preenchidos online/devolvidos em formato papel. Os restantes 218 não foram devolvidos nem preenchidos *online*.

Apenas 157 foram considerados por estarem devidamente autorizados e preenchidos, o que representa uma taxa de 40% comparativamente com o objetivo máximo de aquisição de 392 consentimentos/questionários preenchidos. Os restantes não foram considerados, pois não cumpriam os requisitos necessários para serem integrados no estudo, sendo que as principais razões deveram-se sobretudo ao facto do questionário se encontrar preenchido mas o consentimento livre e informado não tinha sido assinado, terem sido entregues

consentimentos com indicação de não autorização para a participação e ainda pela existência de questionários preenchidos de forma incompleta.

Os dados foram tratados de forma anónima, cumprindo os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Legislação Nacional e Internacional. Para garantir a confidencialidade e o anonimato, os participantes não foram identificados por nenhum dos seus dados pessoais. Apenas foi solicitado a cada um dos participantes a definição de um código alfanumérico único atribuído pelo próprio.

Decorrente da aplicação dos questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário e P-ECRAN foi possível recolher e analisar os dados (Apêndice X e XI) com recurso à estatística descritiva, realizada através do *Microsoft forms* e software *IBM SPSS Statistics*. Desta forma, foi possível chegar às seguintes conclusões:

❖ **Liderança comunitária**

Relativamente à problemática “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”, os encarregados de educação consideraram que numa escala de 1 a 10:

- O nível de conhecimentos igual ou superior a 5, foi identificado por 81,5% (n= 128), sendo que 33% (n= 52) acham que se enquadram no nível 5. Na grande maioria, ou seja, 73% (n= 115) consideram que adquiriram conhecimentos através de livros e fontes de formação pessoal (ex: tutoriais na internet);
- Na generalidade, 40,76% (n= 64) julgam tratar-se de um projeto com importância nível 10. Apenas uma minoria de 8,9 % (n= 14) acham que o projeto que visa dar resposta à problemática tem uma importância igual ou inferior a 5, sobretudo porque acreditam que não vai acrescentar valor ou porque não está alinhado com os valores pessoais. Quanto aos outros fatores, identifica-se sobretudo o facto de não haver até ao momento o *feedback* do projeto.
- Quanto ao nível de volição (motivação) para participar no projeto, a grande maioria enquadrou-se entre o nível 5 e 10, com percentagens muito idênticas entre estes níveis, à exceção do nível 9 com uma percentagem mínima. Uma minoria dos encarregados de educação identificaram uma volição baixa, sobretudo devido à falta de tempo;
- No que se refere à limitação do tempo de exposição da criança aos ecrãs, 1,4% admite nunca limitar, 4,2% quase nunca, 20,8% às vezes, 48,6% quase sempre e 25% sempre.

↳ **P-ECRAN**

Dados referentes às crianças:

- Cerca de 52% (n= 82) das crianças são do sexo masculino e 48% (n=75) são do sexo feminino;
- As crianças com 6 anos representam cerca de 37,6% (n=59), as crianças com 7 anos 51,6% (n= 81) e as crianças com 8 anos 10,8% (n=17);
- Foram obtidos dados relativos às crianças que frequentam 14 das 15 escolas do AE [redacted], nomeadamente as escolas do [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] e EB1 nº2 da [redacted];
- Cerca de 49% (n= 77) das crianças frequentam o 1º ano e 51% (n= 80) o 2º ano;
- Os questionários foram preenchidos na maioria dos casos pelas mães das crianças, representando uma taxa de 89,2% (n=140). Foram 10,2% (n= 16) os pais que preencheram os questionários e 0,6% (n= 1) preenchidos pelas avós;
- Quanto às pessoas com quem a criança reside, 97,5% (n= 153) residem com a mãe, 90,5% (n=142) residem com o pai, 68,8% (n=108) residem com irmãos ou meio(s)-irmão(s), e são uma minoria as que residem com o(a) companheiro(a) da mãe ou do pai, com avós e/ou com outros elementos sejam eles da família ou não;
- O nível de escolaridade das mães das crianças é de 0,6% (n=1) para as que frequentaram o 1º ciclo, 1,3% (n=2) para o 2º ciclo, 13,4% (n=21) para o 3º ciclo, 31,2% (n=49) para o ensino secundário, 9,6% (n=15) para o ensino pós-secundário não superior e 43,9% (n=69) para o ensino superior. O nível de escolaridade dos pais das crianças é de 3,2% (n=5) para os que frequentaram o 1º ciclo, 3,8% (n=6) para o 2º ciclo, 28,7% (n=45) para o 3º ciclo, 32,5% (n=51) para o ensino secundário, 12,1% (n=19) para o ensino pós-secundário não superior, 18,5% (n=29) para o ensino superior e 1,3% (n=2) sem escolaridade;
- Cerca de 91,1% (n=143) das mães das crianças trabalham por uma remuneração ou lucro, 5,7% (n=9) estão desempregadas e 3,2% (n=5) noutra situação. Quanto aos pais, 92,4% (n=145) trabalham por uma remuneração ou lucro, 0,6% (n=1) estão desempregados, 1,9% (n=3) estão reformados e 5,1% (n=8) encontram-se noutra situação;
- Os dados referentes ao peso e altura foram fornecidos pelos Encarregados de Educação, e através destes foi possível calcular os Índices de Massa

Corporal. Identificou-se uma taxa de 77% (n= 121) de crianças com baixo peso, o que é uma percentagem preocupante. Por forma a validar os dados obtidos, torna-se necessária a intervenção dos Profissionais de Saúde na avaliação destes parâmetros.

- Relativamente aos dispositivos eletrónicos, todas as crianças utilizam, sendo que 94% (n= 148) das crianças usa televisão, 35% (n= 55) computadores, 42,7% (n= 67) *tablets*, 62,4% (n= 98) telemóvel e 22,2% (n= 35) consola de jogos;
- O dispositivo eletrónico mais utilizado pelas crianças é a televisão, tendo sido obtida uma taxa de 63,1% (n=99), seguindo-se o telemóvel com 21% (n= 33) e o *tablet* com 12,7% (n= 20);
- Cerca de 58% (n= 91) das crianças estão expostas aos ecrãs diariamente, 26,8% (n= 42) quase todos os dias, 12,1% (n=19) duas a três vezes por semana e 3,2% (n= 5);
- Num dia de semana/dia de escola 49% (n= 77) das crianças estão expostas aos ecrãs, em média, menos do que 1 hora, 45,9% (n= 72) entre 1 a 2 horas e 5,1% (n= 8) mais do que 2 horas;
- Num dia de fim-de-semana 10,8% (n= 17) das crianças estão expostas aos ecrãs, em média, menos do que 1 hora, 48,4% (n= 76) entre 1 a 2 horas e 40,8% (n= 64) mais do que 2 horas;
- Relativamente às regras ou restrições adotadas pelos encarregados de educação para com as crianças, são utilizadas com mais frequência o “só pode utilizar dispositivos eletrónicos até determinada hora do dia” com 59,2% (n= 93) e “não pode utilizar dispositivos eletrónicos durante as refeições” com 58,6% (n= 92). Quanto a “não pode utilizar dispositivos eletrónicos 1h antes de dormir” corresponde a 19,8% (n= 31), “apenas pode utilizar dispositivos eletrónicos para fins educativos” 9,6% (n= 15), “só pode utilizar dispositivos eletrónicos acompanhado(a)/supervisionado(a) por um adulto 46,5% (n=73), “pode utilizar dispositivos eletrónicos sem qualquer restrição” 4,46% (n= 7) e “nunca pode utilizar dispositivos eletrónicos” 0,6% (n=1);
- A preocupação dos encarregados de educação relativamente a esta temática é bastante evidente, considerando que 17,8% (n= 28) assume estar muito preocupado(a), 68,2% (n=107) preocupado(a), 1,9% (n= 3) indiferente, 8,3% (n= 13) pouco preocupado(a) e 3,8% (n= 6) nada preocupado(a);

- Relativamente à afirmação “a criança, na grande maioria das vezes, utiliza os dispositivos eletrónicos para ver desenhos animados”, 22% dos encarregados de educação concordam totalmente, 58% concordam, 11% não concordam nem discordam, 7% discordam e 2% discordam totalmente;
- Relativamente à afirmação “a criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos para fins educativos”, 7,5% dos encarregados de educação concordam totalmente, 28% concordam, 28% não concordam nem discordam, 32,5% discordam e 4% discordam totalmente;
- Relativamente à afirmação “quando a criança está a utilizar os dispositivos eletrónicos mantém-se sossegada”, 13% dos encarregados de educação concordam totalmente, 56% concordam, 17% não concordam nem discordam, 8% discordam, 5% discordam totalmente e 1% não sabem;
- Relativamente à afirmação “mantenho a criança a utilizar os dispositivos eletrónicos para eu conseguir descansar”, 1% dos encarregados de educação concordam totalmente, 9% concordam, 12% não concordam nem discordam, 38% discordam e 40% discordam totalmente;
- Relativamente à afirmação “a criança pode utilizar os dispositivos eletrónicos mais do que 2 horas por dia”, 0,6% dos encarregados de educação concordam totalmente, 7,7% concordam, 18,5% não concordam nem discordam, 39,5% discordam, 33,1% discordam totalmente e 0,6% não sabem;
- Relativamente à afirmação “a criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos após terminar os trabalhos de casa”, 31% dos encarregados de educação concordam totalmente, 47,8% concordam, 7,6% não concordam nem discordam, 7% discordam, 6% discordam totalmente e 0,6% não sabem;
- Relativamente à afirmação “prefiro que a criança esteja ocupada a brincar do que a utilizar dispositivos eletrónicos”, 72% dos encarregados de educação concordam totalmente, 24% concordam, 3% não concordam nem discordam e 1% discordam;
- Num dia de semana/dia de escola 29,3% (n= 46) das crianças costumam brincar, em média, até 1 hora por dia com os(as) amigos(as) sem incluir jogos de ecrã, 55,4% (n= 87) entre 1 a 3 horas por dia e 15,3% (n= 24) 4 ou mais horas por dia;
- Cerca de 7% (n= 11) das crianças não costumam brincar nenhuma hora com amigos(as) sem incluir jogos de ecrã durante o fim-de-semana. Por

- outro lado, 10,8% (n= 17) das crianças brincam com os amigos(as) sem incluir jogos de ecrã, em média, até 1 hora por dia, 50,3% (n= 79) entre 1 a 3 horas por dia e 31,8% (n= 50) 4 ou mais horas por dia;
- Praticamente todas as crianças costumam praticar exercício físico, sendo que 29,9% (n= 47) pratica entre 1 a 2 vezes por semana, 54,1% (n= 85) entre 3 a 4 vezes por semana, 13,4% (n= 21) 5 ou mais vezes por semana e apenas 2,5% (n= 4) não realiza qualquer atividade física;
 - Das 157 crianças que realizam atividade física, 2,5% (n=4) não realizam qualquer atividade física, 6,4% (n= 10) realizam até 1 hora por semana, 36,9% (n= 58) entre 1 a 3 horas por semana, 49,7% (n=78%) entre 4 a 6 horas por semana e 4,5% (n= 7) 7 ou mais horas por semana;
 - Das 157 crianças que realizam atividade física, 2,5% (n=4) não realizam qualquer atividade física, 71,3% (n= 112) realizam para além do contexto escolar e 26,1% (n= 41) apenas realizam na escola;
 - Existem 31,2% (n= 49) das crianças a aprender ou que já dominam alguma modalidade artística, sendo que as mais frequentadas são a natação, a ginástica e a música. Os restantes 68,8% (n= 108) correspondem a crianças que não estão a aprender nem dominam nenhuma modalidade artística;
 - A maioria das crianças dorme o número de horas adequado por noite, sendo que apenas 1,9% (n= 3) dormem menos do que 7 horas, 60,5% (n= 95) dormem entre 7 e 9 horas e 37,6% (n= 59) dormem 10 ou mais horas;
 - No geral, as crianças ingerem a quantidade adequada de alimentos. Cerca de 89,8% (n= 141) dos encarregados de educação assumem que sim, 8,9% (n= 14) assumem que não e 1,3% (n= 2) não sabem;
 - No geral, as crianças ingerem a qualidade e a variedade adequada de alimentos. Cerca de 82,2% (n= 129) dos encarregados de educação assumem que sim, 15,3% (n= 24) assumem que não e 2,5% (n= 4) não sabem;
 - A maioria dos encarregados de educação, 93% (n= 146) considera-se satisfeito com o número de amigos(as) reais (não virtuais) da criança. Apenas 6,4% (n= 10) considera não estar satisfeito e 0,6% (n= 1) refere não saber;
 - A maioria dos encarregados de educação, 95,5% (n= 150) consideram que as relações interpessoais reais (não virtuais) da criança são boas. Apenas 2,5% (n= 4) consideram que não e 2% (n= 3) referem não saber.

❖ **Participação comunitária**

- No que se respeita à problemática “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs” cerca de 94% (n= 148) dos encarregados de educação consideram que não existe na comunidade escolar em que se integram uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com este tema;
- No que se respeita à problemática de estudo, 92% (n= 145) dos encarregados de educação consideram que não existe na comunidade escolar em que se integram uma ou mais parcerias relacionada(s) com este tema;
- No que se respeita à problemática de estudo, cerca de 74% (n= 116) dos encarregados de educação consideram que na comunidade escolar em que se integram não há processos de comunicação eficazes (para procura de informação, referências, reclamações, etc).

❖ **Coping comunitário**

- No que se respeita à problemática “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs” 98% (n= 154) dos encarregados de educação assumem não ter experiências anteriores na participação em projetos ou atividades relacionadas com este tema;
- No que se respeita à problemática de estudo, cerca de 99% (n= 155) dos encarregados de educação referem não ter tido formação e/ou treino;
- Independentemente dos encarregados de educação terem tido ou não experiências anteriores relacionadas com o tema em estudo, 53% (n= 82) consideram ter competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com a problemática. Os restantes 47% (n= 72) consideram não ter competências nem forças para tal.

❖ **Avaliação do empoderamento comunitário para a regulação do acesso às novas tecnologias**

De acordo com os dados obtidos através da aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário Adaptada (Apêndice IV), foi possível construir o seguinte gráfico radar:

Figura 4 - Avaliação do empoderamento comunitário para a regulação do acesso às novas tecnologias



Através da interpretação do gráfico radar é possível compreender que existem diversos domínios do empoderamento comunitário que necessitam de ser melhorados. Nos domínios participação comunitária, liderança local, estruturas organizacionais, capacidade para “questionar porquê”, gestão de programas e relação com agentes externos foram atribuídos os valores mínimos de 1. Quanto ao domínio da mobilização de recursos e ligações a outros foram atribuídos os valores 2 e no domínio relativo à capacidade de avaliação do problema o valor atribuído foi 3.

4.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de situação de saúde pretende traçar o perfil de saúde um grupo, comunidade ou população, para reconhecer e posteriormente priorizar os problemas e necessidades de saúde e elucidar as intervenções prioritárias conducentes a potenciais ganhos em saúde (Portugal, Nunes, & Andrade, 2016, p. 6)

Esta fase permite medir o avanço alcançado, resultante das intervenções, através da comparação com o momento da avaliação inicial (Imperatori & Giraldez, 1993).

Apenas com a realização de diagnósticos em saúde é possível definir objetivos operacionais pertinentes e mensuráveis, escolher as estratégias de intervenção adequadas, calcular os recursos necessários à sua execução e prever as melhores formas de proceder à sua avaliação (Rodrigues, 2021).

Para definição dos diagnósticos de enfermagem da comunidade de [REDACTED], foi essencial numa primeira fase a definição do perfil de saúde, descrito no subcapítulo 4.1, e posteriormente a definição dos diagnósticos obtidos por meio da análise dos dados obtidos através do estudo de investigação relacionado com a problemática central (aumento da prevalência de crianças dos 6 aos 8 anos com excesso de peso/obesidade infantil, relacionado com o tempo de exposição aos ecrãs).

Ao longo da prática clínica em contexto de Estágio de ESCSP, quer seja no que se refere a esta fase ou às seguintes, foi sendo realizada a articulação com a equipa de saúde da USP Polo de [REDACTED] e com a UCC [REDACTED].

Perante os dados analisados relativamente aos hábitos das crianças de 6 a 8 anos que frequentam o 1º e 2º ano nas escolas do AE [REDACTED] e tendo por base a matriz de decisão clínica do MAIEC, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE:

Tabela 6 - Diagnóstico e subdiagnósticos de enfermagem

Foco Principal	Gestão comunitária comprometida
Diagnóstico	Liderança comunitária comprometida
Subdiagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em 41% das crianças. - Comportamento relacionado com a frequência de atividade física comprometido em 30% das crianças. - Comportamento relacionado com a atividade física fora do contexto escolar comprometido em 27% das crianças. - Comportamento relacionado com a aprendizagem ou domínio de alguma modalidade física comprometido em 69% das crianças. - Comportamento relacionado com os hábitos de sono comprometido em 2% das crianças. - Comportamento alimentar infantil relacionado com a quantidade de alimentos comprometido em 9% das crianças. - Comportamento alimentar infantil relacionado com a qualidade e variedade de alimentos comprometido em 15% das crianças. - Comportamento relacionado com as relações interpessoais reais (não virtuais) de boa qualidade comprometido em 2,5% das crianças.

4.5 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Enquanto fase do Planeamento em Saúde, a definição de prioridades torna-se necessária para garantir a gestão adequada dos recursos face às necessidades identificadas (Melo, 2020).

A priorização dos problemas identificados permite orientar o processo de tomada de decisão de acordo com a ordenação desses mesmos problemas, considerando a sua pertinência ou urgência de resolução (Melo, 2020).

Esta prática, não significa que se deva descorar um determinado problema em detrimento de outro, ou seja, não se pretende determinar a relevância dos problemas identificados, mas sim a importância de intervir primeiramente num problema em relação a outro, face aos recursos e às conjunturas do momento, devendo aguardar-se por conjunturas mais favoráveis para intervir nos restantes problemas (Rodrigues, 2021, p. 92).

Existem inúmeros critérios de priorização, porém destaque os seguintes: alinhamento estratégico com os problemas a nível nacional, capacidade de prevenção, consciência da

comunidade sobre os problemas, a motivação da comunidade para resolver os problemas e a capacidade dos profissionais influenciarem a resolução dos problemas (Rees & Fordham, 2006; Veras, 2012; Shuster & Geoppinger, 2011, citado em Rodrigues, 2021, p. 95-96; 101).

O critério “alinhamento estratégico com os problemas a nível nacional” prioriza os problemas de saúde de acordo com a sua consistência e considerando as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde ou pelo Sistema Nacional de Saúde (Rodrigues, 2021, p. 101). Considero que este critério está diretamente relacionado com o Plano Nacional de Saúde e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o número 3 referente à “Saúde de Qualidade”.

Foco particularmente na meta 3.4 que visa “reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover (...) o bem-estar” até 2030 (Organização das Nações Unidas, 2015).

De acordo com o painel de monitorização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no ano de 2017, Portugal apresentou o pior desempenho em relação ao “excesso de peso e obesidade”, pelo que é considerado no Plano Nacional de Saúde uma das 12 primeiras necessidades de saúde que decorre dos determinantes de saúde (DGS, 2022, p. 41).

Tal como refere Veras (2012), muitas doenças são preveníveis, pelo que importa medir e minimizar o seu risco, gerir as enfermidades e garantir cuidados preventivos para todos, inclusive para os saudáveis. Assim, é essencial intervir nos diferentes níveis de prevenção.

Para tal, é fundamental o desenvolvimento da capacidade dos enfermeiros para influenciarem a comunidade, consciencializando-a dos problemas e motivando-a para a resolução dos mesmos.

Das diversas técnicas e métodos de definição de prioridades descritas por diferentes autores, optei por recorrer ao Método de John Hanlon (figura 5). Este método considera os critérios magnitude do problema (A), severidade ou gravidade do problema (B), eficácia da solução do problema (C) e a exequibilidade da intervenção (D) (Hanlon, 1995 citado em Rodrigues, 2021, p. 114).

Relativamente à exequibilidade da intervenção, esta é classificada pelo acrónimo PEARL, que inclui os itens: pertinência, exequibilidade económica, aceitação da comunidade, recursos e legalidade (Hanlon, 1995 citado em Rodrigues, 2021, p. 114).

A cada critério deverá ser atribuído um valor, de acordo com as indicações ilustradas na figura 5, e posteriormente é possível obter o resultado da priorização (E) através da seguinte fórmula: $E = [(A + B) \times C] \times D$ (Hanlon, 1995 citado em Rodrigues, 2021, p. 114).

Figura 5 - Método de Hanlon

Problemas ou diagnósticos	A Magnitude	B Gravidade	C Eficácia da intervenção	D Exequibilidade (PEARL)	E Resultado da priorização
Enumerar a lista dos problemas, ou de diagnósticos da comunidade.	Avaliar de 0 a 10. (ex: se um problema afeta 50% da população, pode ser atribuído o valor 5. O valor da magnitude é somado ao da gravidade	A gravidade pode ser classificada de 0 a 10 de acordo com as sequelas, complicações ou morbimortalidade. Há autores que recomendam multiplicar o valor da gravidade por 2.	A eficácia pode ser avaliada numa escala de 0 a 10. Há autores que avaliam em 3 níveis, sendo: Muito fácil solução x 1,5; fácil x 1 e difícil solução x 0,5.	Só pode assumir dois valores. Valor 1, se todas as respostas aos 5 parâmetros – são -Sim. Valor 0 se pelo menos um parâmetro é -Não.	Resulta do somatório da magnitude com a gravidade, multiplicado pelo valor da exequibilidade. O resultado dos 3 critérios é multiplicado pelo valor da exequibilidade (0 ou 1)

Fonte: A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade (p.118), de Rodrigues, 2021, Lisbon International Press

Tendo em conta o acima descrito, foi aplicado o Método de Hanlon para priorizar os subdiagnósticos de enfermagem identificados previamente.

Tabela 7 - Aplicação do Método de Hanlon

Subdiagnósticos	Magnitude (0 – 10)	Gravidade (0 – 10)	Eficácia solução (de 0,5; 1; 1,5)	Exequibilidade (0 ou 1)	Pontuação	Ordenação
Comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em 41% das crianças	4	8	1	1	12	1º Lugar
Comportamento relacionado com a frequência de atividade física comprometido em 30% das crianças	3	8	1	1	11	2º Lugar
Comportamento relacionado com a atividade física fora do contexto escolar comprometido em 27% das crianças	3	5	0,5	1	4	4º Lugar
Comportamento relacionado com a aprendizagem ou domínio de alguma modalidade física comprometido em 69% das crianças	7	4	0,5	1	5,5	3º Lugar
Comportamento relacionado com os hábitos de sono comprometido em 2% das crianças	1	2	1	1	3	6º Lugar
Comportamento alimentar infantil relacionado com a quantidade de alimentos comprometido em 9% das crianças	1	4	0,5	1	2,5	7º Lugar
Comportamento alimentar infantil relacionado com a qualidade e variedade de alimentos comprometido em 15% das crianças	2	5	0,5	1	3,5	5º Lugar
Comportamento relacionado com as relações interpessoais reais (não virtuais) de boa qualidade comprometido em 2,5% das crianças	1	2	0,5	1	1,5	8º Lugar

Analisando os resultados demonstrados na tabela 7 é possível identificar como principal problema para intervenção o seguinte diagnóstico de enfermagem: comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em 41% das crianças.

4.6 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos permite delinear as estratégias de intervenção de uma forma muito clara, pois identifica o estado atual de uma comunidade e o estado que se pretende que alcance, onde e até quando. Podem-se definir várias categorias de objetivos: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas (Melo, 2020, pp. 23-24)

Na tabela 8, apresento a finalidade, os objetivos e as metas definidas:

Tabela 8 - Definição da finalidade, objetivos e metas

Finalidade		
Promover o empoderamento comunitário para regulação do acesso das crianças, entre os 6 e os 8 anos do AE [REDACTED], às novas tecnologias		
Foco Principal Gestão comunitária comprometida	Objetivo geral I Melhorar a gestão comunitária	Meta Melhorar a gestão comunitária, até ao dia 27 de junho de 2025
Diagnóstico Liderança comunitária comprometida	Objetivo geral II Promover a liderança comunitária	Meta Promover a liderança comunitária, até ao dia 27 de junho de 2025
Subdiagnóstico Comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em 41% das crianças	Objetivo específico Diminuir para 20% o número de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs (Ganho em saúde de 21%)	Meta Diminuir para 20% o número de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs, até ao dia 27 de junho de 2025

Um objetivo sendo um enunciado de um resultado que se pretende atingir poderá traduzir-se em indicadores mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores permitem avaliar diversas variáveis que têm influência na saúde, perspetivando aspetos sociais, económicos, culturais, ambientais, epidemiológicos, de sustentabilidade, entre outros (Rodrigues, 2021, p. 84).

De acordo com Donabedian (2003), estes podem ser classificados como indicadores de processo (relacionados com a prestação dos cuidados de saúde), resultado (relacionados com o impacto dos cuidados de saúde) ou estrutura (referentes aos fatores que influenciam a prestação de cuidados de saúde. Ex: recursos humanos, financeiros, materiais).

Por forma a avaliar o objetivo específico que se pretende alcançar foi definido o seguinte indicador de resultado:

↳ Taxa de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças que adotam comportamentos inadequados relativamente às horas de exposição aos ecrãs}}{\text{N}^\circ \text{ total de crianças que participam no estudo}} \times 100\%$$

4.7 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A investigação científica é o alicerce que permite identificar estratégias de intervenção robustas e eficazes, que por sua vez podem ser replicadas na prática clínica por forma a alcançar os objetivos propostos através da prática baseada em evidência científica.

4.7.1 Prática especializada baseada na evidência: revisão integrativa da literatura

Após as fases descritas anteriormente, surgiu a necessidade de delinear estratégias de intervenção que resultassem na redução do número de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs e, consequentemente, contribuíssem para a redução da prevalência de casos de excesso de peso/obesidade infantil.

Em última instância, através da implementação das estratégias procura-se melhorar o nível de saúde das crianças e, portanto, a obtenção de ganhos em saúde.

A fase de seleção das estratégias consiste num combinado de técnicas específicas e organizadas para alcançar os objetivos delineados, tendo em conta a redução dos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

As estratégias devem ser selecionadas tendo em conta as relações custo-efetividade e custo-benefício, adaptadas à população-alvo, sendo que a sua escolha deve recair em estratégias exequíveis. As estratégias de promoção da saúde constituem um desafio para os profissionais de saúde e para serem eficazes devem considerar as crenças, os entendimentos da população-alvo e as teorias determinantes do comportamento (Rodrigues, 2021, p. 160).

O EESCSP deve delinear estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, com os recursos existentes, que permitam as mudanças desejáveis e consequente melhoria do estado de saúde da comunidade (Melo, 2020).

As estratégias devem procurar capacitar os grupos e comunidades vulneráveis, no sentido de estes adquirirem controlo sobre os determinantes de saúde e assim promoverem a sua saúde.

Para dar resposta a esta necessidade de definir estratégias baseadas em evidência científica, foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) segundo os princípios de Joanna Briggs Institute.

Segundo José Vilelas (2022), uma RIL:

“Consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de investigações, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de investigação é obter uma compreensão profunda de um determinado fenómeno baseando-se em estudos secundários. De todos os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de diferentes tipos de estudos proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica” (Vilelas, 2022, p. 125)

A RIL pressupõe que sejam seguidos padrões de rigor metodológico, apresentando os resultados com clareza permitindo a identificação das características reais dos estudos incluídos na revisão (Vilelas, 2022, p. 125).

Numa RIL a definição do protocolo de revisão permite a planificação antecipada dos métodos, pelo que reduz a probabilidade de possíveis erros, bem como permite a terceiros reproduzirem a mesma estratégia de pesquisa. É um método reprodutível que possibilita a comprovação e avaliação (Vilelas, 2022, p. 104).

Nos subcapítulos que se seguem, demonstro o protocolo de revisão relativo à RIL realizada, com o intuito final de identificar evidências científicas relativas às estratégias de intervenção que contribuem para limitar o tempo de exposição das crianças aos ecrãs.

Tal como sugere a literatura, o protocolo de revisão deve ser constituído por nove etapas:

- 1) “Definir a questão de investigação PI[C]OS/PICo/PIO e os objetivos;
- 2) Elaborar os critérios de elegibilidade, estabelecendo o tipo de estudos, de participantes, de intervenções e resultados a serem examinados;
- 3) Executar uma pesquisa global de todas as fontes relevantes para os estudos potencialmente elegíveis;
- 4) Examinar os estudos para decidir da sua elegibilidade, sempre que possível utilizando dois revisores independentes;

- 5) Desenhar uma tabela para descrever as características dos estudos que foram incluídos;
- 6) Apreciar a qualidade metodológica dos estudos que foram incluídos;
- 7) Extrair os dados;
- 8) Analisar os resultados dos estudos, usando a síntese estatística dos dados (metanálise), se apropriado;
- 9) Preparar um relatório de revisão, estabelecendo objetivos, recursos, métodos, e descrevendo os resultados e conclusões, para publicar” (Vilelas, 2022, p. 104).

A prática de cuidados especializados em Enfermagem evoluiu de acordo com o avanço da investigação. É competência do enfermeiro especialista colaborar para a investigação, produzindo evidência científica que contribua para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem (OE, 2019b).

4.7.1.1 Título

O título deve refletir com precisão o tema sob revisão, pelo que foi definido o seguinte título:

- ❖ Revisão Integrativa da Literatura - Intervenções em saúde escolar utilizadas por enfermeiros especialistas para redução do tempo de exposição das crianças aos ecrãs.

4.7.1.2 Questão de investigação

Para a construção de um protocolo de RIL, é essencial definir inicialmente a questão de investigação. Para tal, importa ter em conta a mnemónica PI[C]OS/PICo/PIO (Vilelas, 2022, p. 104). Também a verificação dos critérios FINER são essenciais, ou seja, uma boa questão de investigação deve ser exequível, interessante, nova, ética e relevante (Fonseca, et al., 2008).

A questão de investigação definida para este protocolo considerou a mnemónica PIO, ou seja, incluiu os conceitos relativos à população, intervenções e resultados.

A questão formulada foi a seguinte:

- ❖ Quais as intervenções em saúde escolar lideradas por enfermeiros especialistas (I) que reduzem o tempo de tela (O) a que as crianças estão expostas (P)?

4.7.1.3 Definição da mnemónica

A mnemónica PIO é uma técnica utilizada na prática baseada na evidência para enquadrar e responder à questão de investigação de forma relevante para a literatura. Esta mnemónica inclui a população (P), as intervenções (I) e por fim os resultados (O).

Considerei como população, as crianças com idades compreendidas entre os seis e os oito anos. Relativamente às intervenções, defini as intervenções em saúde escolar lideradas por enfermeiros especialistas. Por último, pretendi obter resultados relacionados com a redução do tempo de exposição aos ecrãs (Quadro 2).

Quadro 2 - Mnemónica PIO

Acrónimo	Significado	Componente da questão em estudo
P	População	Crianças com idades entre os 6 e os 8 anos
I	Intervenções	Intervenções em saúde escolar lideradas por enfermeiros especialistas
O	Resultados	Redução do tempo de exposição aos ecrãs

4.7.1.4 Objetivos

Os objetivos espelham as metas propostas a alcançar, representando as características dos participantes, as ações a desenvolver e os resultados esperados, sendo fundamental que respondam às questões de investigação (Apóstolo, 2017).

Como objetivo geral pretendeu-se identificar evidência científica acerca das intervenções realizadas por enfermeiros especialistas que contribuam para a redução do tempo de exposição das crianças aos ecrãs.

Os objetivos específicos definidos foram os seguintes:

- ❖ Reconhecer o que refere a evidência científica sobre a relação entre tempo de exposição aos ecrãs, excesso de peso/obesidade infantil e as complicações para a saúde;
- ❖ Identificar as estratégias de intervenção desenvolvidas por enfermeiros especialistas que são mais eficazes na redução do tempo de exposição das crianças aos ecrãs;

- ❖ Identificar o que refere a evidência científica sobre a articulação dos enfermeiros especialistas com os diferentes parceiros comunitários, por forma a limitar o tempo de exposição das crianças aos ecrãs.

4.7.1.5 Palavra-chave, Descritores e Truncatura

Com base na questão de investigação formulada foram definidos os termos de pesquisa e descritores. Para definição das palavras-chave realizei uma rápida pesquisa para perceber quais eram as palavras utilizadas mais frequentemente em títulos (termos de linguagem natural), sendo que nesta pesquisa inclui os termos definidos na mnemónica PIO (Peters, et al., 2020).

As palavras-chave que defini encontram-se no quadro 3, sendo que posteriormente realizei a tradução para o idioma inglês. Posteriormente, procurei saber quais os descritores *DeCS/MeSh* e *Cinahl Headings* que se relacionavam com as palavras-chaves que defini.

Recorri ainda à utilização da truncatura asterisco, que permite representar todos os caracteres possíveis após a última letra da palavra (Freitas, et al., 2023).

Quadro 3 - Palavra-chave e Descritores

Palavras-chave	Key-Words	CINAHL Headings	DeCS/MeSh
Crianças	Child	Child	Child
Enfermeiros	Nurses	Nurs*	Nurs*
Enfermeiros de saúde pública	Public health nurses	Public health nurs*	Public health nurs*
Enfermeiros de saúde comunitária	Community health nurses	Community health nurs*	Community health nurs*
Programa	Program	Program development	Program development
Educação em saúde	Health education	Health education	Health education
Enfermagem escolar	School nursing	School nursing	School nursing
Tempo de tela	Screen time	Screen time	Screen time
Sedentarismo	Sedentary behavior	Sedentary behavior	Sedentary behavior
Obesidade	Obesity	Obesity	Obesity

4.7.1.6 Operadores booleanos

Os operadores booleanos são fundamentais na criação da estratégia de pesquisa, pois são utilizados para unir os termos de interesse da pesquisa ao estabelecerem relações lógicas distintas entre termos científicos, melhoram a precisão da pesquisa e permitem a união, interseção ou exclusão das palavras-chave inseridas nos campos de pesquisa (Freitas, et al., 2023).

Para esta pesquisa utilizei o “AND” que permite selecionar apenas artigos que contenham os termos pesquisados, e o “OR” que permite alargar a pesquisa ao surgirem também os artigos que só contenham um dos termos (Freitas, et al., 2023).

4.7.1.7 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de seleção são necessários para qualquer pesquisa científica e têm como finalidade orientar a pesquisa e selecionar a literatura em função dos resultados pretendidos e da questão formulada. Estes podem ser de inclusão ou de exclusão. No quadro são apresentados os critérios estabelecidos.

Quadro 4 - Critérios de seleção

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Crianças entre os 6 e 8 anos	Crianças com idade inferior a 6 anos, crianças com idade superior a 8 anos, adolescentes, adultos e idosos
Intervenções	Estudos que descrevam as intervenções associadas aos cuidados de enfermagem (que resultem na redução do tempo de tela)	Estudos que incluam intervenções de enfermagem que não estejam relacionadas com a redução do tempo de tela
Resultados	Redução do tempo de exposição aos ecrãs	Outros resultados que não sejam a redução do tempo de exposição aos ecrãs

4.7.1.8 Bases de dados

Para este protocolo de RIL, as pesquisas foram realizadas na base de dados MEDLINE® (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) via PubMed e ainda nas bases de dados CINAHL® (Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature) e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, via EBSCOhost.

Através de cada uma das bases de dados realizei as pesquisas de evidência científica utilizando para tal as palavras-chaves, os termos/descriptores, a truncatura e os operadores booleanos definidos anteriormente.

Para as pesquisas nas bases de dados foram utilizados 3 limitadores de pesquisa, nomeadamente a seleção dos artigos com texto integral, resumo disponível e a idade de crianças entre os 6 e os 12 anos, excluindo assim todas as outras faixas etárias.

4.7.1.9 Identificação dos estudos e diagrama de PRISMA

Numa primeira fase da pesquisa de evidência científica, foi realizada uma primeira pesquisa nas bases de dados de modo a listar as palavras mais comumente utilizadas nos títulos e resumos de artigos desenvolvidos na área científica pretendida, assim como os termos de indexação. Na segunda fase, as palavras-chave, os descritores, a truncatura e os operadores booleanos definidos foram combinados de modo a formar equações de pesquisa. As estratégias de pesquisa de evidências científicas utilizadas no dia 23 de fevereiro de 2025 encontram-se na tabela abaixo.

Tabela 9 - Estratégia de pesquisa realizada no dia 23 de fevereiro de 2025

BASE DE DADOS DE ACESSO RESERVADO					
Número de pesquisa	Base de dados	Campos de pesquisa / Operadores booleanos	Equação de pesquisa	Limitadores de pesquisa	Número de artigos
1	CINAHL® Complete	Título (TI) OR Resumo (AB)	(Child AND (nurse OR public health nurses OR community health nurses) AND (program OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))	Texto integral; Resumo disponível;	1

		OR MH Exact Subject Heading	(Child AND (nurs* OR public health nurs* OR community health nurs*) AND (program development OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))	Idade 6-12 anos.	
2	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Título (TI) OR Resumo (AB)	(Child AND (nurse OR public health nurses OR community health nurses) AND (program OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))	Texto integral	1
		OR Todos os campos	(Child AND (nurs* OR public health nurs* OR community health nurs*) AND (program development OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))		
3	MEDLINE [®] Complete	Título (TI) OR Resumo (AB)	(Child AND (nurse OR public health nurses OR community health nurses) AND (program OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))	Texto integral; Resumo disponível; Idade 6-12 anos.	75
		OR Termos MeSH	(Child AND (nurs* OR public health nurs* OR community health nurs*) AND (program development OR health education OR school nursing) AND screen time AND (sedentary behavior OR obesity))		
				Total de artigos	77

Após a pesquisa, os estudos obtidos nas diferentes bases de dados foram exportados para o *software Mendeley*[®], o qual permitiu a eliminação de 2 artigos duplicados.

Posteriormente, a seleção dos artigos foi realizada em duas etapas. A primeira inclui a leitura dos títulos e resumos e a eliminação daqueles que não cumprem os critérios de seleção. Na segunda etapa, os estudos que cumpriam os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos passaram à fase de leitura integral seguindo o processo de análise de texto completo. A tabela 10 demonstra o processo de seleção dos artigos.

Durante a análise dos artigos foram identificadas como razões de eliminação:

- 1 – População-alvo diferente
- 2 – Não refere intervenções que limitem o tempo de exposição aos ecrãs
- 3 – Desviante da temática da RIL

Tabela 10 - Exclusão de artigos

Título do artigo	Fase de exclusão do artigo			Artigo incluído para o estudo	Nº da razão da eliminação
	Título	Resumo	Leitura na íntegra		
1. Improving National and International Surveillance of Movement Behaviours in Childhood and Adolescence: An International Modified Delphi Study		X			3
2. Effects of the dyadic FirstStep2Health intervention on parents' behaviour and anthropometric outcomes: a secondary analysis of a cluster randomised trial			X		2
3. Associations of perceived neighbourhood and home environments with sedentary behaviour among adolescents in 14 countries: the IPEN adolescent cross sectional observational study	X				1
4. Proportion and Correlates of Children in the US-Affiliated Pacific Region Meeting Sleep, Screen Time, and Physical Activity Guidelines		X			2
5. Late bedtime combined with more screen time before bed increases the risk of obesity and lowers diet quality in Spanish children		X			2
6. Environmental Correlates of Physical Activity and Screen-Time in Youth with Autism Spectrum Disorder: A Seven-Country Observational Study	X				1
7. Dietary Quality Evidenced by the Healthy Eating Index and Cardiovascular Disease Risk Factors in Kuwaiti Schoolchildren	X				3
8. Longitudinal relationship between screen-based sedentary behavior and nutrient intake in Japanese children: an observational epidemiological cohort study	X				3
9. Perceived Quality of Life Is Related to a Healthy Lifestyle and Related Outcomes in Spanish Children and Adolescents: The Physical Activity, Sedentarism, and Obesity in Spanish Study	X				2
10. Managing Screen Use in the Under-Fives: Recommendations for Parenting Intervention Development	X				1
11. A Qualitative Study on Parenting Practices to Sustain Adolescent Health Behaviors in American Indian Families	X				1
12. Association Between Daily Physical Education Attendance and Meeting 24-Hour Movement Guidelines in Adolescence and Adulthood	X				1
13. Weight self-misperception and obesity-related knowledge, attitudes, lifestyle behaviours and cardio-metabolic markers among Chinese school-aged children and adolescents		X			2

14. Parent Weight, Diet, Active Living, and Food-Related Outcomes of the Family-Focused:NU-HOME Randomized Controlled Trial: NU-HOME Randomized Controlled Trial		X			3
15. Impact of Miranos! on parent-reported home-based healthy energy balance-related behaviors in low-income Latino preschool children: a clustered randomized controlled trial		X			1
16. The Emerging Prevalence of Obesity within Families in Europe and its Associations with Family Socio-Demographic Characteristics and Lifestyle Factors; A Cross-Sectional Analysis of Baseline Data from the Feel4Diabetes Study	X				3
17. Childhood obesity risk increases with increased screen time: a systematic review and dose-response meta-analysis		X			2
18. Association between Sedentary Behavior during Leisure Time and Excessive Weight in Chinese Children, Adolescents, and Adults		X			2
19. Associations between meeting 24-hour movement guidelines and quality of life among children and adolescents with autism spectrum disorder	X				1
20. Are Physical Activity and Sedentary Screen Time Levels Associated With Food Consumption in European Adolescents? The HELENA Study	X				1
21. School-based obesity prevention programs in rural communities: a scoping review			X		2
22. Impact of COVID-19 on childhood obesity: Data from a paediatric weight management trial	X				3
23. Study protocol for an effectiveness-implementation hybrid trial to evaluate a health promotion intervention in parents and their 5-year-old child: Saga Stories in health talks in Swedish child healthcare	X				1
24. Influences of the COVID-19 Pandemic on Obesity and Weight-Related Behaviors among Chinese Children: A Multi-Center Longitudinal Study	X				3
25. Your best day: An interactive app to translate how time reallocations within a 24-hour day are associated with health measures	X				3
26. Independent and Combined Association of Lifestyle Behaviours and Physical Fitness with Body Weight Status in Schoolchildren		X			2
27. Determinants of Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents: The PASOS Study	X				3
28. Combined Body Mass Index and Waist-to-Height Ratio and Its Association with Lifestyle and Health Factors among Spanish Children: The PASOS Study		X			3
29. Prospective Association of Maternal Educational Level with Child's Physical Activity, Screen Time, and Diet Quality		X			2

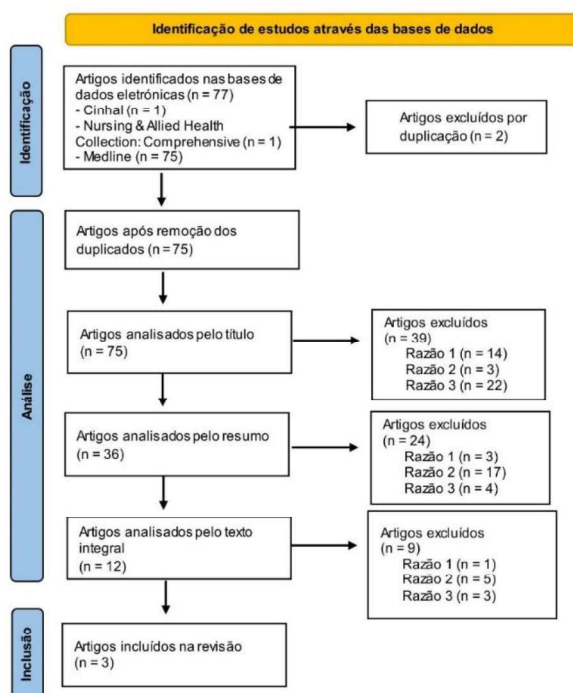
30. Rural-urban differences in body mass index and obesity-related behaviors among low-income preschoolers	X				3
31. Sedentary behaviour in non-ambulant children and young people with physical disabilities: a systematic search and review protocol	X				3
32. Rural Latino parent and child physical activity patterns: family environment matters	X				3
33. Study protocol for Healthy Conversations @ Playgroup: a multi-site cluster randomized controlled trial of an intervention to promote healthy lifestyle behaviours in young children attending community playgroups		X			1
34. Examination of the '5-2-1-0' Recommendations in Racially Diverse Young Children Exposed to Tobacco Smoke	X				3
35. Concurrent screen use and cross-sectional association with lifestyle behaviours and psychosocial health in adolescent females	X				1
36. Associations between Screen-Based Activities, Physical Activity, and Dietary Habits in Mexican Schoolchildren		X			2
37. Family-based intervention to prevent childhood obesity among school-age children of low socioeconomic status: study protocol of the FIVALIN project			X		2
38. Applying the Behavior Change Technique Taxonomy to Four Multicomponent Childhood Obesity Interventions		X			3
39. Mediterranean Diet, Screen-Time-Based Sedentary Behavior and Their Interaction Effect on Adiposity in European Adolescents: The HELENA Study	X				1
40. A practical approach to obesity prevention: Healthy home habits				!	
41. Development of Australian physical activity and screen time guidelines for outside school hours care: an international Delphi study	X				2
42. Universal childhood obesity prevention in a rural community: Study design, methods and baseline participant characteristics of the NU-HOME randomized controlled trial.			X		2
43. The impact of summer vacation on children's obesogenic behaviors and body mass index: a natural experiment	X				3
44. Sleep is Inversely Associated with Sedentary Time among Youth with Obesity	X				1
45. A scoping review of physical activity and screen time guidelines for use in Outside School Hours Care	X				2
46. Evolution of the Habits of Physical Activity and Television Viewing in Spanish Children and Pre-Adolescents between 1997 and 2017	X				3

47. Lifestyle-Related Determinants of Obesity Among Omani Children		X			2
48. Determinants of new onset cardiometabolic risk among normal weight children	X				3
49. Exploring Mediation Roles of Child Screen-Viewing between Parental Factors and Child Overweight in Taiwan		X			2
50. Social correlates of sedentary behavior in young people: The UP&DOWN study	X				1
51. Reproducibility of a Short-Form, Multicomponent Dietary Questionnaire to Assess Food Frequency Consumption, Nutrition Knowledge, and Lifestyle (SF-FFQ4PolishChildren) in Polish Children and Adolescents	X				3
52. Changes in weight status, quality of life and behaviours of South Australian primary school children: results from the Obesity Prevention and Lifestyle (OPAL) community intervention program		X			1
53. The Importance of Self-Monitoring for Behavior Change in Youth: Findings from the SWITCH() School Wellness Feasibility Study	X				1
54. Physical activity and screen time in out of school hours care: an observational study		X			2
55. School-based secondary prevention of overweight and obesity among 8- to 12-year old children: Design and sample characteristics of the SNAPSHOT trial			X		2
56. Lowering Saturated Fat and Increasing Vegetable and Fruit Intake May Increase Insulin Sensitivity 2 Years Later in Children with a Family History of Obesity	X				3
57. Risk-Taking Behaviors in Iranian Children and Adolescents: A Latent Class Analysis Approach: Caspian IV Study		X			2
58. Tailored communications for obesity prevention in pediatric primary care: a feasibility study			X		3
59. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis	X				3
60. Does home equipment contribute to socioeconomic gradients in Australian children's physical activity, sedentary time and screen time?		X			2
61. Reducing Recreational Sedentary Screen Time: A Community Guide Systematic Review			X		1
62. Promoting healthful family meals to prevent obesity: HOME Plus, a randomized controlled trial	X				3
63. Perceptions of low-income mothers about the causes and ways to prevent overweight in children.	X				3

64. Biological and Sociocultural Differences in Perceived Barriers to Physical Activity Among Fifth- to Seventh-Grade Urban Girls	X				3
65. HOME Plus: Program design and implementation of a family-focused, community-based intervention to promote the frequency and healthfulness of family meals, reduce children's sedentary behavior, and prevent obesity			X		3
66. Reducing youth screen time: qualitative metasynthesis of findings on barriers and facilitators	X				1
67. Weight management-related assessment and counseling by primary care providers in an area of high childhood obesity prevalence: current practices and areas of opportunity		X			2
68. Are context-specific measures of parental-reported physical activity and sedentary behaviour associated with accelerometer data in 2-9-year-old European children?		X			2
69. Physical activity and sedentary behaviour in European children: the IDEFICS study		X			2
70. Risk factors for childhood overweight: a 30-month longitudinal study of 3- to 6-year-old children	X				3
71. The Healthy Home Offerings via the Mealtime Environment (HOME) Plus study: design and methods			X		3
72. Sociodemographic and home environment predictors of screen viewing among Spanish school children		X			2
73. Weight status and health characteristics of rural Saskatchewan children	X				3
74. Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children				✓	
75. SWITCH: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity				✓	

A construção do diagrama PRISMA-ScR (figura 6) permite apresentar de forma clara e organizada todo o processo de seleção dos artigos e o número de artigos obtidos nas várias fases do processo de revisão.

Figura 6 - Diagrama PRISMA-ScR



Através da interpretação do Diagrama PRISMA-ScR é possível perceber que das pesquisas realizadas nas bases de dados CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MEDLINE® foi possível obter um total de 77 artigos. Através do *software Mendeley*, foi possível identificar artigos em duplicado, pelo que foram excluídos 2 artigos, ficando assim 75 artigos para análise.

Através da leitura e análise dos títulos de cada um dos 75 artigos, foram excluídos 39 artigos. Dos 36 artigos restantes, foi realizada a leitura e análise do resumo, sendo que nesta etapa foram excluídos 24 artigos. Por fim, após a leitura e análise do texto integral dos 12 artigos, foram excluídos 9 destes, pelo que no final foram incluídos no estudo um total de 3 artigos por serem os que melhor se relacionam com a questão de investigação.

Durante estas etapas, o ideal seria que a análise de cada artigo tivesse sido realizada por pelo menos dois revisores, de forma independente. Porém, uma vez que o presente relatório se trata de um trabalho individual tal não foi possível.

Quadro 5 - Estudos selecionados para a RIL

Número do artigo	Título
Artigo nº 40	<i>A practical approach to obesity prevention: Healthy home habits.</i>
Artigo nº 74	<i>Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children.</i>
Artigo nº 75	<i>SWITCH: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity.</i>

4.7.1.10 Extração dos dados

As extrações dos dados relativos aos 3 artigos selecionados, encontram-se de seguida apresentados em quadros, de forma a fornecer um resumo lógico e descritivo dos resultados que respondem aos objetivos e à questão de investigação. Dos 3 artigos selecionados, procedeu-se ao preenchimento dos seguintes quadros:

Quadro 6 - Extração de dados do Artigo n.º40

Título (artigo nº 40)	<i>A practical approach to obesity prevention: Healthy home habits.</i>
Autor(es)	Sharon Fruh, Susan Williams, Katey Hayes, Caitlyn Hauff, Geoffrey M Hudson, Scott Sittig, Rebecca J Graves, Heather Hall, Jennifer Barinas.
Ano de publicação	2021
País de origem	Não referido
Objetivos / Finalidade	Discutir a literatura recente relacionada com os hábitos saudáveis e não saudáveis que os enfermeiros podem discutir com os seus pacientes para iniciar a conversa relacionada com a prevenção da obesidade.
Tipo de estudo	Quanto ao modo de abordagem: qualitativo Quanto ao objetivo geral: descritivo Quanto aos procedimentos técnicos: fenomenológico
População do estudo e tamanho da amostra	Crianças e jovens adolescentes (não refere a dimensão da amostra).
Metodologia / Métodos	Utilização do Modelo de Comportamento de Fogg pelos enfermeiros, para incentivar a mudança do comportamento encorajando as famílias a adquirir hábitos de vida saudáveis, por meio do uso de tecnologia persuasiva.
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os hábitos de saúde da família e áreas que precisam de melhorias; - Avaliar a prontidão e o nível de motivação do indivíduo e da família para aprender; - Identificar experiências anteriores relacionadas com a implementação de novos hábitos saudáveis; - Ajudar os membros da família a entender a importância dos hábitos saudáveis em casa e a estabelecer metas realistas;

	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre como implementar comportamentos saudáveis, fornecer recomendações para contornar as barreiras e utilizar técnicas breves de entrevista motivacional para ajudar a facilitar a mudança de comportamento; - Realizar visitas estruturadas e de forma regular para gerir o progresso dos hábitos saudáveis das famílias; - Encorajar as famílias a adquirir hábitos de vida saudáveis, abordando as três principais áreas de prevenção da obesidade: nutrição e consumo, padrões de atividade e <i>stress</i> dentro de casa. - Definir com a família um cronómetro para o tempo que as crianças/jovens têm disponível para utilizar ecrãs e definir um plano de atividade física para quando terminar o tempo estipulado de utilização de ecrãs; - Encorajar as crianças e jovens a incluir atividade física durante os intervalos na escola; - Incentivar as famílias a desenvolver um plano de utilização de ecrãs, estabelecendo regras, limitando o tempo de exposição aos ecrãs e excluindo a utilização durante as refeições e antes de dormir; - Reunir recursos informativos para partilhar com as famílias para reforçar os hábitos saudáveis; - Sugerir a utilização de aplicações de telemóvel, baseadas em evidências, para fornecer suporte contínuo e lembretes para monitorizar os comportamentos.
Duração da intervenção	Não aplicável
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções centradas na família têm-se mostrado promissoras; - Incentivar a mudança de comportamento relacionada aos hábitos saudáveis associados à prevenção do excesso de peso e da obesidade pode ter um impacto de longo prazo na saúde de uma família inteira; - Estabelecer hábitos associados à redução do risco de obesidade e excesso de peso no início da infância pode ter efeitos duradouros na idade adulta.
Conclusões	<p>O excesso de peso e a obesidade estão associados a uma série de complicações de saúde: doença cardiovascular, diabetes tipo II, hipertensão arterial, problemas respiratórios e depressão.</p> <p>Crianças com excesso de peso ou obesidade têm mais probabilidades de enfrentar excesso de peso ou obesidade quando adultas. Por esse motivo, é essencial que os esforços para a prevenção do excesso de peso/obesidade incluam as crianças, jovens e as suas famílias.</p> <p>Os enfermeiros podem desempenhar um papel vital na prevenção da obesidade nas crianças, adolescentes e adultos. É essencial informar sobre como melhorar hábitos saudáveis para diminuir a probabilidade de obesidade ou excesso de peso, contribuindo para um impacto positivo a longo prazo na saúde de uma família inteira.</p> <p>As principais recomendações dizem respeito às áreas da nutrição e consumo, padrões de atividade e <i>stress</i> dentro de casa.</p>

Quadro 7 - Extração de dados do Artigo n.º74

Título (artigo nº 74)	<i>Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children.</i>
Autor(es)	Pamela S Moores
Ano de publicação	2010
País de origem	Newfoundland – Canadá
Objetivos / Finalidade	Avaliar a implementação de uma iniciativa de promoção da saúde que incentive a alimentação saudável e a atividade física em crianças pequenas.
Tipo de estudo	<p>Quanto ao modo de abordagem: qualitativo/quantitativo</p> <p>Quanto ao objetivo geral: exploratório</p> <p>Quanto aos procedimentos técnicos: grupos focais</p>
População do estudo e tamanho da amostra	O programa tem como alvo crianças de três a oito anos de idade que frequentam programas de pré-escola e escola primária. Os potenciais facilitadores do programa

	incluem enfermeiros de saúde pública, funcionários e voluntários com centros de recursos familiares, creches e programas de pré-escola/pós-escola.
Metodologia / Métodos	Educação dos parceiros comunitários (enfermeiros de saúde pública, funcionários e voluntários com centros de recursos familiares, creches e programas de pré-escola/pós-escola), através de <i>workshops</i> relacionados com a utilização dos kits de recursos CATCH, para que estes promovam comportamentos saudáveis em crianças pequenas.
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	Crianças com o Objetivo de “Escolher Saúde” (CATCH) é um <i>kit</i> de recursos que foi desenvolvido para uso em vários ambientes comunitários. O <i>kit</i> contém atividades e recursos que promovem comportamentos saudáveis. Os <i>workshops</i> educaram aproximadamente 100 indivíduos sobre como usar o kit de recursos no seu centro ou escola. Quarenta e cinco kits de recursos foram disseminados nos <i>workshops</i> , que foram então usados ao longo dos meses seguintes. Foi conduzida uma avaliação em duas etapas: 1) feedback do <i>workshop</i> e 2) pesquisas de acompanhamento e grupos focais.
Duração da intervenção	Durante o outono de 2008
Resultados	<p>No geral, 99% dos participantes do <i>workshop</i> ficaram satisfeitos com o <i>workshop</i> e sentiram-se preparados para usar o kit. Noventa e nove por cento dos participantes sentiram que o <i>workshop</i> forneceu informações novas e úteis e os motivou a fazer mais promoção da saúde. Cem por cento indicaram que se sentiram preparados para usar o kit e que ele iria ser útil. Cerca de metade dos participantes indicou que espera usar o recurso o mais rápido possível.</p> <p>A pesquisa de acompanhamento a três grupos focais permitiu que identificassem pontos fortes, desafios e sugestões para melhorias. Como pontos fortes indicaram que a ferramenta era um recurso valioso, fácil de usar e fornecia uma variedade de atividades de promoção da saúde. Os desafios incluíam a necessidade de melhorar o acesso aos <i>kits</i> e as restrições de tempo. Como sugestões de melhorias foi referido a inclusão de mais informações para enviar para casa aos pais e desenvolvimento de atividades para reduzir o tempo de tela.</p>
Conclusões	<p>Crianças acima do peso e obesas têm significativamente maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, osteoporose, distúrbios alimentares, hipertensão arterial e problemas de saúde mental.</p> <p>A probabilidade de permanecerem acima do peso aumentam com a idade, sendo que cerca de 85% dos adolescentes obesos mantêm o mesmo registo na idade adulta.</p> <p>Hábitos formados na primeira infância são a base para a continuação desses comportamentos na vida adulta.</p> <p>A avaliação demonstrou que o <i>kit</i> de recursos CATCH pode ser um recurso eficaz de promoção da saúde para parceiros comunitários transmitirem mensagens saudáveis para crianças pequenas.</p> <p>Envolver os parceiros comunitários na partilha de responsabilidade em proporcionar uma vida saudável às crianças através de mensagens pode expandir o alcance dos esforços de promoção da saúde.</p> <p>É necessário o apoio e monitorização contínua para garantir que os parceiros e a equipa da comunidade tenham capacidade para ajudar a reunir esforços para a promoção da saúde.</p>

Quadro 8 - Extração de dados do Artigo n.º75

Título (artigo n.º 75)	<i>SWITCH: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity.</i>
Autor(es)	Joey C Eisenmann, Douglas A Gentile, Gregory J Welk, Randi Callahan, Sarah Strickland, Monica Walsh, David A Walsh
Ano de publicação	2008
País de origem	<i>Cedar Rapids e Lakeville</i> - Estados Unidos da América
Objetivos / Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a quantidade de hábitos de atividade física das crianças; - Reduzir a quantidade total de tempo de exposição das crianças aos ecrãs; - Aumentar o consumo de frutas e vegetais entre as crianças inscritas na intervenção;

	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ocorrência de excesso de peso/ ganho excessivo de peso durante o período do estudo; - Aumentar a consciencialização da comunidade sobre a epidemia da obesidade e as mudanças comportamentais desejadas.
Tipo de estudo	Estudo randomizado (envolve grupo de intervenção e de controlo).
População do estudo e tamanho da amostra	Alunos da terceira à quinta série que residem em duas cidades do centro-oeste (1359 crianças no total).
Metodologia / Métodos	Este artigo descreve a justificação, o <i>design</i> e a implementação de uma intervenção baseada na comunidade, na escola e na família, com vista à modificação de comportamentos-chave (atividade física, tempo de ecrã (Internet, televisão, videogames) e nutrição) relacionados com a obesidade infantil entre alunos do terceiro ao quinto ano de duas cidades do centro-oeste. A intervenção envolve um estudo em 10 escolas (5 escolas de intervenção e 5 escolas de controlo).
Tipo de intervenção, comparador e detalhes	<ul style="list-style-type: none"> - Realização e divulgação de orientações aos professores e pais voluntários; - Definição da semana consciencialização para realização do evento de lançamento nas escolas participantes; - Sensibilização comunitária: intervenção educativa para aumentar a consciencialização e conhecimento geral das comunidades-alvo sobre a prevenção da obesidade infantil; - Agendamento de reuniões nas escolas para introdução do SWITCH; - Distribuição de cartazes para as salas de aulas, ideias para quadros de avisos, folhetos com atividades, quebra-cabeças para as crianças e cópia do calendário mensal para as famílias. - Distribuição mensal às famílias de pacotes que incluem novos materiais para crianças e pais a cada mês; - Utilização de pedómetro para avaliar a atividade física das crianças; - Envolver os pais e filhos no cálculo do tempo semanal em que as crianças estão expostas aos ecrãs, bem como no cálculo do consumo de frutas e vegetais; - Avaliação da altura, peso corporal e circunferência da cintura em contexto escolar pela enfermeira escolar; - Aplicação de inquéritos às crianças e aos pais;
Duração da intervenção	Aproximadamente 9 meses
Resultados	O SWITCH forneceu dicas práticas e fáceis que levou os alunos a aumentar o nível de atividade física, a mudar a alimentação optando por ingerir mais quantidade de frutas e vegetais e ainda contribuiu para reduzir as horas de exposição das crianças aos ecrãs.
Conclusões	<p>É essencial um trabalho mais colaborativo, interdisciplinar e multinível (comunidade, escola e família) antes de um pacote de intervenção comprovado e eficaz para modificar comportamentos relacionados com a obesidade infantil.</p> <p>O SWITCH é uma intervenção baseada na comunidade, na escola e na família com vista à mudança de comportamentos-chave (atividade física, tempo de ecrã/visualização de televisão e nutrição) relacionados à obesidade infantil. A intervenção contribuiu para a adoção de melhores comportamentos de saúde pelas crianças, o que representa resultados favoráveis para a prevenção da obesidade infantil.</p>

À semelhança da fase de seleção dos estudos em que os artigos incluídos foram selecionados apenas por um único revisor, o mesmo se sucedeu também nesta fase de extração de dados, uma vez que o presente relatório trata-se de um trabalho individual.

4.7.1.11 Síntese dos resultados

“A síntese do conhecimento, dos estudos incluídos na revisão, reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre o fenómeno a partir das informações disponíveis limitadas e facilita a tomada de decisões com relação às intervenções que poderiam resultar no cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício” (Vilelas, 2022, p. 125).

A análise dos diferentes artigos obtidos por meio da RIL, foi ao encontro dos objetivos inicialmente definidos e à questão de investigação formulada. Permitiu a obtenção de novos conhecimentos científicos relativamente às estratégias de intervenção que poderão ser utilizadas por enfermeiros para prevenir a obesidade infantil, nomeadamente as que se relacionam com a limitação do tempo de exposição das crianças aos ecrãs.

A relação causa-efeito dos comportamentos sedentários (ex: exposição aos ecrãs), excesso de peso/obesidade e complicações de saúde (ex: doença cardiovascular, diabetes tipo II, hipertensão arterial, problemas respiratórios e depressão, tumores) está comprovada cientificamente e é frequentemente mencionada nos artigos que abordam estas temáticas.

Crianças com excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade enfrentar a mesma problemática na idade adulta e, conseqüentemente, uma probabilidade significativamente maior de desenvolver complicações de saúde. Por esse motivo, é essencial apostar na promoção da saúde e prevenção de complicações, sendo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros podem desempenhar um papel vital na prevenção da obesidade nas crianças, adolescentes e adultos (Fruh, et al., 2021).

Em todos os artigos analisados é evidenciada a importância de desenvolver um trabalho mais colaborativo, interdisciplinar e multinível, que implica envolver a comunidade, as escolas e as famílias. Por forma a obter resultados eficazes e duradouros relativamente à mudança de comportamentos é crucial consciencializar e incentivar os diferentes parceiros comunitários a reunir esforços e se organizarem, antes da implementação do plano de intervenção (Eisenmann, et al., 2008).

Os potenciais facilitadores da implementação de projetos de intervenção comunitária incluem enfermeiros (ex: enfermeiros de saúde pública), funcionários e voluntários com centros de recursos familiares, creches e programas de pré-escola/pós-escola (Moore, 2010).

Integrar nos projetos de intervenção os diferentes parceiros comunitários, partilhando mutuamente a responsabilidade de intervir na prevenção da obesidade infantil, contribui de forma efetiva para proporcionar uma vida saudável às crianças. A transmissão de mensagens

saudáveis através de entidades ou pessoas de referência para a comunidade pode expandir o alcance dos esforços de promoção da saúde (Moore, 2010).

Os estudos referem ainda que as intervenções centradas na família têm-se demonstrado promissoras, sendo que o impacto não se restringe apenas às crianças, mas de uma forma mais alargada a toda a família, com impacto a longo prazo (Fruh, et al., 2021).

As intervenções associadas à redução do risco de excesso de peso/obesidade durante o início da infância têm ainda revelado efeitos duradouros na idade adulta. Os hábitos formados na primeira infância são a base para a continuação desses comportamentos na vida adulta (Moore, 2010).

Através da implementação de intervenções que envolvam a comunidade, as escolas e as famílias, pretende-se a modificação de comportamentos-chave (atividade física, tempo de ecrã (Internet, televisão, videogames) e nutrição) (Eisenmann, et al., 2008).

A utilização do Modelo de Comportamento de Fogg pelos enfermeiros foi identificada num estudo, como uma das estratégias para incentivar a mudança do comportamento encorajando as famílias a adquirir hábitos de vida saudáveis, por meio do uso de tecnologia persuasiva (Fruh, et al., 2021).

Outras estratégias de intervenção incluem a aplicação de inquéritos às crianças e pais, por forma a conhecer os hábitos de saúde das famílias e as áreas que precisam de melhorias. Permitem ainda avaliar a prontidão e o nível de motivação das crianças e das famílias para aprender, bem como identificar experiências anteriores relacionadas com a implementação de novos hábitos saudáveis. Após a recolha dos dados mencionados anteriormente, os enfermeiros devem ajudar os membros da família a entender a importância dos hábitos saudáveis em casa e a estabelecer metas realistas (Fruh, et al., 2021).

No contexto escolar, a definição da semana consciencialização para a prevenção da obesidade através da redução do tempo de exposição de ecrãs e o aumento do tempo de atividade física é uma estratégia para difundir a mensagem a toda a comunidade escolar (Eisenmann, et al., 2008).

A maior adesão da comunidade, crianças e famílias será passível de ser atingida através da sensibilização comunitária e da educação para aumentar a consciencialização e o conhecimento geral das comunidades-alvo sobre a prevenção da obesidade infantil (Eisenmann, et al., 2008).

A educação poderá incidir no ensino sobre como implementar comportamentos saudáveis, fornecer recomendações para contornar as barreiras e utilizar técnicas breves de entrevista motivacional para ajudar a facilitar a mudança de comportamento (Fruh, et al., 2021).

Nos ensinamentos devem ser abordadas as três principais áreas de prevenção da obesidade: nutrição e consumo, padrões de atividade (ex: limitar o uso de ecrãs) e *stress* dentro de casa, incentivando as famílias a adquirir hábitos de vida saudáveis (Fruh, et al., 2021).

A criação e partilha de recursos informativos com as famílias é uma estratégia a considerar para reforçar os hábitos saudáveis que as mesmas devem adotar (Fruh, et al., 2021).

Outra medida importante será encorajar as famílias a desenvolver um plano de utilização de ecrãs, estabelecendo regras, limitando o tempo de exposição das crianças aos ecrãs e excluindo a utilização durante as refeições e antes de dormir (Fruh, et al., 2021).

É essencial capacitar as famílias para participarem de forma ativa no seu próprio processo de saúde e das suas crianças. Importa envolvê-las no cálculo do tempo semanal em que as crianças estão expostas aos ecrãs, bem como no cálculo do consumo de frutas e vegetais.

Sugerir a utilização de um cronómetro para o tempo que as crianças/jovens têm disponível para utilizar ecrãs e definir um plano de atividade física para quando terminar o tempo estipulado de utilização de ecrãs parece ser uma hipótese a considerar. Também a utilização do pedómetro para avaliar a atividade física das crianças (Eisenmann, et al., 2008) e a utilização de outras aplicações de telemóvel, baseadas em evidências, para fornecer suporte contínuo e lembretes para monitorizar os comportamentos devem ser consideradas (Fruh, et al., 2021).

Por outro lado, a distribuição mensal às famílias de pacotes que incluem novos materiais para crianças e pais, nomeadamente folhetos com atividades, quebra-cabeças para as crianças e cópia do calendário mensal para as famílias possibilitam o desenvolvimento e implementação de atividades que reduzem o tempo de exposição das crianças aos ecrãs (Eisenmann, et al., 2008).

Importa também encorajar as crianças e jovens a incluir atividade física durante os intervalos na escola, ao invés da utilização de recursos tecnológicos (ecrãs) (Fruh, et al., 2021).

Outra sugestão mencionada nos estudos é o agendamento de reuniões nas escolas, a realização e divulgação de orientações aos professores e pais voluntários, e a distribuição de cartazes informativos para as salas de aulas e de ideias para quadros de avisos (Eisenmann, et al., 2008).

Em contexto escolar, poderão ser ainda dinamizados pelos enfermeiros *workshops* que envolvam por exemplo professores e pais voluntários, fornecendo novas e úteis informações que motivem a implementação de estratégias de promoção da saúde. Durante as sessões poderão ser distribuídos *kits* que contêm atividades e recursos que promovem comportamentos saudáveis. Por outro lado, é um ótimo momento para questionar e identificar pontos fortes, desafios e sugestões para melhorias (Moore, 2010).

O enfermeiro de saúde escolar deve ter ainda um papel ativo na avaliação da altura, peso corporal e circunferência da cintura das crianças e realizar visitas estruturadas e de forma regular para gerir o progresso dos hábitos saudáveis das crianças e famílias (Eisenmann, et al., 2008).

Em suma, é necessário por parte dos enfermeiros o apoio e monitorização contínua para garantir que os parceiros e a equipa da comunidade mantenham a capacidade para ajudar a reunir esforços para a promoção da saúde (Moore, 2010).

4.7.2 Diretrizes e recomendações a considerar para a prática

Para além da pesquisa de evidências científicas nas bases de dados, a realização da pesquisa de literatura cinzenta acrescenta valor à revisão da literatura, porque habitualmente permite obter informações mais atuais do que as que já se encontram publicadas (Vilelas, 2022, p. 111).

“A literatura cinzenta refere-se aos documentos científicos que não são disponibilizados pelas vias habituais de publicação. Inclui documentos produzidos por organizações governamentais, trabalhos e *abstracts* de conferências, materiais produzidos por sociedades médicas e/ou grupos de investigação disponibilizados apenas em *websites*, teses e/ou dissertações académicas, ensaios clínicos em progresso, entre outros” (Vilelas, 2022, p. 111).

Após a realização da RIL, efetuei a pesquisa de literatura cinzenta, a qual me permitiu aceder a documentos com informações também elas relevantes e que passo a descrever de seguida.

A OMS emanou diretrizes sobre a atividade física e o comportamento sedentário, as quais fornecem recomendações de saúde pública baseadas em evidência científica.

De acordo com o documento “Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário num piscar de olhos” (2020), os benefícios da atividade física para a saúde das crianças são múltiplos e contribuem para a mitigação de riscos para a saúde. É recomendado que as crianças façam pelo menos uma média de 60 minutos por dia de atividade física de

moderada a vigorosa intensidade, ao longo da semana, devendo ser maioritariamente aeróbica. As atividades aeróbicas de moderada a vigorosa intensidade, bem como aquelas que fortalecem os ossos e os músculos devem ser realizadas no mínimo 3 dias na semana (Camargo & Añez, 2020).

A atividade física realizada pelas crianças deverá ser aumentada gradualmente quanto à frequência, intensidade e duração. É essencial criar atividades físicas que sejam agradáveis, divertidas, diversificadas e adequadas à idade e habilidade de cada criança (Camargo & Añez, 2020).

Contrariamente, períodos prolongados de sedentarismo estão associados a efeitos negativos para a saúde das crianças (ex: aumento da adiposidade, redução da duração do sono, saúde cardiometabólica diminuída), pelo que importa limitar o comportamento sedentário, nomeadamente a quantidade de atividades recreativas em frente às telas (Camargo & Añez, 2020).

Neste sentido, sendo a família um modelo a seguir é importante que se envolva neste processo, e que definam em família tempos sem ecrã que devem ser comuns a todos os membros da família (Vala, 2019).

Também a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (SPNP), demonstra preocupação quanto a esta matéria, pelo que emitiu recentemente recomendações centradas na redução do tempo de utilização de ecrãs e tecnologia digital pelas crianças (Santos & Sampaio, 2024).

Durante a prática clínica na última década, os membros da SPNP têm verificado o impacto da utilização de ecrãs tácteis na saúde das crianças e no seu neurodesenvolvimento. Segundo os mesmos, para além da experiência clínica, também a evidência científica aponta para riscos não negligenciáveis associados ao uso indevido de ecrãs e tecnologia digital. A realidade torna-se mais preocupante quando os “conteúdos são selecionados de forma autónoma e, muitas vezes, aleatória (ex. *YouTube, TikTok, Instagram*), sem interação com o adulto, sem filtros de segurança, conteúdos pouco didáticos e sem respeitar limites de tempo ajustados à idade da criança” (Santos & Sampaio, 2024).

Neste sentido, foram várias as sociedades científicas que se pronunciaram sobre esta temática e estabeleceram orientações e limites para o uso de ecrãs. Quer a Academia Americana de Pediatria, a OMS, a Sociedade Canadiana de Pediatria e o Departamento de Saúde Australiana, recomendam que até aos 2 anos seja evitado a utilização de ecrãs e sugerem uma forte restrição e controlo parental até à idade escolar (Santos & Sampaio, 2024).

Por outro lado, a SPNP (2024) recomenda que se evite a exposição aos ecrãs até aos 3 anos, exceto em situações particulares. O quadro que se segue apresenta o resumo das recomendações definidas pela SPNP.

Quadro 9 - Principais recomendações da SPNP

Idade	Tempo de ecrã	Conteúdo	Contexto	Refeições	Sono	Escola
0 – 3 anos	Evitar (exceto videochamadas) < 30 min TV/dia	Seleção exclusiva por adulto, não permitindo que a criança mude de canal ou vídeo, ainda que seja anunciado como “conteúdo educativo”	Visualização sempre acompanhada por adulto, em interação com a criança. Não utilizar ecrãs para controlar birras ou para evitar que a criança se aborreça.	Nunca	Nunca	Nunca
4 – 6 anos	< 30 min/dia					
7 - 11 anos	Estabelecer limites de tempo (< 1h/dia)	Controlo parental dos conteúdos visualizados, de acordo com a idade e nível de autonomia. Promover uma utilização ativa e positiva, sentido crítico em relação à informação, visualização de conteúdos de qualidade e alertar para risco de partilha de dados pessoais. Permitido acesso a redes sociais a partir dos 16 anos	Utilização não deve nunca comprometer hábitos de vida saudável: atividade física regular, interação social, refeições em família, tempo de descanso, hábitos de leitura, etc. Comportamento dos pais modela o uso de ecrãs pelos filhos, em qualquer idade			
12 – 15 anos	Estabelecer limites de tempo (< 2h/dia)					
16 – 18 anos	Estabelecer limites de tempo (< 2-3h)					

Fonte: Santos & Sampaio, 2024

4.8 ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E PREPARAÇÃO PARA A EXECUÇÃO

É competência do EESCSP estabelecer programas e projetos de intervenção capazes de dar resposta às necessidades de saúde das comunidades. O EESCSP deve conceber, planear e executar intervenções de saúde comunitária e saúde pública, bem como mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos face aos problemas de saúde identificados (OE, 2018).

Um projeto visa alcançar um determinado resultado ou objetivo, clarifica as estratégias, mobiliza os recursos necessários para atingir os fins e através da implementação de um plano de ação procura criar valor (Rodrigues, 2021, p. 49).

A elaboração e execução de um projeto de intervenção pressupõem todas as fases anteriores (diagnóstico de situação, fixação de objetivos, definição de prioridades e seleção de estratégias).

Considerando a problemática de estudo e indo ao encontro do desenvolvimento das competências do EESCSP e dos objetivos de estágio, surgiu o Projeto ECRAN - Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias.

O Projeto ECRAN tem como objetivo promover o empoderamento comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associado ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças entre os 6 e 8 anos, que frequentam o 1º e 2º ano do Ensino Básico no AE [REDACTED].

Embora a análise dos dados nos dê conta de que a prevalência de casos de excesso de peso nesta faixa etária seja baixa, existe uma grande percentagem de crianças que excedem, sobretudo ao fim-de-semana, o número de horas limite recomendadas para a exposição aos ecrãs. Reconhecendo a forte associação entre os comportamentos sedentários e o aumento do peso corporal, o projeto tem como foco a promoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de doenças, numa fase precoce.

Ao longo deste projeto pretende-se planear, intervir, avaliar os resultados obtidos por meio da implementação das estratégias de intervenção, identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária, bem como avaliar o empoderamento comunitário para a redução do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças entre os 6 e 8 anos do Ensino Básico do AE [REDACTED].

Tendo em conta as estratégias de intervenção identificadas, através da realização da RIL e da pesquisa de literatura cinzenta, foi definido o plano de ação para o Projeto ECRAN.

Uma vez que o estudo de investigação contou com a participação de 157 Encarregados de Educação das crianças com idades entre os 6 e 8 anos que frequentam o 1º e 2º ano nas escolas do AE [REDACTED], prevê-se que ao reuni-los todos em simultâneo para a aplicação do plano de ação, a transmissão das informações seja dificultada pela existência de vários participantes num único espaço, pelo que foi realizada a divisão destes por 3 grupos. São eles:

- ❖ Grupo 1: Encarregados de Educação das crianças das escolas de [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED];

- ❖ Grupo 2: Encarregados de Educação das crianças das escolas de [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED];
- ❖ Grupo 3: Encarregados de Educação das crianças das escolas [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED].

Tabela 11 - Plano de Ação do Projeto ECRAN

Meta	Estratégias	Atividades	Recursos humanos	População-alvo	Local	Avaliação	
Diminuir para 20% o número de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs, até ao dia 27 de junho de 2025	Sessão de sensibilização para a problemática	Utilização de apresentações expositivas e interativas que abordem o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação da análise dos dados recolhidos através do estudo de investigação desenvolvido no AE [REDACTED]. ▪ Dinamização de <i>Brainstorming</i>. ▪ Sensibilização/consciencialização para a problemática. ▪ Divulgação de imagens e vídeos impactantes que suscitem a reflexão dos participantes. ▪ Convite para participar nas sessões de educação para a saúde, <i>workshop</i> e numa sessão final de avaliação (breve contextualização). ▪ Identificação dos temas relacionados com a problemática que gostariam que fossem discutidos/abordados. 	Enfermeiras Orientadoras e Enfermeira Mestranda	Encarregados de educação (grupo 1)	EB1 de [REDACTED]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de sessões de sensibilização para a problemática realizadas / Nº de sessões de sensibilização para a problemática programadas) x 100% ▪ (Nº encarregados de educação presentes nas sessões de sensibilização para a problemática / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE [REDACTED] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% 	
	Sessões de educação para a saúde	Utilização de estratégias de diálogo persuasivas para elucidar sobre a importância dos hábitos saudáveis, e encorajar os encarregados de educação a implementar bons hábitos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão de casos práticos. ▪ Divulgar as recomendações sobre a utilização de ecrãs pelas crianças. ▪ Ensinar como implementar comportamentos saudáveis. ▪ Fornecer recomendações para contornar as barreiras. ▪ Esclarecimento de dúvidas. ▪ Partilha de folhetos informativos para reforçar as ideias-chave que devem reter. 		Encarregados de educação (grupo 2)	Centro Escolar das [REDACTED]		<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de sessões de educação para a saúde realizadas / Nº de educação para a saúde sessões programadas) x 100% ▪ (Nº encarregados de educação presentes nas sessões de educação para a saúde / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE [REDACTED] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% ▪ (Nº de folhetos informativos distribuídos / Nº total de encarregados de educação presentes nas sessões de educação para a saúde) x 100%
	Workshop	Encorajar o desenvolvimento de um plano de utilização de ecrãs (com regras). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir estratégias que contribuam para limitar o tempo de exposição das crianças aos ecrãs. 		Professores e Encarregados de educação (grupo 1)	EB1 de [REDACTED]		<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de <i>workshops</i> realizados / Nº de <i>workshops</i> programados) x 100% ▪ (Nº professores presentes nos <i>workshops</i> / Nº total de professores que lecionam o 1º e 2º ano nas escolas do AE [REDACTED] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100%

	<p>▪ Sugerir a utilização de um cronómetro para calcular o tempo em que as crianças estão expostas aos ecrãs.</p> <p>▪ Sugerir a definição de um plano de atividade física para quando terminar o tempo de utilização de ecrãs e a utilização de um pedómetro para monitorizar a atividade física.</p> <p>▪ Entrega de <i>kits</i> que contêm atividades e recursos que promovem comportamentos saudáveis.</p> <p>▪ Entrega de cartazes informativos para afixar nas escolas.</p>	<p>▪ Avaliação dos parâmetros altura, peso corporal e circunferência da cintura às crianças.</p> <p>▪ Ensinar a calcular o valor de Índice de Massa Corporal e explicar o que representa.</p> <p>▪ Encorajar as crianças a incluir atividade física durante os intervalos na escola.</p> <p>▪ Realização de jogos educativos que se relacionem com a temática.</p> <p>▪ Realização de atividades físicas e de interação entre crianças, servindo também como sugestão para a utilização no dia-a-dia.</p> <p>▪ Distribuição de um caderno de atividades para as crianças (inclui jogos de raciocínio e jogos que envolvem atividade física individual e coletiva).</p>	<p>▪ Reaplicação dos questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário e P-ECRAN.</p> <p>▪ Reaplicação da EAVEC.</p> <p>▪ Questionar e identificar pontos fortes, desafios e sugestões para melhorias.</p> <p>▪ Momento de reflexão conjunta acerca da problemática e incentivo para a importância de dar continuidade aos hábitos saudáveis.</p>	<p>Encarregados de educação (grupo 1)</p> <p>Encarregados de educação (grupo 2)</p> <p>Encarregados de educação (grupo 3)</p>	<p>EB1 de [redacted]</p> <p>Centro Escolar das [redacted]</p> <p>EB1 Nº2 de [redacted]</p>	<p>de educação (grupo 2)</p> <p>Professores e Encarregados de educação (grupo 3)</p> <p>Crianças</p> <p>14 Escolas aderentes</p>	<p>▪ (Nº encarregados de educação presentes nos <i>workshops</i> / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE [redacted] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100%</p> <p>▪ (Nº de <i>kits</i> distribuídos / Nº total de professores e encarregados de educação presentes nos <i>workshops</i>) x 100%</p> <p>▪ (Nº de cartazes informativos entregues / Nº total de escolas aderentes ao Projeto ECRAN) x 100%</p>	<p>▪ (Nº de celebrações realizadas / Nº de celebrações programadas) x 100%</p> <p>▪ (Nº avaliações de parâmetros realizadas / Nº total de crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE [redacted] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100%</p> <p>▪ (Nº de cadernos de atividades distribuídos / Nº total de crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE [redacted] aderentes ao Projeto ECRAN) x 100%</p>	<p>▪ (Nº de questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário e P-ECRAN preenchidos/ Nº total de encarregados de educação presentes na sessão de avaliação) x 100%</p> <p>▪ (Nº de EAVEC preenchidas/ Nº total de EAVEC pretendidas) x 100%</p> <p><u>Indicador de resultado:</u></p> <p>▪ (Nº de crianças que adotam comportamentos inadequados relativamente às horas de exposição aos ecrãs / Nº total de crianças que participam no estudo) x 100%</p>
--	---	--	--	---	--	--	--	---	---

O plano de ação é um instrumento flexível que deve ser avaliado continuamente e readaptado de acordo com as dificuldades na prática, pelo que pode ser alterado e atualizado à medida que se realiza o processo de avaliação (Chorny, Kuschmir, & Taveira, 2008, p. 9).

A preparação para a implementação das estratégias de intervenção comunitária (execução do projeto) permite o sucesso do projeto. Como tal, é necessário definir a calendarização que reflita as etapas anteriores e previsão para a execução das atividades planeadas no plano de ação (Apêndice XII).

A execução do projeto corresponde à parte operacional e pressupõe o cumprimento do plano de ação e do cronograma.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) a etapa da execução corresponde à implementação das atividades programadas, respondendo aos objetivos definidos.

Durante o período de estágio foram cumpridas as fases do processo de planeamento em saúde conforme tem sido evidenciado, porém dado o término do período de estágio não foi possível dar início à fase de execução e às seguintes de avaliação e divulgação dos resultados.

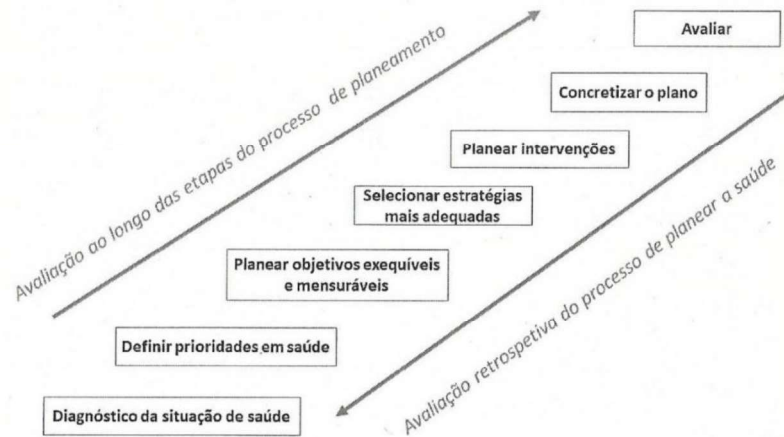
4.9 AVALIAÇÃO

Avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo, com o objetivo de corrigir ou melhorar (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fase de avaliação integra o processo desde a fase conceptual à formulação do plano, monitoriza e controla os resultados, pelo que deve ser entendida como uma atividade contínua (Rodrigues, 2021, p. 196).

Tal como sintetiza a figura 7, a avaliação deve percorrer todas as etapas do planeamento em saúde, tanto no sentido da progressão das etapas como no sentido reverso. A avaliação aplica-se a cada fase do planeamento, permitindo assim apurar os impactes e os resultados e compreender em que medidas correspondem ou se desviam do inicialmente previsto (Rodrigues, 2021, p. 196).

Figura 7 - Avaliação ao longo do processo de planeamento em saúde



Fonte: *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade* (p.197), de Rodrigues, 2021, Lisbon International Press

De um modo geral, destacam-se duas perspetivas de avaliação dos programas e projetos: a que avalia se os objetivos foram ou não alcançados e a que avalia os efeitos dos programas ou projetos na população (Rodrigues, 2021, p. 194).

Neste sentido, representa um instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite identificar os sucessos e os insucessos das ações desenvolvidas (Rodrigues, 2021, p. 195).

No âmbito do Projeto ECRAN, não tendo decorrido a fase de execução não será possível determinar os resultados das estratégias planeadas, porém o método de avaliação deverá basear-se de acordo com os objetivos, os indicadores e as metas anteriormente definidas.

Tabela 12 - Avaliação das atividades desenvolvidas no Projeto ECRAN

Avaliação – Indicadores de atividade	Meta	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de sessões de sensibilização para a problemática realizadas / Nº de sessões de sensibilização para a problemática programadas) x 100% ▪ (Nº encarregados de educação presentes nas sessões de sensibilização para a problemática / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 100% das sessões de sensibilização para a problemática programadas ▪ Obter a presença de 30% dos encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN nas sessões de sensibilização para a problemática 	<p>Por determinar após a execução do plano de ação</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de sessões de educação para a saúde realizadas / Nº de educação para a saúde sessões programadas) x 100% ▪ (Nº encarregados de educação presentes nas sessões de educação para a saúde / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% ▪ (Nº de folhetos informativos distribuídos / Nº total de encarregados de educação presentes nas sessões de educação para a saúde) x 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 100% das sessões de educação para a saúde sessões programadas ▪ Obter a presença de 30% dos encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN nas sessões de educação para a saúde ▪ Distribuir 100% dos folhetos programados aos encarregados de educação presentes nas sessões de educação para a saúde 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de workshops realizados / Nº de workshops programados) x 100% ▪ (Nº professores presentes nos workshops / Nº total de professores que lecionam o 1º e 2º ano nas escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% ▪ (Nº encarregados de educação presentes nos workshops / Nº total de encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% ▪ (Nº de kits distribuídos / Nº total de professores e encarregados de educação presentes nos workshops) x 100% ▪ (Nº de cartazes informativos entregues / Nº total de escolas aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 100% dos workshops programados ▪ Obter a presença de 30% dos professores que lecionam o 1º e 2º ano nas escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN nos workshops ▪ Obter a presença de 30% dos encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN nos workshops ▪ Distribuir 100% dos kits programados aos professores e encarregados de educação presentes nos workshops ▪ Distribuir 100% dos cartazes informativos programados para cada uma das escolas aderentes ao Projeto ECRAN 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de celebrações realizadas / Nº de celebrações programadas) x 100% ▪ (Nº avaliações de parâmetros realizadas / Nº total de crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% ▪ (Nº de cadernos de atividades distribuídos / Nº total de crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE) aderentes ao Projeto ECRAN) x 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 100% das celebrações programadas ▪ Realizar 70% das avaliações de parâmetros às crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN ▪ Distribuir 100% dos cadernos de atividades às crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN que participam na celebração 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nº de questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário e P-ECRAN preenchidos/ Nº total de encarregados de educação presentes na sessão de avaliação) x 100% ▪ (Nº de EAVeC preenchidas/ Nº total de EAVeC pretendidas) x 100% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obter o preenchimento de 80% dos questionários de Diagnóstico do Processo Comunitário e P-ECRAN pelos encarregados de educação das crianças entre os 6 e 8 anos das escolas do AE aderentes ao Projeto ECRAN presentes na sessão de avaliação ▪ Obter o preenchimento de 100% de EAVeC pretendidas 	

Na fase de avaliação, é necessário interpretar os dados obtidos após a intervenção comunitária, através da reaplicação dos questionários/escala utilizados inicialmente no estudo de investigação, e a comparação destes com os dados obtidos na fase inicial do estudo de investigação (pré-intervenção comunitária).

Tabela 13 - Avaliação dos resultados do Projeto ECRAN

Diagnóstico de situação inicial		Meta	Diagnóstico final
Gestão comunitária comprometida	Liderança comunitária comprometida por comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em 41% das crianças.	Diminuir para 20% o número de crianças que adotam um comportamento inadequado relativamente às horas de exposição aos ecrãs, até ao dia 27 de junho de 2025 (Ganho em saúde de 21%)	Comportamento relacionado com as horas de exposição aos ecrãs comprometido em (percentagem por determinar) das crianças.
			Indicador de resultado (Nº de crianças que adotam comportamentos inadequados relativamente às horas de exposição aos ecrãs / Nº total de crianças que participam no estudo) x 100%

4.10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados devem ser partilhados com os parceiros envolvidos, mantendo assim a ligação com estes e partilhando lições para futuros projetos. Também importa considerar a divulgação dos projetos para que a comunidade científica ou o público os conheça (Rodrigues, 2021, p. 207).

No âmbito do Projeto ECRAN, após a obtenção dos resultados do estudo de investigação na fase pré-intervenção comunitária, estes foram divulgados à equipa da UCC [REDACTED] e está a ser ponderada a possibilidade de divulgar também à comunidade escolar numa fase posterior.

Aquando da partilha dos resultados, ressalvo a importância e o cuidado de garantir a confidencialidade dos dados de cada participante.

CONCLUSÃO

A realização do percurso académico e, numa fase final, a elaboração do presente relatório foi bastante desafiante. Este relatório demonstra a aquisição de conhecimentos e a relação entre a teoria e a prática em âmbito de estágio, alicerçando o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EESCSP com o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

Face aos novos desafios em saúde, a especialização dos enfermeiros torna-se cada vez mais pertinente, capacitando-os para que dirijam a sua praxis clínica baseada em evidência científica, com vista à obtenção de maiores ganhos em saúde.

A especialização em enfermagem reflete-se positivamente ao nível dos ganhos em saúde para os utentes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições de saúde (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência), e ainda para os próprios profissionais de saúde (melhoria dos índices de satisfação e de retenção) (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018, p. 5).

Ao longo do estágio procedi à avaliação do estado de saúde da comunidade, através da análise dos determinantes de saúde e dados epidemiológicos, e à elaboração e coordenação de um projeto.

Dentro das atividades de investigação desenvolvidas, destaca-se o projeto ECRAN, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde e norteado pelo MAIEC e Modelo de Promoção da Saúde. Este estudo possibilitou conhecer as características sociodemográficas, os parâmetros antropométricos, os comportamentos sedentários, relacionados com o tempo de exposição aos ecrãs, os hábitos de sono e as relações interpessoais das crianças entre 6 e 8 anos do AE [REDACTED].

Posteriormente, seguiram-se as restantes etapas do processo de planeamento em saúde, incluindo a realização de uma revisão integrativa da literatura que procurou dar resposta à questão de investigação, ao identificar as estratégias de intervenção úteis para a fase de intervenção comunitária, com foco na capacitação da comunidade escolar de [REDACTED] e na adoção de comportamentos promotores de saúde.

Uma das lacunas identificadas foi a existência de poucos artigos que fossem recentes e que indicassem intervenções desenvolvidas por enfermeiros especialistas.

Por questões temporais do estágio, não foi possível chegar à fase de implementação das estratégias de intervenção na comunidade escolar. Porém, foi definido um plano de ação que facilitará à equipa multidisciplinar dar continuidade ao projeto.

Este projeto foi fundamental para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESCSP, dando resposta aos objetivos de estágio descritos ao longo do relatório.

Neste percurso académico, considero ter havido fatores facilitadores das aprendizagens, mas também algumas barreiras. Quanto aos fatores facilitadores, menciono a forma como fui recebida em ambas as unidades funcionais, bem como a partilha de conhecimentos por parte das enfermeiras orientadoras, que sempre se demonstraram disponíveis para esclarecer dúvidas e apoiar-me neste percurso. Também os conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas diferentes unidades curriculares que constituem o mestrado foram essenciais para o desenvolvimento da prática em contexto de estágio.

Por outro lado, deparei-me com algumas dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem numa área em que ainda estava a desenvolver competências e também ao nível da gestão do tempo por forma a conciliar a vida profissional, académica, pessoal e familiar. Inevitavelmente, estas situações são geradoras de maior *stress*, porém julgo ter ultrapassado esta dificuldade por meio da persistência e empenho.

Foram assim alcançados os objetivos do estágio, através da consolidação dos conhecimentos teóricos, aquisição de novas aprendizagens teóricas-práticas, e desenvolvimento de competências especializadas essenciais à construção de autonomia e interdependência, progressiva, nos processos de tomada de decisão clínica, gestão dos cuidados a grupos, comunidades e populações, no seio da equipa multidisciplinar.

Em suma, considero que foi um percurso académico bastante enriquecedor, do qual me sinto orgulhosa por ter adquirido novas competências de natureza profissional que regem os cuidados especializados do EESCSP bem como as competências académicas do 2º ciclo do ensino superior, conducentes ao grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. (E. S. Coimbra, Ed.) Obtido em 6 de novembro de 2024, de <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>
- Camargo, E., & Añez, C. (2020). *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos*. Obtido em 26 de janeiro de 2025, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
- Chorny, A., Kuschnir, R., & Taveira, M. (2008). *Planejamento e programação em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. Obtido em 20 de março de 2025, de http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf
- Conselho Técnico UCCDFR. (2022). *Manual de Articulação Comum - Centro de Saúde de Porto de Mós*. Obtido em 20 de setembro de 2025
- Departamento de Saúde Pública da Região de Leiria. (2024). *Guia de acolhimento do utente*. Obtido em 2 de julho de 2024
- DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030. *Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*, p. 36. Obtido em 15 de março de 2024, de <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde*, 1.^a ed. (Vol. 1). New York: Oxford University Press. Obtido em 3 de janeiro de 2025
- Doran, G. (1981). *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*. Obtido em 25 de novembro de 2024, de https://openurl.ebsco.com/c/ylm4lv/EPDB%3Aedb%3A11%3A71047947/detailv2?sid=ebsco%3Aplink&id=ebsco%3Aedb%3A6043491&x-cgp-token=ylm4lv&link_origin=none
- Eisenmann, J., Gentile, D., Welk, G., Callahan, R., Strickland, S., Walsh, M., & Walsh, D. (2008). *SWITCH: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity*. Obtido em 27 de fevereiro de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18588706/>
- ESSLei. (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicas*. Leiria: Conselho técnico-científico - ESSLei. Obtido em 27 de junho de 2024, de <https://www.ipLeiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>

- ESSLei. (2024). *Planeamento do estágio de natureza profissional de enfermagem comunitária e de saúde pública com relatório*. Obtido em 29 de setembro de 2024
- Fonseca, C., Canhota, C., Silva, E., Simões, J., Yaphe, J., Maia, M. C., . . . Silva, E. (2008). *Investigação: Passo a Passo. Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. Obtido em 2 de novembro de 2024, de <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Investigacao-Passo-a-Passo.pdf>
- Freitas, B., Castro, C., Alves, E., Mota, E., Brito, I., Miranda, M., . . . Aquino, R. (2023). O uso dos operadores como estratégia de busca em revisões de literatura científica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. Obtido em 5 de novembro de 2024, de <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p652-664>
- Fruh, S., Williams, S., Hayes, K., Hauff, C., Hudson, G., Sittig, S., . . . Barinas, J. (2021). *A practical approach to obesity prevention: Healthy home habits*. Obtido em 27 de fevereiro de 2025, de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8313625/>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). *Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro - Programas de saúde prioritários a prosseguir pela Direção-Geral da Saúde*. Obtido em 15 de outubro de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/02/025000000/0412604127.pdf>
- IEFP, Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2024). *Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841432>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Obtido em 26 de maio de 2024, de <https://run.unl.pt/handle/10362/166217>
- INE. (2023). *Superfície (km²) das unidades territoriais por Localização geográfica (NUTS - 2013)*. Obtido em 20 de outubro de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9959&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- INE. (2023). *Tábua de Mortalidade - NUTS II Esperanças de Vida – NUTS III 2020-2022*. Obtido em 2 de julho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=628511465&att_display=n&att_download=y

- INE. (2023). *Taxa de criminalidade (%) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime Anual*. Obtido em 2 de julho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=10759&tipoSeleccao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- INE. (2023). *Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) Anual*. Obtido em 2 de julho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008248&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=PT
- INE. (2024). *Densidade Populacional*. Obtido em 13 de março de 2025, de Pordata: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/densidade-populacional>
- INE. (2024). *Índice de dependência de idosos*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841410>
- INE. (2024). *Índice de dependência de jovens*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841408>
- INE. (2024). *Índice de envelhecimento*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841406>
- INE. (2024). *Índice sintético de fecundidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2024) Anual*. Obtido em 2 de julho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0013182&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2024). *Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Escalão de peso à nascença Anual*. Obtido em 2 de julho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008088&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2024). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e fora do casamento*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841510>
- INE. (2024). *Poder de compra per capita*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841488>

- INE. (2024). *População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841439>
- INE. (2024). *População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual*. Obtido em 20 de junho de 2024, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
- INE. (2024). *População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841477>
- INE. (2024). *Taxa bruta de mortalidade*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841446>
- INE. (2024). *Taxa bruta de natalidade*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841412>
- INE. (2024). *Taxa de abandono escolar: total e por sexo*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5841480>
- INE. (2024). *Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5841481>
- INE. (2024). *Taxa de mortalidade infantil*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841449>
- INE. (2024). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5841454>
- INE. (2024). *Unidade territorial*. Obtido em 20 de junho de 2024, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&mnuB
- INE. (2025). *Pordata*. Obtido em 10 de março de 2025, de População residente por sexo e grupo etário: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
- INE. (s.d.). *O seu município em números: Porto de Mós*. Obtido em 20 de junho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/porto+de+mos-824075>

- INE, Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. (2024). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841458>
- INE, Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento. (2024). *Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841497>
- INE, Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento. (2024). *Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água (%)*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841491>
- Instituto da Segurança Social, Caixa Geral de Aposentações, Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2024). *Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841442>
- Instituto da Segurança Social, Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2024). *Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social: total e por sexo*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841473>
- Joanna Briggs Institute. (2021). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Obtido em 1 de novembro de 2023, de Joanna Briggs Institute: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Obtido em 10 de março de 2025, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. (Lidel, Ed.) Obtido em 15 de outubro de 2024
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. H. (2018). *Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo*. Revista de Enfermagem Referência, série IV nº19. Obtido em 6 de janeiro de 2025, de <https://doi.org/10.12707/RIV18045>

- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro*. Obtido em 6 de janeiro de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Ministério da Saúde. (2009a). Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril. *Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde - Artigo 11.º*. Obtido em 21 de junho de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>
- Ministério da saúde. (2009b). Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. *Estabelece o regime jurídico da designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde*. Obtido em 21 de junho de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/82-2009-603229>
- Ministério da Saúde. (2009c). *Despacho n.º 10143/2009 - Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Obtido em 20 de janeiro de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>
- Moores, P. (2010). *Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children*. Obtido em 28 de fevereiro de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21214050/>
- Neves, M., Velho, D., Mendes, O., Rosário, C., Santos, C., Mota, J., . . . Gabriel, T. (2023). *Perfil Local de Saúde ACES Pinhal Litoral 2023*. Obtido em 1 de julho de 2024
- OE. (2015a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. Obtido em 1 de dezembro de 2024, de https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf
- OE. (2015b). Regulamento n.º 348/2015 - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Obtido em 26 de junho de 2024, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- OE. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de

- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Portugal. Obtido em 22 de junho de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- OE. (2019a). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 26 de maio de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- OE. (2019b). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 2. Obtido em 16 de outubro de 2023, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- OE. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Obtido em 19 de setembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OMS. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Obtido em 6 de janeiro de 2025, de <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Obtido em 1 de março de 2025, de https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- OMS. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Obtido em 18 de junho de 2025, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2015). *Agenda 2030 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Obtido em 10 de março de 2025, de <https://ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Uma em cada oito pessoas, no mundo, vive com obesidade*. Obtido em 21 de junho de 2025, de <https://www.paho.org/pt/noticias/1-3-2024-uma-em-cada-oito-pessoas-no-mundo-vive-com-obesidade>
- Pender, N. (2012). *The Health Promotion Model: Manual*. Obtido em 15 de outubro de 2024, de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- Peters, M., GoDFRey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Obtido em 3 de novembro de

- 2023, de <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Portugal, R., Nunes, A., & Andrade, C. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Obtido em 15 de fevereiro de 2025, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Obtido em 20 de janeiro de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Obtido em 21 de junho de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Rito, A., Figueira, I., Mendes, S., Faria, M., Santos, T., Carvalho, R., . . . Dinis, A. (2022). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. Obtido em 10 de julho de 2024, de <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8630>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. (R. Costa, Ed.) Obtido em 26 de outubro de 2024
- Santi, D., & Baldissera, V. (2023). *Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice*. Obtido em 26 de maio de 2024, de <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313919>
- Santos, T., & Sampaio, M. (2024). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utilização de tecnologia digital em idade pediátrica*. Obtido em 1 de março de 2025, de <https://neuropediatria.pt/wp-content/uploads/Recomendacoes-SPNP-ecras-e-tecnologia-digital-2.pdf>
- Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2024). *Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841437>
- Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Estudos, MEC - Ministério da Educação, Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo*. Obtido em 2 de julho de 2024, de Pordata: <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela/5841485>

- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Programas de Saúde Prioritários*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
- Shuster, G. F., & Geoppinger, J. (2011). *A comunidade como cliente: Apreciação e análise*. In. M. Stanhope & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública*. (capítulo 15, p.356-389). Loures: Lusodidacta. Obtido em 10 de fevereiro de 2025
- SNS. (2024a). *Contratualização - IDG*. Obtido em 5 de novembro de 2024, de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- SNS. (2024b). *Número absoluto de utentes inscritos em CSP na Região de Leiria*. Obtido em 7 de março de 2025, de SNS - Transparência: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/utentes-inscritos-em-cuidados-de-saude-primarios/table/?disjunctive.ars&disjunctive.aces&sort=periodo&refine.periodo=2024&refine.ars=Centro&refine.aces=CSP%20da%20ULS%20Regi%C3%A3o%20de%20Leiria&dataC>
- SNS. (2024c). *UCC D. Fuas Roupinho - O que fazemos*. Obtido em 13 de março de 2025, de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101751/Pages/default.aspx>
- SNS. (2024d). *UCC D. Fuas Roupinho - Quem somos*. Obtido em 20 de outubro de 2024, de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2101751/Pages/default.aspx>
- SNS. (2024e). *USP Leiria - Quem somos*. Obtido em 20 de outubro de 2024, de BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/926/20028/2100484/Pages/default.aspx>
- Taffner, V., Pimentel, R., Almeida, D., Freitas, G., & Santos, M. (2021). *Teorias e Modelos de Enfermagem como referenciais teóricos de teses e dissertações brasileiras: estudo bibliométrico*. Obtido em 2 de março de 2025, de <https://www.scielo.br/j/reben/a/r4KGDPrmj8fmhQJ9MjRRJN/?format=pdf&lang=pt>
- UCCDFR. (2024). *Manual de acolhimento para profissionais de saúde e alunos*. Obtido em 15 de outubro de 2024
- ULS RL. (2024). *Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*. Leiria. Obtido em 19 de junho de 2024
- Vala, B. S. (2019). *Estarão as nossas crianças demasiado tempo ao ecrã?* Obtido em 1 de março de 2025, de https://criancaefamilia.spp.pt/media/gsnbrsib/ecras_template.pdf
- Veiga, D., Maconato, A., Oliveira, R., Oliveira, M., Barros, R., Pinheiro, S., . . . Silva, I. (2021). *promoção de saúde e seus impactos no envelhecimento ativo sob a ótica da teoria de*

- Nola j. Pender: um relato histórico.* Brazilian Journal of Health Review., Volume 4. Nº 1 Páginas.3240-3257 . Obtido em 15 de outubro de 2025, de <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24939/19887>
- Veras, R. P. (2012). *Prevenção de doenças em idosos: Os equívocos dos atuais modelos.* *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), p. 1834-1840. Obtido em 10 de fevereiro de 2025
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (setembro de 2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Obtido em 25 de outubro de 2024, de <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?lang=pt>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda. Obtido em 3 de janeiro de 2025

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

O projeto de investigação integra-se no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTESIS), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do [] e tem como Investigadora Principal a Enfermeira e Mestranda Mariana dos Santos Fernandes. Os Investigadores Colaboradores são a Professora Doutora [] da Escola Superior de Saúde do [] e o Professor Doutor [] da Escola Superior de Enfermagem do []

1. **Projeto:** Empoderamento comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)
Nota: O empoderamento comunitário, como processo e resultado dos cuidados de enfermagem às comunidades, é a base da decisão clínica proposta pelo MAIEC (Melo, 2020).

2. **Justificação do projeto:**
"A prevalência de comportamentos sedentários, como o tempo de ecrã, está associado ao aumento da adiposidade e excesso de peso" (COSI Portugal, 2022).
O excesso de peso, é provavelmente o principal problema de saúde pública em Portugal, e tem implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como as doenças cérebro-cardiovasculares, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. (DGS, 2017). O Relatório Childhood Obesity Surveillance Initiative Portugal 2022 (6ª ronda), que reflete os dados referentes a crianças dos 6 aos 8 anos no ano letivo 2021-2022, menciona que é notório um aumento da prevalência de obesidade infantil e de excesso de peso infantil, bem como um aumento das atividades sedentárias (COSI Portugal, 2022). A preocupação desta problemática prende-se ainda com o facto de haver uma forte ligação entre a obesidade em idades jovens e a persistência na idade adulta, motivo pelo qual importa intervir em idades mais jovens. De acordo com as recomendações, o tempo de ecrã deverá ser limitado (COSI Portugal, 2022).
Neste sentido, o projeto visa definir e implementar intervenções de âmbito comunitário que venham a dar resposta à problemática identificada, com o intuito de promover a literacia em saúde e o empoderamento da comunidade, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

3. **Objetivos do projeto**
Objetivo geral:
Promover o empoderamento comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [].
Objetivos específicos:
- Avaliar o Processo Comunitário para a redução do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [] e validar o questionário P-ECRAN;
- Avaliar o Empoderamento Comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [];
- Planear, intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do Empoderamento Comunitário para a redução do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de []

4. **Metodologia:**
Fase diagnóstica da situação da comunidade escolar do ensino básico do Agrupamento de Escolas de Porto de Mós:

- Avaliar o Processo Comunitário através do Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário adaptado (Anexo III), aplicado aos encarregados de educação das crianças do ensino básico do Agrupamento de Escolas de [] (População), que se disponibilizem a participar no projeto. Este questionário, na dimensão "Liderança Comunitária: Atitudes, Conhecimentos e Comportamentos", contém o questionário P-ECRAN (Anexo I), que avalia os fatores de risco do excesso de peso/obesidade infantil associado ao uso de ecrãs e orienta para estratégias de intervenção.
- Avaliar o nível de empoderamento comunitário, antes e após a intervenção, através da aplicação da EAvEC adaptada (Anexo II) que avalia o nível de empoderamento comunitário quanto aos seus 9 domínios., através: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos, ligações a outros, capacidade para questionar porquê, gestão do programa e relação com agentes externos (Grupo Focal com stakeholders: professores titulares e representantes de pais).
- Os dados recolhidos serão tratados e analisados, por forma a identificar os problemas de saúde/ elaboração de diagnósticos.

Fase de planeamento das intervenções: Indo ao encontro da situação prioritária e aos objetivos então estabelecidos, serão definidas as estratégias de intervenção.

Fase de intervenção: (Amostra: crianças pertencentes ao Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [] envolvendo os encarregados de educação e professores)

- Implementação de intervenções que visam o empoderamento comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil relacionada com o tempo de exposição aos ecrãs pelas crianças do Ensino Básico. Seguem-se abaixo algumas intervenções dinâmicas que consideramos serem relevantes:
 - ✓ Sessões de Educação para a Saúde: serão realizadas sessões interativas adaptadas às necessidades e características dos participantes (pais e crianças), utilizando linguagem clara e recursos visuais para demonstrar a relação entre o estilo de vida e as doenças crónicas, ou seja, evidenciar a importância da atividade física e apresentar estratégias inovadoras a utilizar pela comunidade a fim de reduzir o tempo de exposição aos ecrãs e consequentemente o risco de excesso de peso/obesidade infantil, pela prevenção de comportamentos sedentários desde as idades mais jovens;
 - ✓ Folhetos Informativos: serão elaborados folhetos informativos sobre os temas abordados nas sessões de educação para a saúde e na formação, utilizando linguagem clara, imagens e recursos visuais. Os folhetos serão adaptados às necessidades e características dos participantes e estarão disponíveis em diferentes formatos (impresso e digital).

Fase de avaliação: Avaliação da eficácia das intervenções através da comparação dos resultados obtidos antes e depois desta, utilizando a EAvEC e se possível, o Questionário MAIEC.

Fase de divulgação: Pretendemos divulgar os resultados obtidos e partilhar o conhecimento, garantindo sempre que é cumprida a confidencialidade dos dados pessoais de cada participante.

5. **Informação sobre a duração previsível do estudo:** O estudo tem uma duração de 3 anos, estando previsto terminar em fevereiro

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

de 2027.
6. Este estudo não comportará riscos, constrangimentos, danos físicos ou psíquicos para os participantes.
7. A participação neste estudo é voluntária.
8. O participante pode desistir em qualquer fase do projeto, sem prejuízo ou penalização, necessitando apenas de informar o investigador ou colaboradores do estudo, por aviso escrito.
9. A confidencialidade e privacidade dos participantes será garantida através da codificação dos dados obtidos. Ou seja, a equipa de investigação substituirá o nome e informações pessoais de cada participante por um código que não permita a identificação do titular dos dados, tornando assim os dados anónimos. Há apenas a exceção relativa aos dados referentes à idade. O estudo está de acordo com as disposições legais e regulamentos aplicáveis, nomeadamente pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), bem como pelos requisitos internacionais das Boas Práticas Clínicas. Em caso de publicação, as identidades nunca serão reveladas.
10. Base legal para o tratamento dos dados: Os dados da saúde da população são tratados desde logo ao abrigo do "Direito à Proteção da Saúde", na base 1 da Lei de Bases da Saúde, onde os dados tratados do ponto de vista epidemiológica permitem garantir a qualidade dos cuidados prestados em orientação com as necessidades reais, no caso, em cuidados de Enfermagem das comunidades e populações, contemplada também na base 10. No contexto da investigação será garantido o anonimato (porque apenas os profissionais de saúde das unidades terão acesso aos dados) e a confidencialidade, considerando os princípios do tratado de Helsínquia. Os dados serão devidamente guardados em local seguro, sendo o seu acesso restrito, sendo que apenas os investigadores poderão aceder aos mesmos. Os ficheiros eletrónicos terão restrição de acesso, estando condicionado o acesso a toda e qualquer informação confidencial, por pessoas não autorizadas. A identidade do participante nunca será revelada em qualquer relatório e/ou publicações resultantes do estudo.
11. Finalidades do tratamento de dados: A finalidade do estudo refere-se à formulação de diagnósticos de enfermagem de âmbito comunitário e populacional, recorrendo a técnicas de análise epidemiológica, para não só produzir evidência científica útil para o desenvolvimento dos cuidados (ganhos em saúde), mas também possibilitar a prescrição de intervenções ajustadas aos diagnósticos formulados a partir desses dados.
12. Prazo de conservação dos dados: 5 anos
13. Designação e contacto da "encarregada de proteção de dados" – pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais de correntes do RGPD: Enfª Mariana dos Santos Fernandes - Telemóvel: _____ E-mail: _____

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível da investigadora/profissional de saúde:	Mariana dos Santos Fernandes	Serviço/Departamento: Escola Superior de Saúde do _____
Data: 03/12/2024	Hora: 21:00	N.º Cédula Profissional: _____
Contacto Institucional da investigadora/profissional de saúde:	Assinatura:	Assinado por: Mariana dos Santos Fernandes Num. de Identificação: _____ Data: 2024.12.18 10:19:41+00'00'
912067938; mariana_fernandes123@hotmail.com		

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Se tiver alguma queixa ou queira desistir do estudo, poderá também contactar a Comissão de Ética, através do e-mail sec.comtecnicas@ulsrl.min-saude.pt. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s): _____
Se o menor tiver discernimento, deve também assinar	

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

Representante legal; **Pessoa de relação próxima com o (a) Participante**

Pai/Mãe Filho/Filha Cônjuge Tutor Outro (especificar) _____

Nome _____

Cartão Cidadão/BI Passaporte Carta de condução N.º _____ Data Emissão ou validade: _____

Assinatura _____ Data ____/____/____

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

APÊNDICE II – Questionário de Diagnóstico do Processo Comunitário Adaptado



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DO PROCESSO COMUNITÁRIO

Baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020 e Melo, in Press)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquadramento:

A par da realidade a nível nacional, também em [] se verificou que as principais causas de morte estão associadas a doenças do aparelho circulatório, seguido dos tumores malignos, pelo que se torna essencial ter em consideração o estilo de vida a adotar ao longo de todo o ciclo de vida (INE, 2024). Segundo os dados do estudo COSI Portugal (2022), o número de casos de crianças entre os 6 e os 8 anos com excesso de peso/obesidade aumentou comparativamente com os anos letivos anteriores. O mesmo relatório, refere que este aumento se deve ao aumento de comportamentos sedentários, nomeadamente o tempo de exposição das crianças aos ecrãs. Dado este facto, pretendemos realizar um projeto de investigação com intervenção comunitária com crianças do Ensino Básico intitulado: "Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN¹)". Para tal solicitamos a vossa colaboração para responder ao presente questionário acerca do Peso dos Ecrãs (P-ECRAN). Serão garantidos os direitos de anonimato, confidencialidade e voluntariedade na participação do estudo. Este estudo está a decorrer no âmbito do Estágio enquadrado no Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Leiria e no MAIEC Lab do grupo NURSIS do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do [] []). Este projeto tem como Investigadora Principal a Enfermeira e Mestranda Mariana dos Santos Fernandes. Os Investigadores Colaboradores são a Professora Doutora [] da Escola Superior de Saúde do [] e o Professor Doutor [] da Escola Superior de Enfermagem do [] [].

Explicação do estudo:

Nesta etapa do estudo, temos como objetivo avaliar o **Processo Comunitário** para o excesso de peso/obesidade infantil de crianças associada ao tempo de exposição a ecrãs. Para tal solicitamos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, baseado na matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo 2020 e Melo in Press), que permite identificar 3 dimensões diagnósticas relacionadas com o problema em estudo: **liderança comunitária**, relacionada com os seus conhecimentos, crenças, aprendizagem de capacidades, volição e comportamentos de adesão e que inclui o questionário *P – ECRAN*², que avalia os fatores de risco do excesso de peso/obesidade infantil associado ao uso de ecrãs e orienta para estratégias de intervenção; **participação comunitária**, relacionada com comunicação, parcerias e estruturas organizativas; e **coping comunitário**, relacionado com as experiências anteriores e outros recursos.

A sua participação, voluntária, no estudo implica o preenchimento dos questionários (Processo Comunitário e P-ECRAN), estimando-se um tempo de resposta de cerca 15 min, onde terá oportunidade de partilhar as suas perceções e conhecimentos sobre a problemática (excesso de peso/obesidade de crianças associada ao tempo de exposição a ecrãs), sendo garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ESEP e teve parecer favorável.

¹ **Explicação do Acrónimo**, que visa a necessidade de equilíbrio entre o uso de ecrãs e a saúde da criança:
Empoderamento: Enfatiza a importância da comunidade no fortalecimento e na capacitação de ações coletivas;
Comunitário: Refere-se ao envolvimento da comunidade na busca por soluções para o controle do peso infantil;
Regulação: Destaca a necessidade de estabelecer limites e orientações sobre o uso do tempo de tela;
Acesso: Relaciona-se ao modo como as crianças interagem com as tecnologias, promovendo um uso responsável;
Novas tecnologias: Engloba as diversas formas de ecrãs, como computadores, *tablets* e *smartphones*.

² Peso dos Ecrãs



Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação de artigo(s) em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grata pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

A investigadora principal, Enfermeira Mariana dos Santos Fernandes – Mestranda na Escola Superior de Saúde de Leiria | Contacto Tlm: | Endereço eletrónico:

Os investigadores colaboradores:

- Professora Doutora - Escola Superior de Saúde
 | Contacto Tlm: | Endereço eletrónico:

- Doutor , MAIEC Lab – NursID-CINTESIS | Contacto Tlm: | endereço eletrónico:

Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

Sim ()

Não ()



Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua perceção de baixa importância:

- () Não é relevante para a minha vida
- () Não vai acrescentar valor
- () Não está alinhado com os meus valores pessoais
- () Outros. Quais: _____

Qual o seu nível de volição (motivação) para participar num projeto que visa “controlar o excesso de peso/obesidade das crianças relacionado com o tempo de exposição aos ecrãs”:

1 (nada motivado/a)	2	3	4	5 (moderadamente motivado/a)	6	7	8	9	10 (extremamente motivado/a)

Se respondeu um valor igual ou menor a 5 na questão anterior, que fatores considera potenciar a sua baixa motivação:

- () Falta de tempo
- () Falta de recursos humanos
- () Falta de recursos materiais. Indique até três que considera mais importantes: _____
- () Falta de recursos financeiros
- () Outros quais: _____

No que respeita ao tema em abordagem, costuma:

Tarefa	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Limitar o tempo que a criança está exposta aos ecrãs?					



PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

No que respeita à problemática *“excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”*, considera que existe na comunidade escolar em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal (como um grupo de trabalho ou uma comissão) relacionada com este tema?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim indique qual é a estrutura organizativa formal ou informal que considera existir:

No que respeita à problemática *“excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”*, considera que existe na comunidade escolar em que se integra uma ou mais parcerias relacionada(s) com este tema?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim indique que parceria(s):

No que respeita à problemática *“excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”*, considera que na comunidade escolar em que se integra há processos de comunicação eficazes (para procura de informação, referências, reclamações, etc)?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim indique que estratégias de comunicação existem?

Se respondeu não indique que dificuldades considera existir no que respeita à comunicação sobre o tempo de exposição das crianças aos ecrãs:



COPING COMUNITÁRIO

No que respeita à problemática “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”, já teve experiências anteriores na participação em projetos ou atividades?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim indique as experiências que teve, de forma sucinta:

Já teve formação e/ou treino sobre o “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”?

() SIM

() NÃO

Se respondeu sim, indique qual a formação/treino, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva “-1 ano”)

Formação	Contexto (ex. nome do curso ou formação em serviço)	Há quanto tempo
Recomendações relacionadas com a exposição das crianças aos ecrãs		
Estratégias para controlar o tempo que a criança está exposta aos ecrãs		
Implicações para a saúde das crianças caso ultrapassem o tempo máximo aconselhável para estarem expostas aos ecrãs		

Independentemente de ter ou não experiências anteriores relacionadas com o “excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs”, considera que tem competências/forças para contribuir para um projeto relacionado com esta problemática?

() SIM

() NÃO

Justifique a sua resposta de forma sucinta:

Gostaria de deixar alguma questão ou comentário adicional sobre este projeto:

APÊNDICE III – Questionário P-ECRAN

6. A criança atualmente reside com que pessoas? *
(Poderá selecionar mais do que uma opção)

- Mãe
- Pai
- Companheiro(a) da mãe que não o pai
- Companheira(o) da pai que não a mãe
- Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s)
- Avós
- Outro(s) elemento(s) da família
- Outro(s) elemento(s) que não são familiares
- Instituição

7. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que os pais da criança alcançaram? *

	Ensino básico 1º ciclo (Até ao 4ºano)	Ensino básico 2º ciclo (5º e 6ºanos)	Ensino básico 3º ciclo (7º, 8º e 9ºanos)	Ensino secundário (10º, 11º e 12ºanos)	Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	Sem escolaridade
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Como define a condição de trabalho dos pais da criança? *

	Trabalhador(a) por uma remuneração ou lucro	Desempregado(a)	Reformado(a)	Outra situação
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II - DADOS ANTROPOMÉTRICOS DA CRIANÇA

9. Indique a altura da criança. *
(Refira apenas o valor em centímetros - ex: 108)

10. Indique o peso da criança. *
(Refira apenas o valor em kilos - ex: 21)

III - DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS UTILIZADOS PELA CRIANÇA

11. Quanto aos dispositivos eletrónicos que se seguem, indique aquele(s) que é(são) utilizado(s) pela criança. *
(Poderá selecionar mais do que uma opção)

- Televisão
- Computador
- Tablet
- Telemóvel
- Consola de jogos
- Nenhum

12. Identifique o dispositivo eletrónico (apenas um) que corresponde ao que a criança usa mais vezes? *

- Televisão
- Computador
- Tablet
- Telemóvel
- Consola de jogos
- Não sei
- Nenhum

IV - EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA AOS ECRÃS

O tempo de exposição da criança aos ecrãs refere-se à quantidade de tempo que a criança está exposta aos ecrãs, através da utilização de dispositivos eletrónicos, como *smartphones*, *tablets*, computadores e televisões.

13. Com que frequência a criança está exposta aos ecrãs? *

(Se respondeu a opção "nunca" passe para a questão n.º17)

- Todos os dias
- Quase todos os dias
- Duas ou três vezes por semana
- Uma vez por semana
- Raramente
- Nunca

14. Num dia de semana/dia de escola, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs? *

- Menos do que 1 hora
- Entre 1 hora a 2 horas
- Mais do que 2 horas

15. Num dia de fim de semana, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs? *

- Menos do que 1 hora
- Entre 1 hora a 2 horas
- Mais do que 2 horas

16. Utiliza alguma destas regras ou restrições relativamente à exposição da criança aos ecrãs? *
(Poderá selecionar mais do que uma opção)

- Só pode utilizar dispositivos eletrónicos até determinada hora do dia
- Não pode utilizar dispositivos eletrónicos 1h antes de ir dormir
- Não pode utilizar dispositivos eletrónicos durante as refeições
- Apenas pode utilizar dispositivos eletrónicos para fins educativos
- Só pode utilizar dispositivos eletrónicos acompanhada/supervisionada por um adulto
- Pode utilizar dispositivos eletrónicos sem qualquer restrição
- Nunca pode utilizar dispositivos eletrónicos

17. Indique qual o seu nível de preocupação relativamente ao tempo que a criança está exposta aos ecrãs. *

- Muito preocupado(a)
- Preocupado(a)
- Indiferente
- Pouco preocupado(a)
- Nada preocupado(a)
- Não sei

18. Indique até que ponto concorda com cada uma das seguintes afirmações relativas ao comportamento da criança. *

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Não sei
A criança, na grande maioria das vezes, utiliza os dispositivos eletrónicos para ver desenhos animados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos para fins educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando a criança está a utilizar os dispositivos eletrónicos mantém-se sossegada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantenho a criança a utilizar os dispositivos eletrónicos para eu conseguir descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança poderá utilizar dispositivos eletrónicos mais do que 2 horas por dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos após terminar os trabalhos da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiro que a criança esteja ocupada a brincar do que a utilizar dispositivos eletrónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Num dia de semana/dia de escola, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã? *

- Até 1 hora por dia
- Entre 1 a 3 horas por dia
- 4 ou mais horas por dia

20. Num dia de fim de semana, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã? *

- Nenhuma
- Até 1 hora por dia
- Entre 1 a 3 horas por dia
- 4 ou mais horas por dia

V - ATIVIDADE FÍSICA

21. Habitualmente, quantas vezes por semana a criança pratica atividade física? (incluir o número de aulas de educação física em contexto escolar) *

(Se respondeu a opção "não realiza qualquer atividade física" passe para a questão n.º24)

- Não realiza qualquer atividade física
- Entre 1 a 2 vezes por semana
- Entre 3 a 4 vezes por semana
- 5 ou mais vezes por semana

22. Em média, quantas horas de atividade física realiza a criança por semana? (incluir as horas realizadas nas aulas de educação física em contexto escolar) *

- Até 1 hora por semana
- Entre 1 a 3 horas por semana
- Entre 4 a 6 horas por semana
- 7 ou mais horas por semana

23. Excluindo as aulas de educação física em contexto escolar, a criança costuma praticar outro tipo de atividade desportiva programada e regular? *

(Ex: futebol, escutismo, dança, entre outras)

- Sim
- Não

VI - CONTRIBUTO DAS MODALIDADES ARTÍSTICAS

24. A criança está a aprender ou já domina, tecnicamente, alguma modalidade artística? *

(Ex: canto, pintura, entre outras) (Se respondeu a opção "não" passe para a questão n.º26)

- Sim
- Não

25. Se sim, indique a(s) modalidade(s) artística(s) praticada(s) pela criança. *

VII - SONO

26. Em média, quantas horas por noite dorme a criança? *

- Menos do que 7 horas
- Entre 7 horas e 9 horas
- 10 ou mais horas

VIII - REGIME ALIMENTAR

27. No geral, considera que a criança ingere a quantidade adequada de alimentos?

- Sim
- Não
- Não sei

28. No geral, considera que a criança ingere a qualidade e variedade adequada de alimentos?

- Sim
- Não
- Não sei

IX - RELAÇÕES INTERPESSOAIS REAIS (NÃO VIRTUAIS)

29. Está satisfeito(a) com o número de amigos/amigas reais (não virtuais) da criança?

- Sim
- Não
- Não sei

30. Considera que a qualidade das relações interpessoais reais (não virtuais) da criança com os amigos/amigas é boa?

- Sim
- Não
- Não sei

APÊNDICE IV – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário Adaptada (EAveC
Adaptada)


Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
1. Participação Comunitária	Nem todos os encarregados de educação, crianças e professores estão a participar em atividades e reuniões relacionadas com a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Os encarregados de educação, crianças e professores participam em reuniões relacionadas com a problemática "excesso de peso relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os encarregados de educação, crianças e professores estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação do projeto que envolve a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Os encarregados de educação, crianças e professores, no âmbito da problemática "excesso de peso relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", estão envolvidos nas decisões, no planeamento e implementação do projeto. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os encarregados de educação, crianças e professores, no âmbito da problemática "excesso de peso relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", estão envolvidos em atividades fora do contexto escolar.
2. Capacidade de avaliação do problema	Os encarregados de educação e professores não realizam qualquer avaliação do problema "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Os encarregados de educação e professores apresentam baixa competência e consensualização para levar a cabo uma avaliação do problema "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Os encarregados de educação e professores têm competências. Os problemas e as prioridades associadas ao "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs" são identificados. Não envolveu a participação de todos os setores da comunidade.	Os encarregados de educação e professores identificaram os problemas, soluções e ações para atuar no "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs". A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	Os encarregados de educação e professores continuam a avaliar a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs" e são os "donos" dos problemas, soluções e ações.
3. Liderança local	Existem organizações comunitárias que envolvem a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", no entanto estas não têm um líder.	Existem líderes para as organizações comunitárias, no entanto algumas organizações que envolvem a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs" não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias que envolvem a problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs" funcionam sob liderança. Algumas organizações têm suporte de líderes externos à comunidade escolar.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com foco na problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs" com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
4. Estruturas organizacionais	A comunidade escolar não tem estruturas organizativas, tais como conselhos ou comissões.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade escolar, mas não estão ativas.	Existem mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros da comunidade escolar ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade escolar.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.

5. Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade escolar.	Apenas as pessoas com mais poder (ricos e/ou influentes) mobilizam os recursos criados pela comunidade escolar. Os membros da comunidade escolar são recrutados para providenciar recursos.	A comunidade escolar tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade escolar. Existe discussão entre os membros da comunidade escolar, sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	São criados recursos consideráveis e os membros da comunidade escolar decidem sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
6. Ligações a outros	Não existe qualquer ligação entre a comunidade escolar e outras pessoas ou organizações.	A comunidade escolar tem ligações informais com outras organizações e pessoas, mas não têm um propósito bem definido.	A comunidade escolar acordou ligações, mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade escolar.	A comunidade escolar estabelece ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade escolar, baseado no respeito mútuo.	As ligações definidas pela comunidade escolar geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para esta comunidade escolar.
7. Capacidade para "questionar porque"	Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da comunidade escolar quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade escolar quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", para desafiar o conhecimento adquirido.	Foi criado um grupo para ouvir os assuntos da comunidade escolar quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs". Este tem a capacidade para refletir sobre os assuntos, definindo as suas ideias e ações. Tem habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade escolar para identificar soluções, testar-se e analisar. Existe alguma experiência em testar soluções quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Os grupos da comunidade escolar têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços em conjunto, ao longo do tempo. Isto leva à mudança coletiva.
8. Gestão do programa	Não existe (ou desconheço) um programa ou projeto relativamente ao "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs", desenvolvida por esta comunidade escolar ou desenvolvido por um agente externo à comunidade.	É desenvolvido um programa ou projeto por um agente em discussão com a comunidade escolar (onde os encarregados de educação, crianças e professores são envolvidos).	É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade escolar, supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	É desenvolvido um programa ou projeto pela comunidade escolar, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença dos encarregados de educação, crianças e professores a esta comunidade escolar.	Gestão da Comunidade, independente do agente. A gestão é responsável.
9. Relação com agentes externos	Existem agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas que envolvem à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs".	Existem agentes externos no controlo, mas discutem com a comunidade escolar. Não existe tomada de decisão desta comunidade escolar. O agente atue em representação para produzir resultados.	Agentes externos e comunidade escolar tomam decisões conjuntas quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs". O papel do agente externo é mutuamente acordado.	A comunidade escolar toma decisões com o suporte de agentes externos, no que respeita à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs". O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes externos facilitam a mudança a pedido da comunidade escolar que toma as decisões quanto à problemática "excesso de peso/obesidade relacionado com o tempo de exposição das crianças aos ecrãs". O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

Fonte: Adaptado. Em Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVEC). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale, (p. 443), de Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L. V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Freitas, C. T. & Dimandé, M., 2020. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1). <http://hdl.handle.net/10400.14/29304>

APÊNDICE V – Pedido de autorização / autorização para utilização do MAIEC

 Outlook

Pedido de autorização

De Mariana Fernandes <mariana_fernandes123@hotmail.com>

Data seg, 18/11/2024 23:00

Para Pedro Melo

Boa noite Professor Doutor Pedro Melo,

Eu, Mariana dos Santos Fernandes, aluna do 3º Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de () , encontro-me no terceiro e último semestre do Mestrado.

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem em Saúde Pública e Saúde Comunitária II, pretendo desenvolver um projeto de investigação com intervenção comunitária designado "ECRAN" (Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias), sob orientação da Professora Doutora . Este projeto tem como intuito final capacitar a comunidade escolar para o controlo do excesso de peso/obesidade das crianças do ensino básico, com idades entre os 6 e 8 anos, tendo em consideração o tempo de exposição destas aos ecrãs.

Para o referido projeto pretendemos incorporar o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), pelo que venho por este meio solicitar a sua autorização para utilização do questionário do MAIEC e da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC).

Grata pela atenção prestada.

Com os melhores cumprimentos,
Mariana Fernandes

 Outlook

RE: Pedido de autorização

De Pedro Melo

Data ter, 19/11/2024 12:50

Para 'Mariana Fernandes' <mariana_fernandes123@hotmail.com>

Estimada Enf. Mariana Fernandes,

Começo por agradecer a motivação para usar como referencial o MAIEC e informo que é com muita honra que autorizo o uso dos instrumentos e protocolo associados ao Modelo descritos no seu pedido.

Obrigado, muito sucesso e no que precisarem e eu puder ajudar, disponham!

Melhores cumprimentos/ Best Regards

Pedro Melo, PhD, CHNS, RN

APÊNDICE VI – Pedido de autorização ao AE [REDACTED]



Pedido de autorização - Estudo de investigação com intervenção comunitária

De Mariana Fernandes <mariana_fernandes123@hotmail.com>

Data sex, 22/11/2024 22:35

Para

3 anexos (2 MB)

Anexo II - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC) adaptada.pdf; ANEXO I - QUESTIONÁRIO P-ECRAN.pdf; Anexo III - Questionário MAIEC.pdf;

Exma. Sra. [redacted] - Vice Presidente do Agrupamento de Escolas de Porto de Mós

e Exmo. Sr. Professor [redacted] - Responsável pela Equipa PES do Agrupamento de Escolas de Porto de Mós

Na sequência da reunião presencial, venho por este meio formalizar o pedido que vos realizei.

Eu, Mariana dos Santos Fernandes, aluna do 3º Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de [redacted], encontro-me no terceiro e último semestre do Mestrado.

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem em Saúde Pública e Saúde Comunitária II, pretendo desenvolver um estudo de investigação com intervenção comunitária designado "Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias" (Projeto ECRAN), sob orientação da Professora Doutora [redacted]. Este projeto tem como intuito final capacitar a comunidade escolar para o controlo do excesso de peso/obesidade das crianças do ensino básico, com idades entre os 6 e 8 anos, tendo em consideração o tempo de exposição destas aos ecrãs.

O projeto integra-se ainda no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do [redacted])

Neste contexto, venho solicitar a vossa autorização para a realização do estudo dirigido a crianças e encarregados de educação, envolvendo também os professores, com aplicação dos instrumentos de recolha de dados, que envio em anexo.

Esclareço que o questionário P-ECRAN (Anexo I) será integrado no Questionário MAIEC (Anexo III) e pretendemos que seja aplicado a todos os encarregados de educação que aceitem colaborar, mediante o preenchimento prévio do consentimento informado.

Quanto ao Anexo III, corresponde à Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário, e pretendemos que seja aplicada apenas aos professores titulares e aos representantes de pais.

Será garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes, sendo os dados utilizados apenas para fins académicos.

Encontro-me ao seu dispor para qualquer esclarecimento adicional, bem como me encontro receptiva a eventuais sugestões.

Desde já agradeço a atenção prestada ao presente email.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Fernandes (Enfermeira e Mestranda)

APÊNDICE VII – Declarações de autorização local

Centro de Investigação

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL
Para estudo ou projeto de investigação com promotor interno

Título do estudo ou projeto de investigação: Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)

Nome do proponente:

N.º mec. 06602

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Na qualidade de **Diretor do Agrupamento de Escolas de** , declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 4 / 12 / 24

Assinatura

Comentários:

Na qualidade de **Coordenador do Programa de Educação para a Saúde do Agrupamento de Escolas de** , declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 04 / 12 / 2024

Assinatura

Comentários:

Na qualidade de **Enfermeira Orientadora** da Investigadora Mariana dos Santos Fernandes, em contexto de Estágio na **Unidade de Saúde Pública do Pólo de** [redacted], declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 2024 / 12 / 04

Assinatura

Assinado por: [redacted]
Num. de Identificação: [redacted]
Data: 2024.12.04 14:50:27+00'00'



ário)

Comentários:

Na qualidade de **Enfermeira Orientadora** da Investigadora Mariana dos Santos Fernandes, em contexto de Estágio na **Unidade de Cuidados na Comunidade de** [redacted], declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 04 / 12 / 2024

Assinatura

[Handwritten signature]

Comentários:

Centro de Investigação

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Para estudo ou projeto de investigação com promotor interno

Título do estudo ou projeto de investigação: Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)

Nome do proponente: Mariana dos Santos Fernandes

N.º mec. (Elo de ligação)

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Na qualidade de **Enfermeiro Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade** , a desempenhar funções como tal durante o período de ausência da Enfermeira , declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 05 / 12 / 2024

Assinatura

Assinado por:

Num. de Identificação:

Data: 2024.12.05 13.04.06 GMT Standard Time



Centro de Investigação

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Para estudo ou projeto de investigação com promotor interno

Título do estudo ou projeto de investigação: Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)

Nome do proponente: Mariana dos Santos Fernandes

N.º mec. (Elo de ligação)

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Na qualidade de **Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde da Região de** declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Data: 05 / 12 / 2024

Assinatura

APÊNDICE VIII – Aprovação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS



DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração Acta nº 54-2024/12/27

Autos do 24.12.27

Centro de Investigação O Conselho de Administração

Licínio de Carvalho Presidente

Alexandra Borges Vogal Executiva

Catarina Faria Diretora Clínica - CSH

Clínica - CSP

Mariana dos Santos Fernandes, E.P.E.

CI - Centro de Investigação

Ref.º 119/2024

CP

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração,

Unidade Local de Saúde Região de Leiria, E.P.E.

Leiria, 18 de dezembro de 2024

Assunto: Trabalho académico, no âmbito do seu Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde de [] do Instituto Politécnico de [], intitulado “Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)”, submetido pela Enf.ª Mariana dos Santos Fernandes, a exercer funções na [].

De acordo com o Procedimento Interno “Aprovação de estudos e projetos de Investigação”, em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação.

Este estudo será para realizar nas Escolas Básicas do Agrupamento de Escolas de [], tendo como objetivos gerais, promover o empoderamento comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associada a tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de []. Na ULSRL, este estudo terá como elo de ligação a Enf.ª [], adjunta do Enfermeiro Diretor.

Mais se informa que o estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 10 de 2024.12.09. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO,

[Empty signature box]

Rec.º 2024.12.20 PC

- Original ao CI. 02/01/2025 A. Almeida

APÊNDICE IX – Autorização pela Direção-Geral da Educação



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Mariana dos Santos Fernandes

Nome do Interlocutor:

Mariana dos Santos Fernandes

E-mail do interlocutor:

**Mariana dos Santos
Fernandes**

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registar inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:

1483500001

Designação:

Estudo de investigação com intervenção comunitária - Projeto "Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias" (ECRAN)

Descrição:

A problemática da obesidade a nível global tem-se acentuado, pelo que é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global que tem elevado impacto na morbilidade e mortalidade dos cidadãos (OMS, 2022).

O excesso de peso/obesidade, é provavelmente o principal problema de saúde pública em Portugal, e tem implicações sérias no aparecimento e curso de diferentes patologias como as doenças cerebro-cardiovasculares, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. (DGS, 2017).

"Apesar dos ganhos em saúde obtidos na última década, quer na área das doenças não transmissíveis, quer nas transmissíveis, os problemas de saúde de maior magnitude que Portugal terá de enfrentar nesta década são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, que continuam a ser as principais causas de morte prematura no País" (DGS, 2021, p.20).

"A prevalência de comportamentos sedentários, como o tempo de ecrã, está associado ao aumento da adiposidade e excesso de peso" (COSI Portugal, 2022).

A crescente popularidade da televisão, computadores, consolas, telemóveis e outros dispositivos eletrónicos, a que as crianças muito aderem, tem-se revelado um contributo para a inatividade física e sedentarismo, o que contribui para efeitos nefastos para a saúde.

O Relatório Childhood Obesity Surveillance Initiative Portugal 2022 (6ª ronda), que reflete os dados referentes a crianças dos 6 aos 8 anos no ano letivo 2021-2022, menciona que de 2019 para 2022, é notório um aumento da prevalência de obesidade infantil e de excesso de peso infantil. Acrescenta ainda que, todos os parâmetros estudados relativamente às atividades sedentárias registaram um aumento, verificando-se um maior aumento superior no que diz respeito à utilização de computadores para jogos eletrónicos. Verificou-se que o número de horas despendidas no computador, excedia o recomendado pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, foi superior a duas horas ou mais por dia. De acordo com as recomendações, o tempo de ecrã deverá ser limitado (COSI Portugal, 2022).

O grupo etário dos 6 aos 8 anos, é um grupo "chave" principalmente porque precede a puberdade e é fundamental para prever a obesidade na idade adulta. Torna-se importante o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de redução da incidência do excesso de peso/obesidade nestas idades. A preocupação desta problemática prende-se ainda com o facto de haver uma forte ligação entre a obesidade em idades jovens e a persistência na idade adulta, motivo pelo qual importa intervir em idades mais jovens (COSI Portugal, 2022).

Na Assembleia Mundial da Saúde que decorreu em 2022, os Estados-Membros adotaram o Plano de Aceleração da Information Management School para acabar com a obesidade, que apoia ações para conter a epidemia da obesidade até 2030 (OPAS, 2024).

Tendo em conta estas declarações e de acordo com o perfil de saúde da comunidade de Porto de Mós que dá conta da mesma realidade, consideramos relevante desenvolver um projeto nesta temática do excesso de peso/obesidade infantil dando primazia à intervenção no fator comportamental associado ao tempo de ecrã a que as crianças estão expostas. A população-alvo definida são as crianças do ensino básico do Agrupamento de Escolas de Porto de Mós.

O projeto de intervenção comunitária intitula-se: Empoderamento Comunitário para a Regulação do Acesso às Novas tecnologias (ECRAN)

Explicação:

- Empoderamento: Enfatiza a importância da comunidade no fortalecimento e na capacitação de ações coletivas.
- Comunitário: Refere-se ao envolvimento da comunidade na busca por soluções para o controlo do peso infantil.
- Regulação: Destaca a necessidade de estabelecer limites e orientações sobre o uso do tempo de ecrã.
- Acesso: Relaciona-se com o modo como as crianças interagem com as tecnologias, promovendo um uso responsável.
- Novas tecnologias: Engloba as diversas formas de ecrãs, como computadores, tablets e smartphones. Pretendemos promover uma iniciativa que vise conscientizar as comunidades sobre a importância do equilíbrio entre o uso de ecrãs e a saúde das crianças.

03/12/24, 22:40

MIME - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Para desenvolver este projeto, pretendemos seguir as etapas da metodologia do planeamento em saúde e incorporar o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) (Melo, 2020). Este estudo está a decorrer no âmbito do Estágio enquadrado no Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de [] e no MAIEC Lab do grupo NURSID do Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde (CINTES(S), com epicentro da Escola Superior de Enfermagem do []; Este projeto tem como Investigador Principal o Professor Doutor [], Investigadora Responsável a Professora Doutora [], da Escola Superior de Saúde do Politécnico de [], e ainda a Investigadora ([]) Mariana Fernandes, Enfermeira e Mestranda.

Objetivos:

Objetivo geral:

Promover o empoderamento comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de []

Objetivos específicos:

- Avaliar o Processo Comunitário para a redução do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [] e validar o questionário P-ECRAN;

- Avaliar o Empoderamento Comunitário para o controlo do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [];

- Planear, intervir e avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária e o aumento do Empoderamento Comunitário para a redução do excesso de peso/obesidade infantil associada ao tempo de exposição aos ecrãs das crianças do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de []

Periodicidade:

Outra: Duração do projeto

Data do início do período de recolha de dados:

15-12-2024

Data do fim do período de recolha de dados:

28-02-2027

Universo:

Crianças que frequentam a Escola Básica do Agrupamento de Escolas de [] com a devida autorização dos encarregados de educação.

Unidade de observação:

Escolas do Ensino Básico pertencentes ao Agrupamento de Escolas de []

Método de recolha de dados:

Os dados serão recolhidos através do preenchimento de questionários/escala, via Microsoft Forms e em formato papel.

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:

Não

Inquérito aplicado pela entidade:

Sim

Instrumento de inquirição:

14835_202411222157_Documento1.pdf (PDF - 1,57 MB)

Nota metodológica:

14835_202411222157_Documento2.pdf (PDF - 327,82 KB)

Outros documentos:

14835_202411281625_Documento3.pdf (PDF - 824,45 KB)

Data de registo:

28-11-2024

Versão:

2 (2)

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo.(a) Senhor(a) Mariana dos Santos Fernandes
Cumpre-nos informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é aprovado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos

Diretor de Serviços
DGE

Observações:

a) A aplicação dos instrumentos de notação fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, onerosos, sensíveis, do foro da saúde e de vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos, encarregados de educação/representantes legais e crianças e jovens a inquirir.

b) A Direção-Geral da Educação no âmbito do Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho de 2007 e conjugado com a atual legislação consolidada em matéria de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas / desenvolvimento de projetos e atividades/ programas de intervenção / formação / sensibilização / capacitação / workshops, ateliers, em meio escolar, dadas a autonomia e competências da Escola não Agrupada/Agrupamentos de Escolas, nos domínios da orientação e organização pedagógica e planificação curricular, da gestão e planificação estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico, o Conselho Geral) melhor decidirão sobre estes casos de figura e subseqüentes ações, porque competentes, autorizando-as de forma integrada, estas e também as de inquirição/avaliação/registo referentes ao projeto e intervenções subseqüentes.

Outras observações:

Sem observações.

APÊNDICE X – Análise dos resultados do Questionário P-ECRAN através do *software IBM
SPSS Statistics*

Frequências

Estatísticas

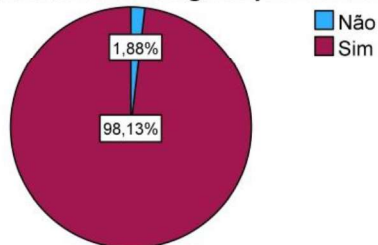
Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado

N	Válido	160
	Omisso	0

Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:

	N	%
Não	3	1,9%
Sim	157	98,1%

Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo, respondendo ao questionário a seguir apresentado:



Frequências

Estatísticas

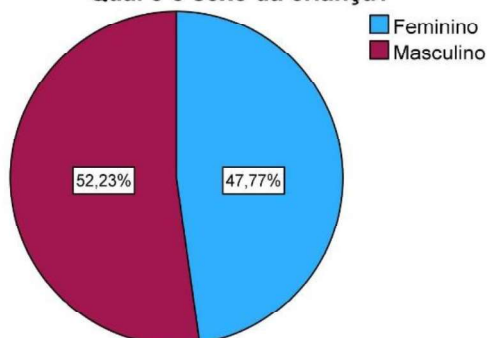
Qual é o sexo da criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual é o sexo da criança?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	75	47,8	47,8	47,8
	Masculino	82	52,2	52,2	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

Qual é o sexo da criança?



Frequências

Estatísticas

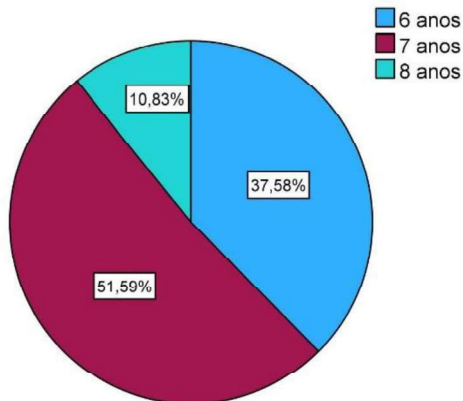
Quantos anos tem a criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Quantos anos tem a criança?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	6 anos	59	37,6	37,6	37,6
	7 anos	81	51,6	51,6	89,2
	8 anos	17	10,8	10,8	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

Quantos anos tem a criança?



Frequências

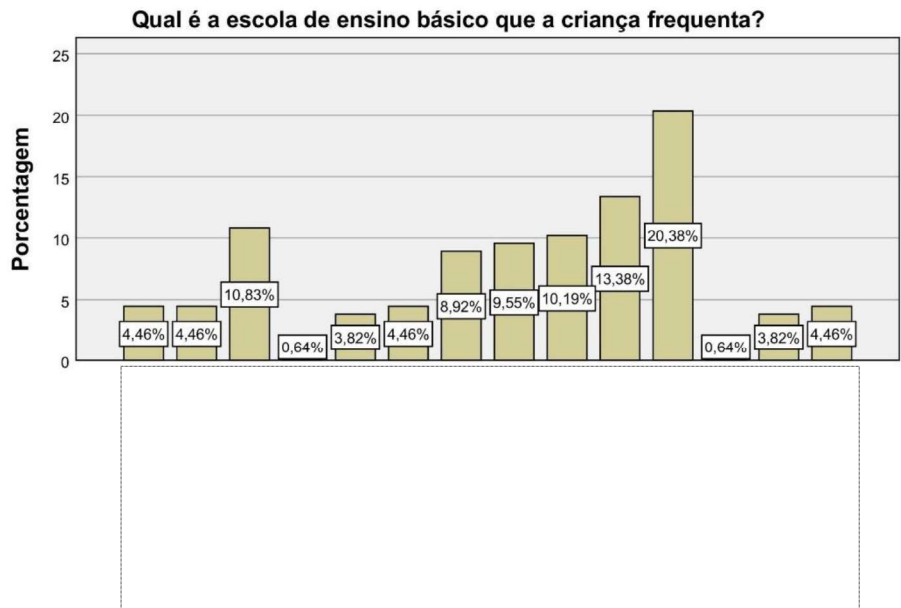
Estatísticas

Qual é a escola de ensino básico que a criança frequenta?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual é a escola de ensino básico que a criança frequenta?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido		7	4,5	4,5	4,5
		7	4,5	4,5	8,9
		17	10,8	10,8	19,7
		1	,6	,6	20,4
		6	3,8	3,8	24,2
		7	4,5	4,5	28,7
		14	8,9	8,9	37,6
		15	9,6	9,6	47,1
		16	10,2	10,2	57,3
		21	13,4	13,4	70,7
		32	20,4	20,4	91,1
		1	,6	,6	91,7
		6	3,8	3,8	95,5
		7	4,5	4,5	100,0
	Total		157	100,0	100,0



Frequências

Estatísticas

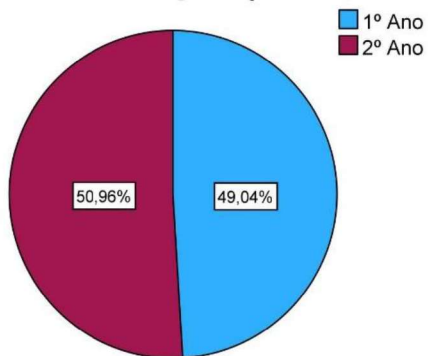
Qual é o nível de escolaridade que a criança frequenta?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual é o nível de escolaridade que a criança frequenta?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1º Ano	77	49,0	49,0	49,0
	2º Ano	80	51,0	51,0	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

Qual é o nível de escolaridade que a criança frequenta?



Frequências

Estatísticas

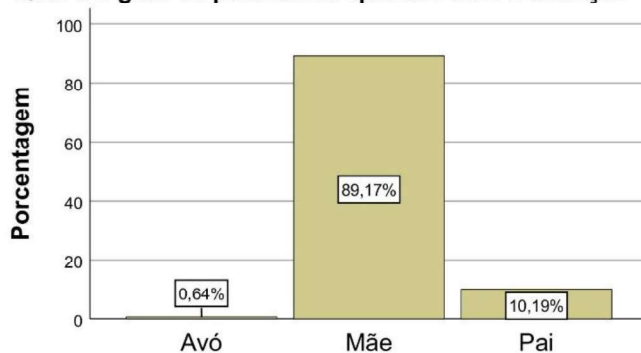
Qual é o grau de parentesco que tem com a criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual é o grau de parentesco que tem com a criança?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Avó	1	,6	,6	,6
	Mãe	140	89,2	89,2	89,8
	Pai	16	10,2	10,2	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

Qual é o grau de parentesco que tem com a criança?



Frequências

Estatísticas

A criança atualmente reside com que pessoas?

N	Válido	157
	Omisso	0

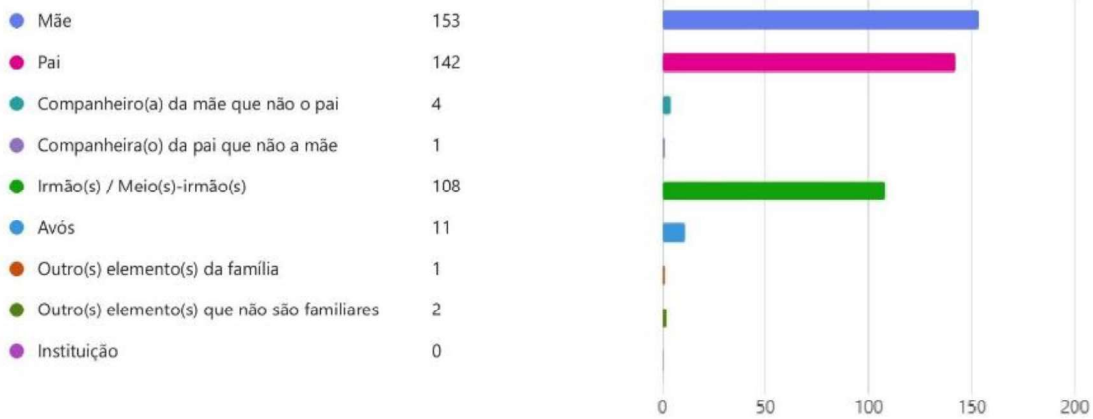
A criança atualmente reside com que pessoas?

	N	%
Avós;	1	0,6%
Mãe;	5	3,2%
Mãe;Avós;	1	0,6%
Mãe;Companheiro(a) da mãe que não o pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	2	1,3%
Mãe;Companheiro(a) da mãe que não o pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Outro(s) elemento(s) que não são familiares ;	1	0,6%
Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	2	1,3%
Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Avós;	1	0,6%
Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Avós;Outro(s) elemento(s) da família;	1	0,6%

A criança atualmente reside com que pessoas?

	N	%
Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Avós;Outro(s) elemento(s) que não são familiares ;	1	0,6%
Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Pai;	1	0,6%
Mãe;Pai;	33	21,0%
Mãe;Pai;Avós;	2	1,3%
Mãe;Pai;Companheiro(a) da mãe que não o pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	1	0,6%
Mãe;Pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	88	56,1%
Mãe;Pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);Avós;	4	2,5%
Pai;	1	0,6%
Pai;Companheira(o) da pai que não a mãe;	1	0,6%
Pai;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	1	0,6%
Pai;Mãe;	5	3,2%
Pai;Mãe;Irmão(s) / Meio(s)-irmão(s);	5	3,2%

A criança atualmente reside com que pessoas? (0 ponto)



Frequências

Estatísticas

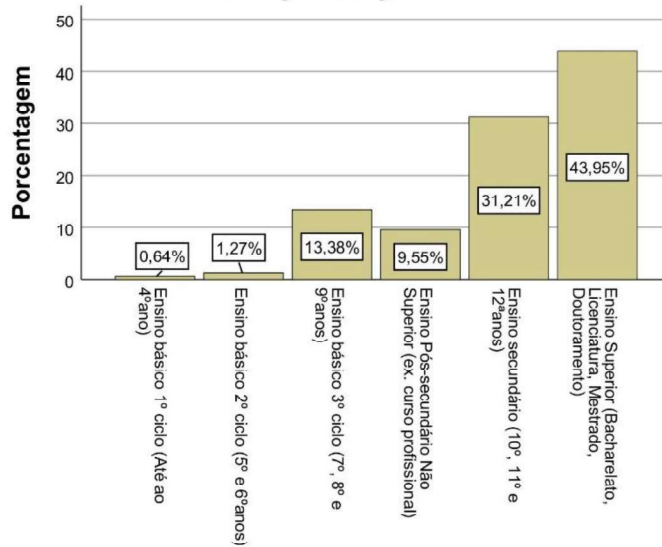
Qual o nível de escolaridade mais elevado que a mãe da criança alcançou?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual o nível de escolaridade mais elevado que a mãe da criança alcançou?

	N	%
Ensino básico 1º ciclo (Até ao 4ºano)	1	0,6%
Ensino básico 2º ciclo (5º e 6ºanos)	2	1,3%
Ensino básico 3º ciclo (7º, 8º e 9ºanos)	21	13,4%
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	15	9,6%
Ensino secundário (10º, 11º e 12ºanos)	49	31,2%
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	69	43,9%

Qual o nível de escolaridade mais elevado que a mãe da criança alcançou?



Frequências

Estatísticas

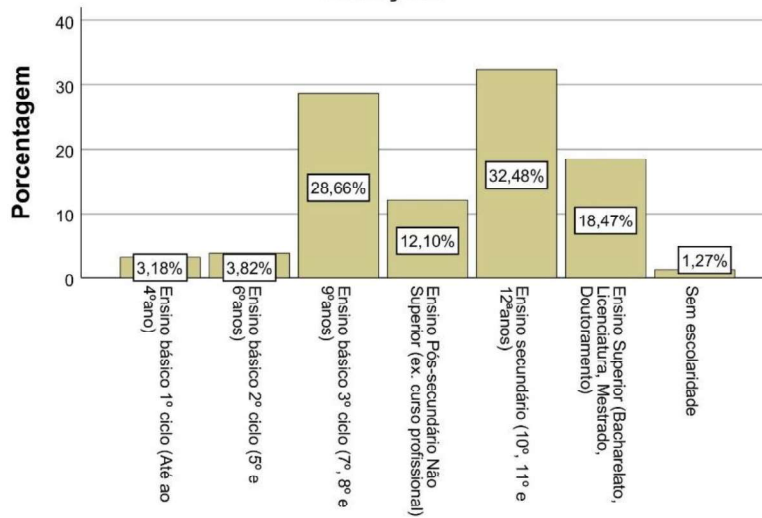
Qual o nível de escolaridade mais elevado que o pai da criança alcançou?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual o nível de escolaridade mais elevado que o pai da criança alcançou?

	N	%
Ensino básico 1º ciclo (Até ao 4ºano)	5	3,2%
Ensino básico 2º ciclo (5º e 6ºanos)	6	3,8%
Ensino básico 3º ciclo (7º, 8º e 9ºanos)	45	28,7%
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	19	12,1%
Ensino secundário (10º, 11º e 12ºanos)	51	32,5%
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	29	18,5%
Sem escolaridade	2	1,3%

Qual o nível de escolaridade mais elevado que o pai da criança alcançou?



Frequências

Estatísticas

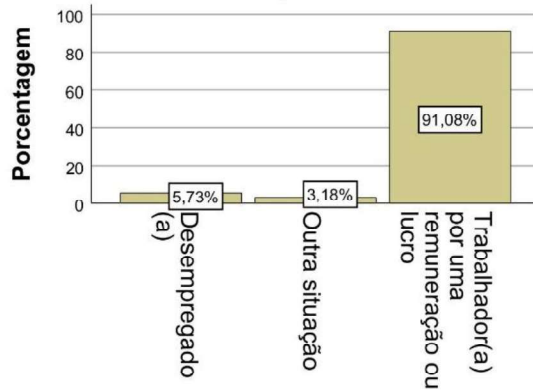
Qual a condição de trabalho da mãe da criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual a condição de trabalho da mãe da criança?

	N	%
Desempregado(a)	9	5,7%
Outra situação	5	3,2%
Trabalhador(a) por uma remuneração ou lucro	143	91,1%

Qual a condição de trabalho da mãe da criança?



Frequências

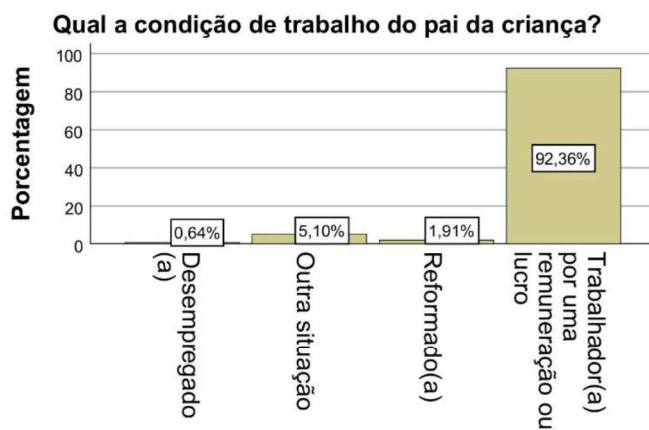
Estatísticas

Qual a condição de trabalho do pai da criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Qual a condição de trabalho do pai da criança?

	N	%
Desempregado(a)	1	0,6%
Outra situação	8	5,1%
Reformado(a)	3	1,9%
Trabalhador(a) por uma remuneração ou lucro	145	92,4%



Os dados referentes ao **peso** e **altura** foram fornecidos pelos Encarregados de Educação. Sugere-se a avaliação destes dados pelos Profissionais de Saúde por forma a validar os mesmos.

Tabulações cruzadas

Resumo de processamento de casos

	Casos				Total N
	Válido		Omisso		
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	
Indique a altura da criança. *	157	100,0%	0	0,0%	157
Indique o peso da criança.					

Resumo de processamento de casos

	Casos	
	Total	Porcentagem
Indique a altura da criança. *	157	100,0%
Indique o peso da criança.		

Tabulação cruzada Indique a altura da criança. * Indique o peso da criança.

Contagem

		Indique o peso da criança.										
		16,5	17	18	18,1	19	19,2	19,5	19,7	20	21	22
Indique a altura da criança.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	106	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	107	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	108	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	109	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	110	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	5
	111	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	113	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	114	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	115	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0
	116	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
	117	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	118	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
	119	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	120	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	5
	121	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
	122	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
	123	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	125	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	126	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	127	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	128	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	129	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
130	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
134	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
136	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
139	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
152	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
154	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total		1	4	2	1	3	1	1	1	17	10	15

Tabulação cruzada Indique a altura da criança. * Indique o peso da criança.

Contagem

		Indique o peso da criança.											
		22,9	23	23,6	24	24,5	25	25,5	26	26,5	27	28	29
Indique a altura da criança.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	106	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	109	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	110	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	111	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	112	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
	113	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	114	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	115	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	118	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	4	0	3	0	2	0	0	0	0	2	1
	121	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
	122	1	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0
	123	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
	124	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
	125	0	2	0	2	0	1	1	0	0	2	1	0
	126	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	127	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1
	128	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	129	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	130	0	0	0	0	0	3	0	0	1	3	2	0
	131	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
	132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	134	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
136	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
139	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
152	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
154	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total		1	14	1	12	1	13	1	3	1	10	10	3

Tabulação cruzada Indique a altura da criança. * Indique o peso da criança.

Contagem

		Indique o peso da criança.												
		30	31	32	33	34	35	36	37	38	40	42	44	45
Indique a altura da criança.	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	106	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	109	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	111	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	113	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	114	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	115	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	118	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	121	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	123	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	125	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	126	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	127	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	128	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	129	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	130	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
131	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
134	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
135	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
136	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
137	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
139	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
140	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	
150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
152	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
154	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total		5	2	1	5	2	2	1	1	3	2	1	2	3

Tabulação cruzada Indique a altura da criança. * Indique o peso da criança.

Contagem

		Indi. .	
		52	Total
Indique a altura da criança.	100	0	1
	106	0	1
	107	0	1
	108	0	1
	109	0	1
	110	0	12
	111	0	1
	112	0	2
	113	0	2
	114	0	3
	115	0	6
	116	0	4
	117	0	1
	118	0	5
	119	0	2
	120	0	27
	121	0	7
	122	0	10
	123	0	8
	124	0	3
	125	0	14
	126	0	2
	127	0	3
	128	0	3
	129	0	2
	130	0	12
	131	0	3
	132	0	1
	133	0	1
	134	0	2
	135	0	2
	136	0	2
137	0	2	
139	0	1	
140	0	6	
150	0	1	
152	0	1	
154	1	1	
Total		1	157

Os valores de **IMC** obtidos consideraram os dados do peso e altura fornecidos pelos Encarregados de Educação. Sugere-se a avaliação desses dados pelos Profissionais de Saúde por forma a confirmar-se a realidade demonstrada nos dados demonstrados abaixo.

Frequências

Estatísticas

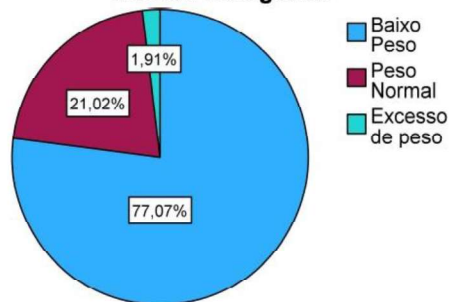
IMC em Categorias

N	Válido	157
	Omisso	0

IMC em Categorias

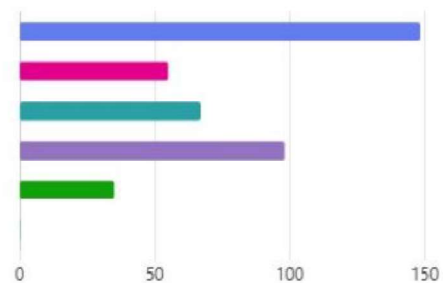
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Baixo Peso	121	77,1	77,1	77,1
	Peso Normal	33	21,0	21,0	98,1
	Excesso de peso	3	1,9	1,9	100,0
	Total	157	100,0	100,0	

IMC em Categorias



Quanto aos dispositivos eletrónicos que se seguem, indique aquele(s) que é(são) utilizado(s) pela criança. (0 ponto)

● Televisão	148
● Computador	55
● Tablet	67
● Telemóvel	98
● Consola de jogos	35
● Nenhum	0



Estatísticas

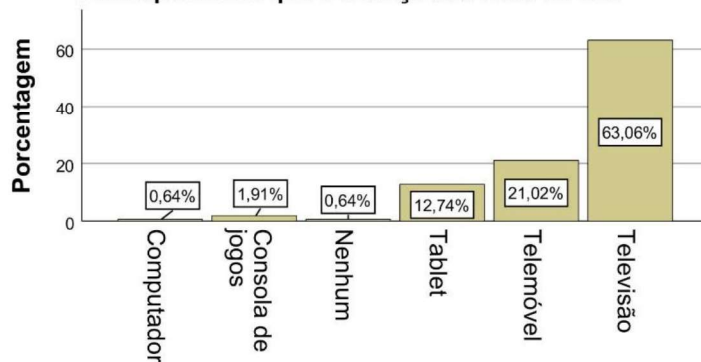
Identifique o dispositivo eletrónico (apenas um) que corresponde ao que a criança usa mais vezes?

N	Válido	157
	Omisso	0

Identifique o dispositivo eletrónico (apenas um) que corresponde ao que a criança usa mais vezes?

	N	%
Computador	1	0,6%
Consola de jogos	3	1,9%
Nenhum	1	0,6%
Tablet	20	12,7%
Telemóvel	33	21,0%
Televisão	99	63,1%

Identifique o dispositivo eletrónico (apenas um) que corresponde ao que a criança usa mais vezes?



Frequências

Estatísticas

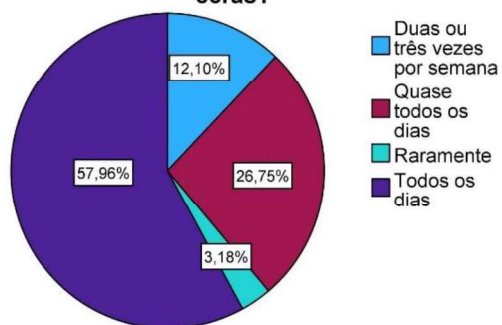
Com que frequência a criança está exposta aos ecrãs?

N	Válido	157
	Omisso	0

Com que frequência a criança está exposta aos ecrãs?

	N	%
Duas ou três vezes por semana	19	12,1%
Quase todos os dias	42	26,8%
Raramente	5	3,2%
Todos os dias	91	58,0%

Com que frequência a criança está exposta aos ecrãs?



Frequências

Estatísticas

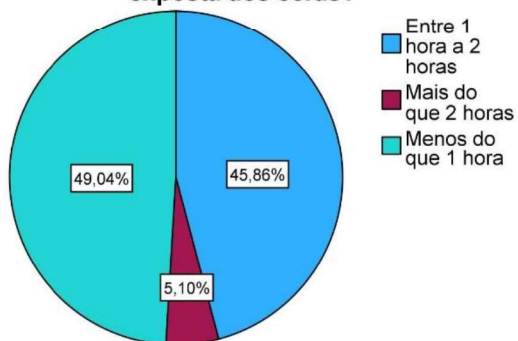
Num dia de semana/dia de escola, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?

N	Válido	157
	Omisso	0

Num dia de semana/dia de escola, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?

	N	%
Entre 1 hora a 2 horas	72	45,9%
Mais do que 2 horas	8	5,1%
Menos do que 1 hora	77	49,0%

Num dia de semana/dia de escola, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?



Frequências

Estatísticas

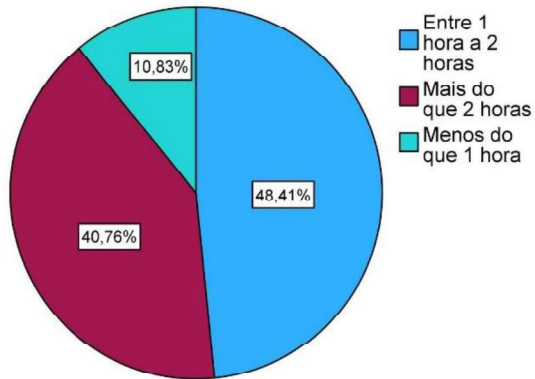
Num dia de fim de semana, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?

N	Válido	157
	Omisso	0

Num dia de fim de semana, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?

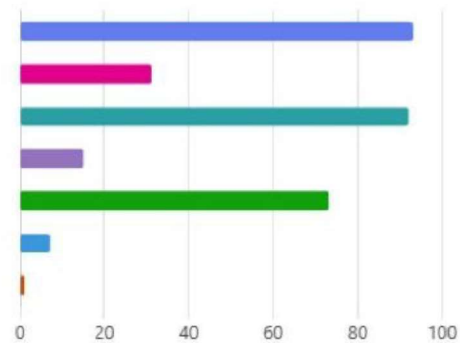
	N	%
Entre 1 hora a 2 horas	76	48,4%
Mais do que 2 horas	64	40,8%
Menos do que 1 hora	17	10,8%

Num dia de fim de semana, quanto tempo, em média, é que a criança está exposta aos ecrãs?



Utiliza alguma destas regras ou restrições relativamente à exposição da criança aos ecrãs? (0 ponto)

- Só pode utilizar dispositivos eletrónicos até determinada hora do dia 93
- Não pode utilizar dispositivos eletrónicos 1h antes de ir dormir 31
- Não pode utilizar dispositivos eletrónicos durante as refeições 92
- Apenas pode utilizar dispositivos eletrónicos para fins educativos 15
- Só pode utilizar dispositivos eletrónicos acompanhada/supervisionada por um adulto 73
- Pode utilizar dispositivos eletrónicos sem qualquer restrição 7
- Nunca pode utilizar dispositivos eletrónicos 1



Frequências

Estatísticas

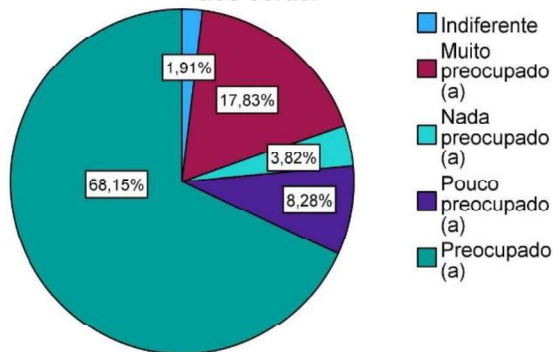
Indique qual o seu nível de preocupação relativamente ao tempo que a criança está exposta aos ecrãs.

N	Válido	157
	Omisso	0

Indique qual o seu nível de preocupação relativamente ao tempo que a criança está exposta aos ecrãs.

	N	%
Indiferente	3	1,9%
Muito preocupado(a)	28	17,8%
Nada preocupado(a)	6	3,8%
Pouco preocupado(a)	13	8,3%
Preocupado(a)	107	68,2%

Indique qual o seu nível de preocupação relativamente ao tempo que a criança está exposta aos ecrãs.



Indique até que ponto concorda com cada uma das seguintes afirmações relativas ao comportamento da criança. (0 ponto)

● Concordo totalmente ● Concordo ● Não concordo, nem discordo ● Discordo ● Discordo totalmente ● Não sei

A criança, na grande maioria das vezes, utiliza os dispositivos eletrónicos para ver desenhos animados

A criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos para fins educativos

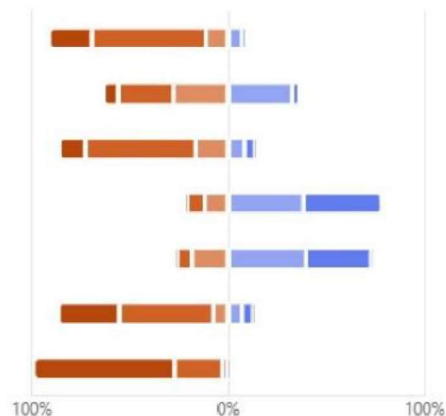
Quando a criança está a utilizar os dispositivos eletrónicos mantém-se sossegada

Mantenho a criança a utilizar os dispositivos eletrónicos para eu conseguir descansar

A criança poderá utilizar dispositivos eletrónicos mais do que 2 horas por dia

A criança apenas utiliza os dispositivos eletrónicos após terminar os trabalhos da escola

Prefiro que a criança esteja ocupada a brincar do que a utilizar dispositivos eletrónicos



Frequências

Estatísticas

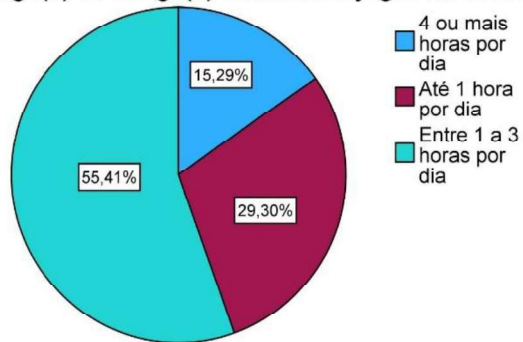
Num dia de semana/dia de escola, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amig

N	Válido	157
	Omisso	0

Num dia de semana/dia de escola, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã?

	N	%
4 ou mais horas por dia	24	15,3%
Até 1 hora por dia	46	29,3%
Entre 1 a 3 horas por dia	87	55,4%

Num dia de semana/dia de escola, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã?



Frequências

Estatísticas

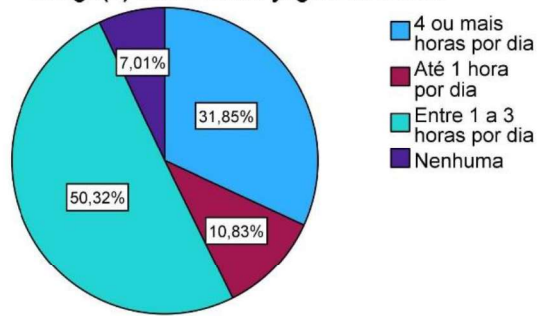
Num dia de fim de semana, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) se

N	Válido	157
	Omisso	0

Num dia de fim de semana, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã?

	N	%
4 ou mais horas por dia	50	31,8%
Até 1 hora por dia	17	10,8%
Entre 1 a 3 horas por dia	79	50,3%
Nenhuma	11	7,0%

Num dia de fim de semana, quantas horas, em média, costuma a criança brincar com amigo(s) ou amiga(s) sem incluir jogos de ecrã?



Frequências

Estatísticas

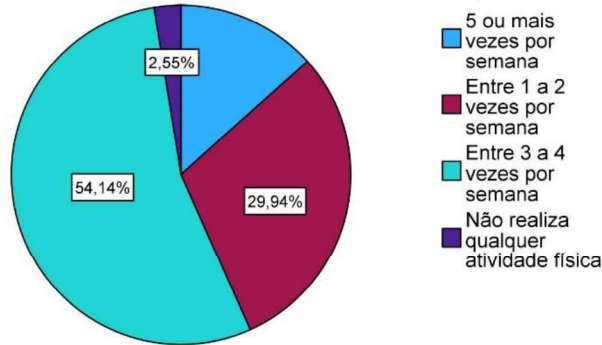
Habitualmente, quantas vezes por semana a criança pratica atividade física? (incluir o número de aulas de edu

N	Válido	157
	Omisso	0

Habitualmente, quantas vezes por semana a criança pratica atividade física? (incluir o número de aulas de educação física em contexto escolar)

	N	%
5 ou mais vezes por semana	21	13,4%
Entre 1 a 2 vezes por semana	47	29,9%
Entre 3 a 4 vezes por semana	85	54,1%
Não realiza qualquer atividade física	4	2,5%

Habitualmente, quantas vezes por semana a criança pratica atividade física? (incluir o número de aulas de educação física em contexto escolar)



Frequências

Estatísticas

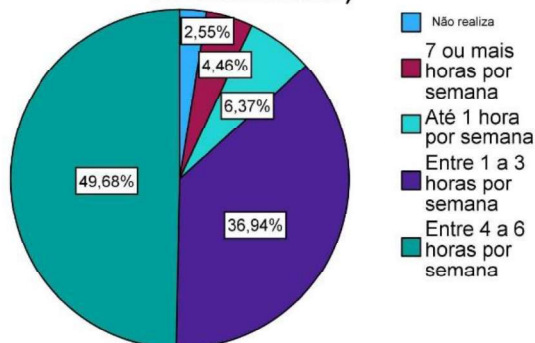
Em média, quantas horas de atividade física realiza a criança por semana? (incluir as horas realizadas nas aulas de educação física em contexto escolar)

N	Válido	157
	Omisso	0

Em média, quantas horas de atividade física realiza a criança por semana? (incluir as horas realizadas nas aulas de educação física em contexto escolar)

	N	%
Não realiza qualquer atividade física	4	2,5%
7 ou mais horas por semana	7	4,5%
Até 1 hora por semana	10	6,4%
Entre 1 a 3 horas por semana	58	36,9%
Entre 4 a 6 horas por semana	78	49,7%

Em média, quantas horas de atividade física realiza a criança por semana? (incluir as horas realizadas nas aulas de educação física em contexto escolar)



Frequências

Estatísticas

Excluindo as aulas de educação física em contexto escolar, a criança costuma praticar outro tipo de atividade c

N	Válido	157
	Omisso	0

Excluindo as aulas de educação física em contexto escolar, a criança costuma praticar outro tipo de atividade desportiva programada e regular?

	N	%
	4	2,5%
Não	41	26,1%
Sim	112	71,3%

Excluindo as aulas de educação física em contexto escolar, a criança costuma praticar outro tipo de atividade desportiva programada e regular?



Frequências

Estatísticas

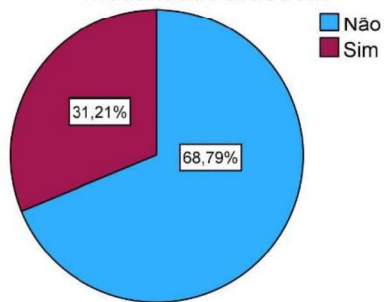
A criança está a aprender ou já domina, tecnicamente, alguma modalidade artística?

N	Estatísticas	
	Válido	Total
	157	
	Omisso	0

A criança está a aprender ou já domina, tecnicamente, alguma modalidade artística?

	N	%
Não	108	68,8%
Sim	49	31,2%

A criança está a aprender ou já domina, tecnicamente, alguma modalidade artística?



Frequências

Estatísticas

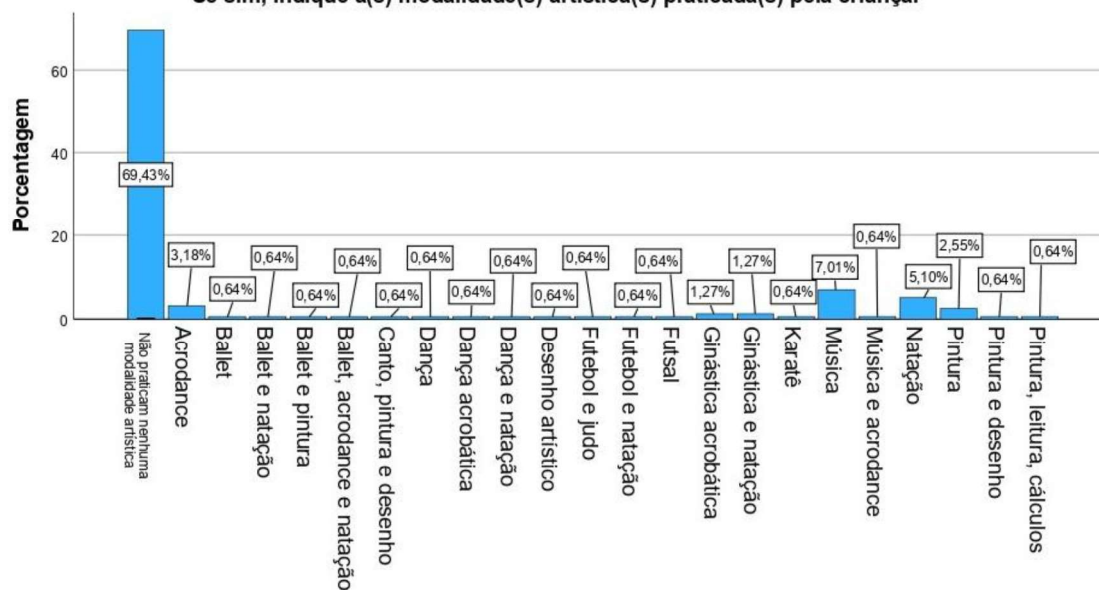
Se sim, indique a(s) modalidade(s) artística(s) praticada(s) pela criança.

N	Válido	157
	Omisso	0

Se sim, indique a(s) modalidade(s) artística(s) praticada(s) pela criança.

	N	%
Não praticam nenhuma modalidade artística	109	69,4%
Acrodance	5	3,2%
Ballet	1	0,6%
Ballet e natação	1	0,6%
Ballet e pintura	1	0,6%
Ballet, acrodance e natação	1	0,6%
Canto, pintura e desenho	1	0,6%
Dança	1	0,6%
Dança acrobática	1	0,6%
Dança e natação	1	0,6%
Desenho artístico	1	0,6%
Futebol e judo	1	0,6%
Futebol e natação	1	0,6%
Futsal	1	0,6%
Ginástica acrobática	2	1,3%
Ginástica e natação	2	1,3%
Karatê	1	0,6%
Música	11	7,0%
Música e acrodance	1	0,6%
Natação	8	5,1%
Pintura	4	2,5%
Pintura e desenho	1	0,6%
Pintura, leitura, cálculos	1	0,6%

Se sim, indique a(s) modalidade(s) artística(s) praticada(s) pela criança.



Frequências

Estatísticas

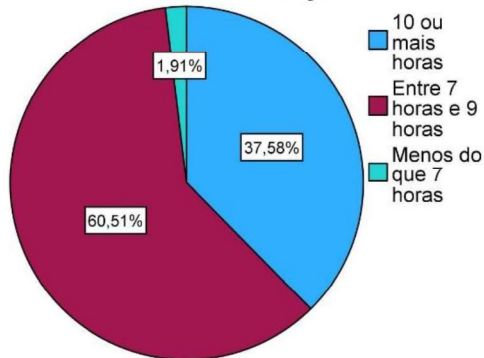
Em média, quantas horas por noite dorme a criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Em média, quantas horas por noite dorme a criança?

	N	%
10 ou mais horas	59	37,6%
Entre 7 horas e 9 horas	95	60,5%
Menos do que 7 horas	3	1,9%

Em média, quantas horas por noite dorme a criança?



Frequências

Estatísticas

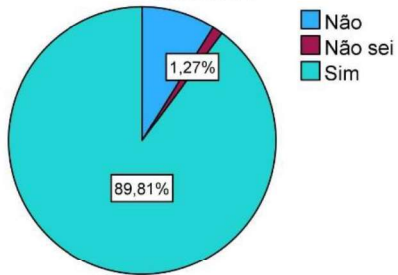
No geral, considera que a criança ingere a quantidade adequada de alimentos?

N	Válido	157
	Omisso	0

No geral, considera que a criança ingere a quantidade adequada de alimentos?

	N	%
Não	14	8,9%
Não sei	2	1,3%
Sim	141	89,8%

No geral, considera que a criança ingere a quantidade adequada de alimentos?



Frequências

Estatísticas

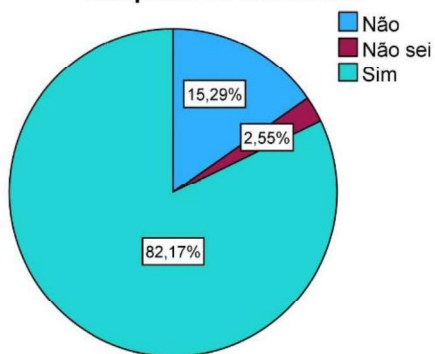
No geral, considera que a criança ingere a qualidade e variedade adequada de alimentos?

N	Válido	157
	Omisso	0

No geral, considera que a criança ingere a qualidade e variedade adequada de alimentos?

	N	%
Não	24	15,3%
Não sei	4	2,5%
Sim	129	82,2%

No geral, considera que a criança ingere a qualidade e variedade adequada de alimentos?



Frequências

Estatísticas

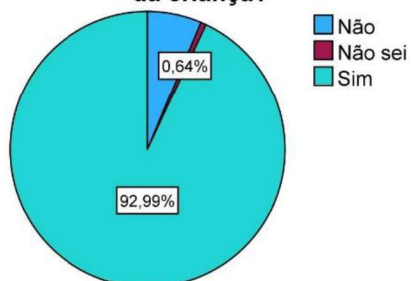
Está satisfeito(a) com o número de amigos/amigas reais (não virtuais) da criança?

N	Válido	157
	Omisso	0

Está satisfeito(a) com o número de amigos/amigas reais (não virtuais) da criança?

	N	%
Não	10	6,4%
Não sei	1	0,6%
Sim	146	93,0%

Está satisfeito(a) com o número de amigos/amigas reais (não virtuais) da criança?



Frequências

Estatísticas

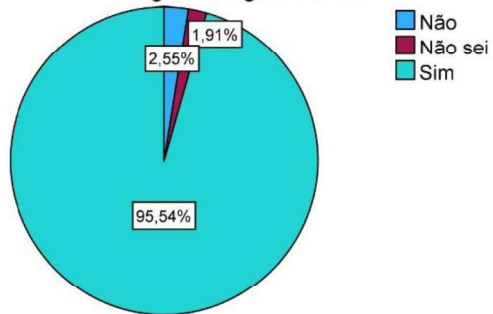
Considera que a qualidade das relações interpessoais reais (não virtuais) da criança com os amigos/amigas é

N	Válido	157
	Omisso	0

Considera que a qualidade das relações interpessoais reais (não virtuais) da criança com os amigos/amigas é boa?

	N	%
Não	4	2,5%
Não sei	3	1,9%
Sim	150	95,5%

Considera que a qualidade das relações interpessoais reais (não virtuais) da criança com os amigos/amigas é boa?



APÊNDICE XI – Resultados do MAIEC

Indique em que curso(s) adquiriu conhecimentos sobre a problemática em estudo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	154	96,3	96,3	96,3
Curso profissional de técnico/a auxiliar de saúde e em livros	1	,6	,6	96,9
Educação Social e em livros	1	,6	,6	97,5
Ensino superior	1	,6	,6	98,1
Palestra na igreja	2	1,2	1,2	99,3
Pós-graduação em neurodesenvolvimento da criança e adolescente	1	,6	,6	99,9
Total	160	100,0	100,0	

Se respondeu outros na pergunta relativa à aquisição de conhecimentos sobre a problemática em estudo, indique onde adquiriu esses conhecimentos.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	130	81,3	81,3	81,3
Centro de Saúde e Hospital	1	,63	,63	81,9
Televisão	7	4,2	4,2	86,1
Internet	4	2,4	2,4	88,5
Pediatra	1	,63	,63	89,2
Cultura geral	3	1,8	1,8	90,9
Curso de Enfermagem	1	,63	,63	91,6
Entrevistas e documentários	1	,63	,63	92,2
Escola, livros e fontes de formação pessoal	2	1,2	1,2	93,4
Jornais, internet e televisões	1	,63	,63	94
Não / Nenhum	2	1,2	1,2	95,2
Nas reportagens e pesquisas <i>online</i>	2	1,2	1,2	96,4
Experiências do dia-a-dia.	3	1,8	1,8	98,2
Profissão	1	,63	,63	98,9
Revistas	1	,63	,63	99,5
Total	160	100,0	100,0	

Se respondeu que adquiriu conhecimentos sobre a problemática em estudo numa ou mais formações, enumere até três:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	158	98,8	98,8	98,8
Curso Auxiliar Ação Médica	1	,6	,6	99,4
Reportagens, internet, programas tv	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Conhece as recomendações (ex: OMS, 2019) relacionadas com a exposição das crianças aos ecrãs?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1,9	1,9	1,9
Não	62	38,8	38,8	40,6
Sim	95	59,4	59,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Sabe quanto tempo no máximo é aconselhável a exposição aos ecrãs das crianças de acordo com as idades?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1,9	1,9	1,9
Não	54	33,8	33,8	35,6
Sim	103	64,4	64,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Conhece estratégias para controlar o tempo que a criança está exposta aos ecrãs?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1,9	1,9	1,9
Não	38	23,8	23,8	25,6
Sim	119	74,4	74,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Reconhece quais as implicações para a saúde das crianças caso ultrapassem o tempo máximo aconselhável para estarem expostos aos ecrãs?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1,9	1,9	1,9
Não	22	13,8	13,8	15,6
Sim	135	84,4	84,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Considera haver alguma relação entre o tempo que as crianças estão expostas aos ecrãs e o controlo do próprio peso corporal?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1,9	1,9	1,9
Não	21	13,1	13,1	15,0
Sim	136	85,0	85,0	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Costuma limitar o tempo que a criança está exposta aos ecrãs?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	88	55,0	55,0	55,0
Às vezes	15	9,4	9,4	64,4
Nunca	1	,6	,6	65,0
Quase nunca	3	1,9	1,9	66,9
Quase sempre	35	21,9	21,9	88,8
Sempre	18	11,3	11,3	100,0
Total	160	100,0	100,0	

No que respeita à problemática de estudo, se considera existir na comunidade escolar em que se integra uma estrutura organizativa formal ou informal indique qual é que considera existir:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	152	95,0	95,0	95,0
Escola	2	1,2	1,2	96,2
Toda a estrutura de professores e auxiliares	1	,6	,6	96,8
Cantina escolar	1	,6	,6	97,4
Nutricionista	1	,6	,6	98
Equipa de educação para a saúde	1	,6	,6	98,6
Existe a preocupação de promover hábitos alimentares e de vida saudáveis.	1	,6	,6	99,2
Várias atividades	1	,6	,6	99,8
Total	160	100,0	100,0	

No que respeita à problemática de estudo, se considera existir na comunidade escolar em que se integra uma ou mais parcerias relacionadas com o tema, indique que parceria(s):

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	149	93,1	93,1	93,1
Cooperativa de fruta e leite escolar fornecido	1	,6	,6	93,7
Cantina	1	,6	,6	94,3
Agrupamento e o Centro de Saúde Local.	4	2,5	2,5	96,8
Docente titular de turma, enfermeiros, psicólogos.	1	,6	,6	97,4
Equipa de Saúde Escolar; Equipas de Técnicos Multidisciplinares	1	,6	,6	98
Nutricionista	2	1,2	1,2	99,2
Piscinas	1	,6	,6	99,8
Total	160	100,0	100,0	

Se já teve formação e/ou treino sobre a problemática de estudo, indique qual a formação/treino, relativamente às recomendações relacionadas com a exposição das crianças aos ecrãs, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva "-1ano")

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	158	98,8	98,8	98,8
Curso profissional técnico auxiliar de saúde há 9 anos.	1	,6	,6	99,4
Ginásio	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Se já teve formação e/ou treino sobre a problemática de estudo, indique qual a formação/treino, relativamente às estratégias para controlar o tempo que a criança está exposta aos ecrãs, em que contexto e há quanto tempo em anos (se for menos de 1 ano escreva "-1ano")

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	158	98,8	98,8	98,8
Curso profissional técnico auxiliar de saúde há 9 anos.	1	,6	,6	99,4
Ginásio	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Mencione a sua questão ou comentário sobre este projeto:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	151	94,4	94,4	94,4
Acho muito importante este assunto pois cada vez mais as crianças usam ecrãs no seu dia-a-dia.	1	,6	,6	95,0
Acho que seria útil um questionário com mais questões abertas.	1	,6	,6	95,6
Agradeço por fazer parte desse projeto. Acredito que neste mundo tanto os pais como a escola é importante participarem de um assunto importante para nossos filhos. Como podemos identificar melhor o que nossos filhos estão assistindo e lendo na internet.	1	,6	,6	96,3
Apoio o projeto, apesar das minhas filhas não ficarem além do tempo tolerável.	1	,6	,6	96,9
Considero que seja um ótimo projeto e deveria ser feito outro para demonstrar os efeitos psicológicos que causam nas crianças quando têm livre acesso aos dispositivos eletrónicos. Mas o mesmo só tem efeito benéfico se o próprio governo não introduzisse os computadores nas escolas logo no 1º ano de escolaridade.	1	,6	,6	97,5

Envolver as associações de pais neste tipo de projetos, de forma a fazer uma ponte entre a escola e as famílias. Desta forma, penso que aumentam as hipóteses de sucesso.	1	,6	,6	98,1
Parabéns pelo projeto. Peço que seja divulgado e que os resultados possam ser apresentados a todos e não só nos órgãos de gestão do agrupamento.	1	,6	,6	98,8
Seria interessante avaliar o impacto psicológico e emocional que o excesso dos ecrãs tem nas crianças, bem como os níveis de atenção e concentração.	1	,6	,6	99,4
Tema muito interessante e importante nos dias que correm.	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

APÊNDICE XII – Cronograma

Atividades / Tarefas	2024												2025				
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun				
Fase Preparatória																	
Definição do perfil de saúde da comunidade de Porto de Mós																	
Identificação da problemática central e definição do público-alvo																	
Revisão da literatura																	
Reunião com o Professor Responsável pelo PES e com a Vice-Presidente do Agrupamento para explicar a importância de definir um projeto de intervenção relacionado com a problemática central e solicitar a aprovação para tal																	
Solicitação do pedido de autorização para utilizar o MAIEC																	
Adaptação do Questionário de Avaliação do Processo Comunitário e Adaptação da EAVEC																	
Criação do questionário P-ECRAN																	
Construção do consentimento informado																	
Solicitação do parecer à Direção-Geral da Educação																	
Solicitação do parecer à Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS RL																	
Apresentação do projeto aos professores e encarregados de educação, sensibilizando a comunidade escolar para a temática e para a participação																	
Fase Diagnóstica (Estudo de investigação)																	
Partilha do consentimento informado com os encarregados de educação																	
Aplicação do Questionário de Avaliação do Processo Comunitário Adaptado e Questionário P-ECRAN																	
Aplicação da EAVEC																	
Recolha e análise dos dados obtidos através da aplicação dos Questionários/Escala																	
Elaboração do diagnóstico de situação de saúde																	
Definição de Prioridades																	
Aplicação do Método de Hanlon																	
Definição da Finalidade, Objetivos e Metas																	
Seleção de Estratégias																	
Realização da Revisão Integrativa da Literatura e Pesquisa de Literatura Cinzenta																	
Identificação das estratégias de intervenção descritas na literatura																	
Elaboração do Projeto de intervenção Comunitária (ECRAN) e Preparação para a intervenção																	
Definição do plano de ação																	
Definição do cronograma																	
Criação e aquisição de recursos necessários para a intervenção																	
Fase de Intervenção																	
Sessão de sensibilização para a problemática																	
Sessões de educação para a saúde																	
Workshop																	
Celebração do dia da consciencialização para a prevenção da obesidade através da redução do tempo de exposição aos ecrãs e do aumento do tempo de atividade física																	
Fase de Avaliação																	
Avaliação dos resultados do projeto e reflexão acerca da eficácia das estratégias de intervenção																	
Avaliação e reflexão acerca das etapas da metodologia do processo de planeamento em saúde																	
Fase de divulgação																	
Divulgação do processo de implementação do projeto e dos resultados obtidos																	

F
E
R
I
A
S

Por determinar

Por determinar

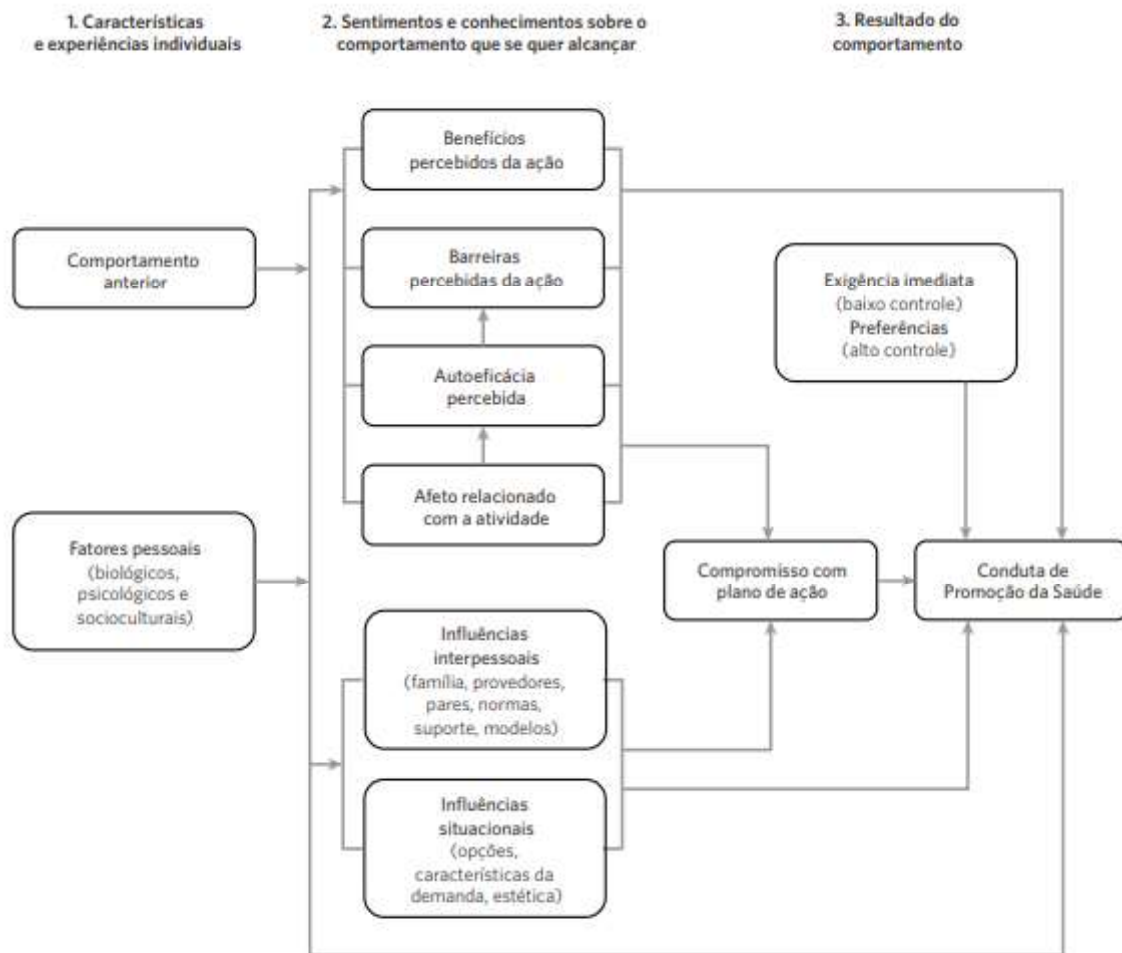
Por determinar

Por determinar

ANEXOS

ANEXO I – Organograma da ULS ■

ANEXO II – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (p.993), de Santi & Baldissera, 2023

ANEXO III – Certificado: Proteção da Saúde - Temperaturas Extremas/Prevenção dos
Efeitos do Calor na Saúde da População



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que **Mariana dos Santos Fernandes** participou na **e-Conferência – “Proteção da Saúde – Temperaturas Extremas/ Prevenção dos Efeitos do Calor na Saúde da População”**, organizado pela Equipa de Prevenção de Acidentes, em articulação com a Equipa de Monitorização e Intervenção na Resposta Sazonal em Saúde, do Departamento de Saúde Pública da ARS do Centro, no dia 12 de julho de 2024, das 11h às 12h, via plataforma eletrónica.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública

(Dr. João Pedro Pimentel)

ANEXO IV – Certificado: I Encontro Enfermagem da ULS RL - “Refletir o passado, integrar o futuro”

I Encontro de Enfermagem da ULS - RL

“Refletir o passado, integrar o futuro”



Certificado

Declara-se para os devidos efeitos que, **Mariana dos Santos Fernandes**, participou no I Encontro de Enfermagem da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria subordinado ao tema **“Refletir o passado, integrar o futuro”**, que decorreu nos dias 17 e 18 de outubro de 2024, com a duração de 16 horas.

A Comissão Organizadora

Ecculafael



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE LEIRIA

ANEXO V – Certificado: Cuidados Paliativos - Da diversidade de necessidades à articulação
de recursos



CERTIFICADO

Certifica-se que Mariana Fernandes participou na Aula Aberta “Cuidados Paliativos: Da diversidade de necessidades à articulação de recursos”, que decorreu online no dia 24 de janeiro de 2025 com a duração de 2 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO VI – Certificado: II Encontro Científico do Curso de Mestrado de ESCSP (2023-2025) - ESCSP: Abordagens para a Saúde Escolar e o Apoio aos Cuidadores Formais



CERTIFICADO

Certifica-se que Mariana Fernandes participou no II Encontro Científico do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (2023-2025) com o título "Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: Abordagens para a Saúde Escolar e o Apoio aos Cuidadores Formais", que decorreu online no dia 19 de fevereiro de 2025, com a duração de 2 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

ANEXO VII – Evolução da população residente

ANEXO VIII – População residente por local de residência, sexo e grupo etário

Período de referência dos dados (1) Local de residência (NUTS - 2013) (2) Sexo		População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual																		
		Grupo etário																		
2023	Total	0 - 4 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos	20 - 24 anos	25 - 29 anos	30 - 34 anos	35 - 39 anos	40 - 44 anos	45 - 49 anos	50 - 54 anos	55 - 59 anos	60 - 64 anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos	
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
	HM	23 998	905	1 048	1 180	1 337	1 328	1 211	1 247	1 624	1 834	1 784	1 720	1 692	1 583	1 354	1 161	960	1 031	
	H	11 703	470	530	615	684	699	625	624	808	904	891	856	776	780	629	523	400	370	
	M	12 295	435	480	518	565	629	586	623	816	930	893	864	916	803	725	638	560	661	
População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas anuais da população residente																				
Nota(s):																				
(1) 2011-2020, Estimativas Definitivas de População Residente - estimativas intercensitárias revistas (revisão regular geral) tendo por referência os resultados dos Censos 2011 e 2021. A partir de 2021, Estimativas Provisórias de População Residente - estimativas pós-censitárias assentes nos resultados dos Censos 2021.																				
(2) Estimativas Provisórias de População Residente revistas em junho de 2024, que incluem na população residente as pessoas deslocadas da Ucrânia beneficiárias do regime de Proteção Temporária em Portugal.																				
(2) Estimativas de População Residente segundo a divisão administrativa correspondente à versão da Carta Administrativa Oficial de Portugal em vigor à data dos Censos 2021 (CAOP 2020) e à versão das NUTS (NUTS 2013) em vigor a partir de 1 de janeiro de 2015.																				

Última atualização destes dados: 18 de junho de 2024

ANEXO IX – Índice de envelhecimento

Índice de envelhecimento

Onde há mais e menos idosos por 100 jovens?

Rácio - %

Territórios	Índice de envelhecimento	
	2011	2023
Batalha	115,2	(R) 166,5
Leiria	112,0	(R) 174,8
Marinha Grande	121,4	(R) 183,8
Pombal	166,0	(R) 255,8
Porto de Mós	136,3	(R) 204,3
Alcobaça	140,5	(R) 222,7
Nazaré	135,6	(R) 205,6
Ourém	150,1	(R) 221,4

Índice de envelhecimento

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Índice de envelhecimento

Onde há mais e menos idosos por 100 jovens?

Rácio - %

Territórios	Índice de envelhecimento				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	136,3	192,0	196,8	(R) 200,3	(R) 204,3

Índice de envelhecimento

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO X – Índice de dependência de jovens

Índice de dependência de jovens

Onde há mais e menos jovens por 100 pessoas em idade ativa?

Rácio - %

Territórios	Índice de dependência de jovens	
	2011	2023
Batalha	23,9	(R) 22,4
Leiria	22,8	(R) 20,6
Marinha Grande	22,9	(R) 20,3
Pombal	22,2	(R) 19,5
Porto de Mós	23,2	(R) 19,9
Alcobaça	22,2	(R) 18,9
Nazaré	21,4	(R) 21,0
Ourém	22,9	(R) 19,8

Índice de dependência de jovens

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da

População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Índice de dependência de jovens

Onde há mais e menos jovens por 100 pessoas em idade ativa?

Rácio - %

Territórios	Índice de dependência de jovens				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	23,2	20,5	20,2	(R) 20,1	(R) 19,9

Índice de dependência de jovens

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XI – Índice de dependência de idosos

Índice de dependência de idosos

Onde há mais e menos idosos por 100 pessoas em idade ativa?

Rácio - Taxa de Variação - %

Territórios	Índice de dependência de idosos	
	2011	2023
Batalha	-	(R) 35,5
Leiria	-	(R) 41,5
Marinha Grande	-	(R) 34,2
Pombal	-	(R) 35,1
Porto de Mós	-	(R) 28,4
Alcobaça	-	(R) 35,3
Nazaré	-	(R) 48,8
Ourém	-	(R) 27,9

Índice de dependência de idosos

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Índice de dependência de idosos

Onde há mais e menos idosos por 100 pessoas em idade ativa?

Rácio - %

Territórios	Índice de dependência de idosos				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	31,6	39,3	39,8	(R) 40,3	(R) 40,6

Índice de dependência de idosos

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-25

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XII – N.º de nados vivos

ANEXO XIII – Taxa bruta de natalidade

Taxa bruta de natalidade

Onde nascem mais e menos bebés por 1.000 residentes?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa bruta de natalidade	
	2011	2023
Batalha	9,2	9,4
Leiria	9,5	8,4
Marinha Grande	8,5	8,4
Pombal	7,3	7,7
Porto de Mós	8,6	7,2
Alcobaça	7,0	7,7
Nazaré	9,3	8,3
Ourém	7,5	7,2

Taxa bruta de natalidade

Fontes de Dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982)
INE - Estatísticas de Nados-Vivos
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-06-18
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Taxa bruta de natalidade

Onde nascem mais e menos bebés por 1.000 residentes?

Taxa - Taxa de Variação - ‰

Territórios	Taxa bruta de natalidade	
	2011	2023
Batalha	-	1,4
Leiria	-	-11,9
Marinha Grande	-	-1,2
Pombal	-	5,3
Porto de Mós	-	-17,0
Alcobaça	-	10,0
Nazaré	-	-10,7
Ourém	-	-4,1

Taxa bruta de natalidade

Fontes de Dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982)
INE - Estatísticas de Nados-Vivos
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-06-18
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Taxa bruta de natalidade

Onde nascem mais e menos bebés por 1.000 residentes?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa bruta de natalidade				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	8,6	↓ 6,4	7,5	(R) 6,3	7,2

Taxa bruta de natalidade

Fontes de Dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982)
INE - Estatísticas de Nados-Vivos
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-06-18
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XIV – Índice sintético de fecundidade

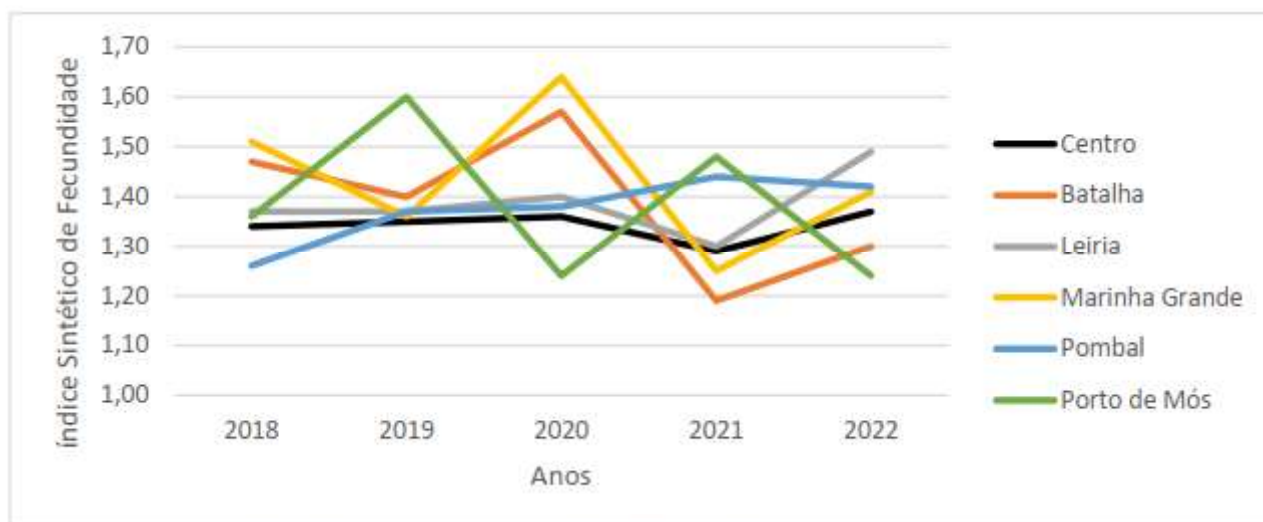


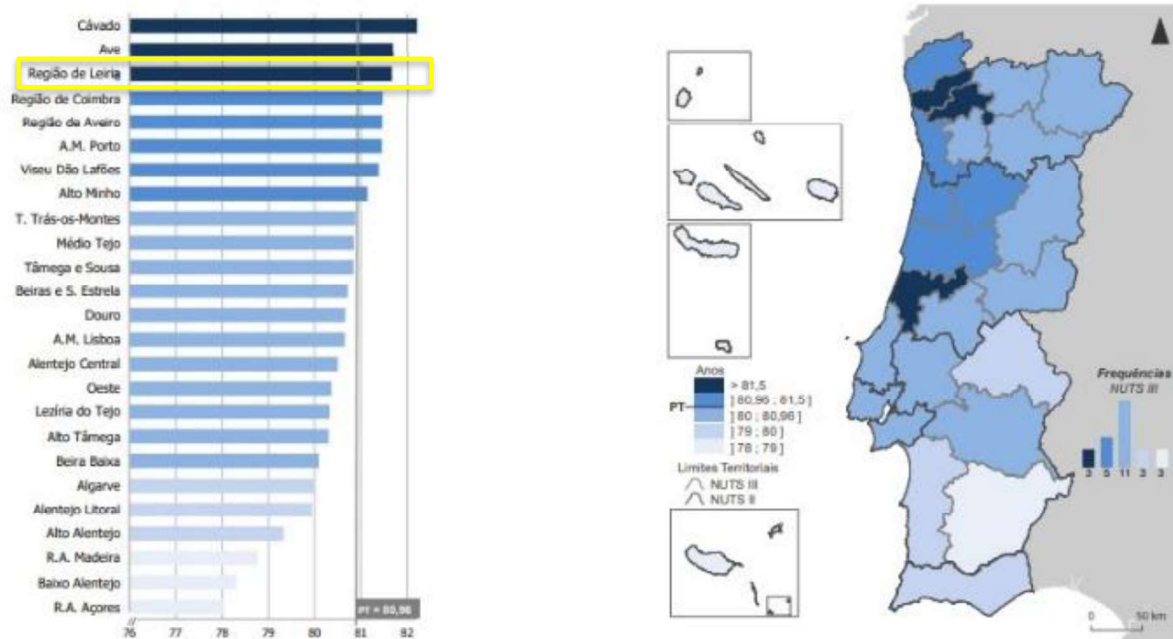
Figura 15: Índice Sintético de Fecundidade entre 2018 e 2022, na Região Centro e nos concelhos do ACES-PL.
 Fonte: PORDATA, 2023.

ANEXO XV – Esperança de vida à nascença

Quadro 4: Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, NUTS I, NUTS II e NUTS III, 2020-2022

	Esperança de vida à nascença (anos)	Esperança de vida aos 65 anos (anos)
	2020 - 2022	2020 - 2022
Portugal	80,96	19,61
Continente	81,07	19,67
Norte	81,53	19,88
Alto Minho	81,14	20,00
Cávado	82,26	20,64
Ave	81,69	20,06
Área Metropolitana do Porto	81,45	19,92
Alto Tâmega	80,30	20,05
Tâmega e Sousa	80,83	19,37
Douro	80,66	19,97
Terras de Trás-os-Montes	80,87	19,98
Centro	81,34	19,85
Oeste	80,36	19,36
Região de Aveiro	81,46	20,10
Região de Coimbra	81,46	20,10
Região de Leiria	81,66	20,02

Figura 1: Esperança de vida à nascença, NUTS III, 2020-2022



Fonte: INE, Tâbuas de mortalidade.

ANEXO XVI – Desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional

Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional

Onde há mais e menos pessoas registadas no IEFP à procura de emprego?

Indivíduo

Territórios	Total (em dezembro)			Total (média anual)		
	Anos	2011	2023	2011	2023	2023
Batalha		576		293	492,0	284,0
Leiria		5.501		3.187	4.737,2	3.122,1
Miãzinha Grande		2.085		1.688	1.807,5	1.488,0
Pombal		1.792		922	1.636,5	926,8
Porto de Mós		1.055		459	902,1	461,7
Alcobaça		2.722		1.162	2.579,6	1.205,1
Nazaré		884		407	828,0	406,3
Ourém		1.586		745	1.405,7	688,1

Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional

Fontes de Dados: IEFP/MTSSS-ME

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional

Onde há mais e menos pessoas registadas no IEFP à procura de emprego?

Indivíduo

Territórios	Total (em dezembro)			Total (média anual)		
	Anos	2020	2021	2022	2023	2023
Porto de Mós	1.055	556	450	435	459	510,7
						472,6
						423,2
						461,7

Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional

Fontes de Dados: IEFP/MTSSS-ME

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XVII – Percentagem da população empregada por setor de atividade económica

População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica

Onde há mais e menos pessoas a trabalhar nos setores primário, secundário ou terciário?

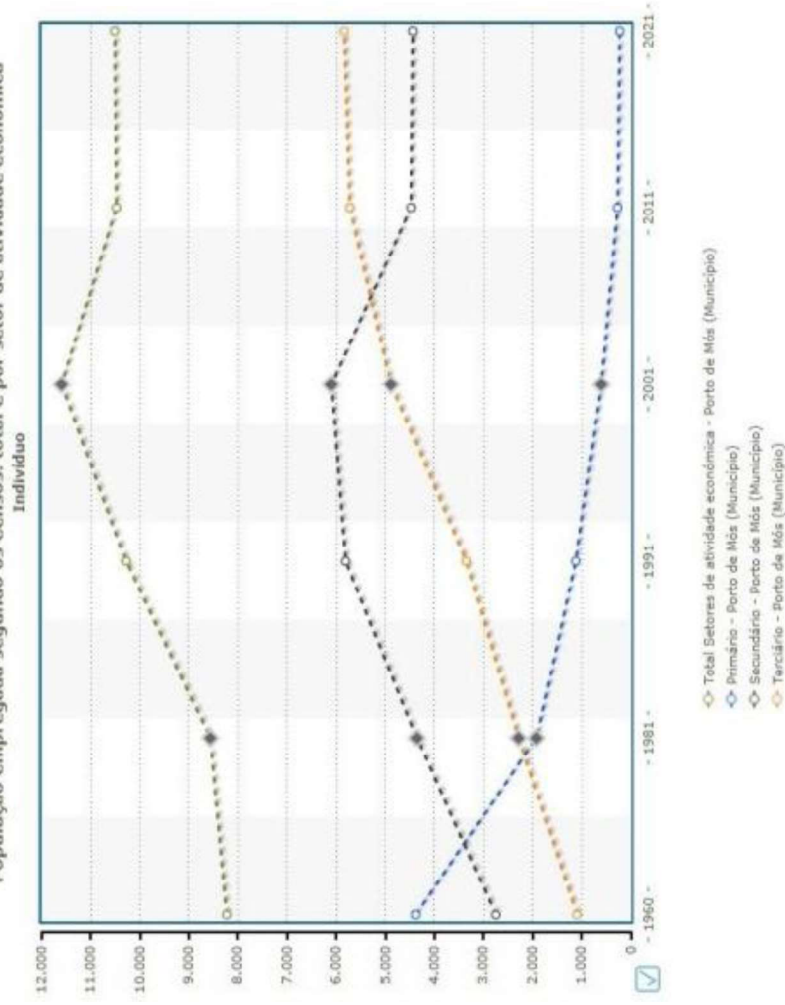
Indivíduo

Territórios	Setores de atividade económica							
	Total		Primário		Secundário		Terciário	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Batalha	7.151	7.149	145	122	2.992	2.811	4.104	4.216
Leiria	57.777	60.076	1.046	1.110	19.650	20.371	37.081	38.595
Mianha Grande	16.376	17.108	75	99	7.729	8.100	8.574	8.909
Pombal	21.438	21.001	694	627	8.332	7.672	12.412	12.502
Porto de Mós	10.471	10.507	272	228	4.472	4.438	5.727	5.841
Alcobaça	23.300	23.954	1.102	1.136	8.769	8.914	13.429	14.004
Nazaré	5.872	5.995	391	269	1.425	1.671	4.055	4.055
Ourense	19.073	18.948	266	315	6.774	6.212	12.033	12.441

População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica
 Fontes de Dados: INE - X, XII, XIII, XIV, XV e XVI Recenseamentos Gerais da População (Anos 2011 e 2021)
 Fonte: ORDEM - 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica



ANEXO XVIII – Beneficiários do rendimento social de inserção

Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo

Onde há mais e menos homens ou mulheres a receber o apoio da Segurança Social para famílias mais carenciadas?

Indivíduo

Territórios		Beneficiários do RMG e do RSI segundo o sexo					
		Masculino		Feminino		Total	
Anos		2011	2023	2011	2023	2011	2023
Batalha		180	149	80	58	100	91
Leiria		2.789	1.815	1.269	790	1.520	1.025
Marinha Grande		1.109	913	535	418	574	495
Pombal		891	793	420	362	471	431
Porto de Mós		597	308	277	145	320	163
Alcobaça		892	662	452	336	440	326
Nazaré		293	122	139	59	154	63
Ourém		495	485	222	212	273	273

Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo

Fontes de Dados: IIMTSSS

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-04-17

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo

Onde há mais e menos homens ou mulheres a receber o apoio da Segurança Social para famílias mais carenciadas?

Indivíduo

Territórios		Beneficiários do RMG e do RSI segundo o sexo											
		Masculino						Feminino					
Anos		2011	2021	2022	2023	2024	2011	2021	2022	2023	2024	2025	
Porto de Mós		597	269	301	316	277	115	144	145	152	157	163	

Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por sexo

Fontes de Dados: IIMTSSS

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-04-17

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XIX – Pensionistas da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações

Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações

Onde pagam a Segurança Social e a CGA mais e menos pensões, como as de velhice, aposentação, reforma, invalidez ou sobrevivência?

Pensão

Territórios	Pensões										
	Anos	Segurança Social					Caixa Geral de Aposentações				
		2011	2022	2023	2022	2023	2011	2022	2023	2022	2023
Batalha	4.706	5.072	-	4.298	4.608	408	454	-	408	468	
Leiria	36.121	40.069	-	30.865	34.048	5.256	6.021	-	5.256	6.124	
Marmã Grande	13.373	14.063	-	12.003	12.486	1.370	1.577	-	1.370	1.598	
Pombal	17.776	17.687	-	16.360	16.026	1.416	1.661	-	1.416	1.708	
Porto de Mós	8.487	8.394	-	7.819	7.591	668	803	-	668	819	
Alcobaça	20.390	20.544	-	18.472	18.374	1.918	2.170	-	1.918	2.211	
Nazaré	5.313	5.479	-	4.741	4.814	572	665	-	572	688	
Ourém	13.413	14.162	-	12.060	12.594	1.353	1.568	-	1.353	1.581	

Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa

Gerai de Aposentações

Fontes de Dados: ISSM/ISSS

CGAMTSSSS-MF

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-04-03

Os valores apresentados foram atualizados de

acordo com o versão 2024 da Nomenclatura

das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

(NUTS).

Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações

Onde pagam a Segurança Social e a CGA mais e menos pensões, como as de velhice, aposentação, reforma, invalidez ou sobrevivência?

Pensão

Territórios	Pensões										
	Anos	Segurança Social					Caixa Geral de Aposentações				
		2011	2022	2023	2022	2023	2011	2022	2023	2022	2023
Porto de Mós	8.487	8.394	-	7.819	7.591	668	803	-	668	819	

Pensões: total, da Segurança Social e da Caixa

Gerai de Aposentações

Fontes de Dados: ISSM/ISSS

CGAMTSSSS-MF

Fonte: PORDATA

Última atualização: 2024-04-03

Os valores apresentados foram atualizados de

acordo com o versão 2024 da Nomenclatura

das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

(NUTS).

ANEXO XX – Valor médio das pensões da Segurança Social

Local de residência (NUTS - 2013) (1)	Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual (3)	
	2022 €/ N.º	2011 €/ N.º
Alcobaça	5 819	4 526
Nazaré	5 635	4 609
Batalha	5 352	3 998
Leiria	6 143	4 562
Marinha Grande	7 275	5 687
Pombal	4 779	3 623
Porto de Mós	5 350	4 104
Ourém	5 011	3 755

Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - Instituto de Informática

Nota(s):

(1) A partir de 1 de janeiro de 2015 entrou em vigor uma nova versão das NUTS (NUTS 2013). Ao nível da NUTS II ocorreu apenas uma alteração de designação em "Lisboa" que passou a ser designada por "Área Metropolitana de Lisboa".

(2) Nos anos de 2013 e 2014 a atualização dos dados de acordo com o código da divisão administrativa, que decorre das Leis nº 61/2012 de 5 de dezembro, nº 56/2012 de 8 de novembro e nº 11-A/2013 de 28 de janeiro, não se encontra completa.

(3) Inclui pensões processadas a pensionistas ativos em 31 de dezembro, assim como a pensionistas suspensos ao longo do ano. Os montantes processados incluem todos os valores de pensões e complementos que a/o pensionista auferir. Os pensionistas/os são contados tantas vezes quantas os subsídios que recebem.

Última atualização destes dados: 24 de agosto de 2023

Local de residência (NUTS - 2013) (1)	Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual (3)		
	2022 €/ N.º	2021 €/ N.º	2020 €/ N.º
Porto de Mós	5 350	5 040	4 997

Valor médio das pensões da segurança social (€/ N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - Instituto de Informática

Nota(s):

(1) A partir de 1 de janeiro de 2015 entrou em vigor uma nova versão das NUTS (NUTS 2013). Ao nível da NUTS II ocorreu apenas uma alteração de designação em "Lisboa" que passou a ser designada por "Área Metropolitana de Lisboa".

(2) Nos anos de 2013 e 2014 a atualização dos dados de acordo com o código da divisão administrativa, que decorre das Leis nº 61/2012 de 5 de dezembro, nº 56/2012 de 8 de novembro e nº 11-A/2013 de 28 de janeiro, não se encontra completa.

(3) Inclui pensões processadas a pensionistas ativos em 31 de dezembro, assim como a pensionistas suspensos ao longo do ano. Os montantes processados incluem todos os valores de pensões e complementos que a/o pensionista auferir. Os pensionistas/os são contados tantas vezes quantas os subsídios que recebem.

Última atualização destes dados: 24 de agosto de 2023

ANEXO XXI – Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social

Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social: total e por sexo

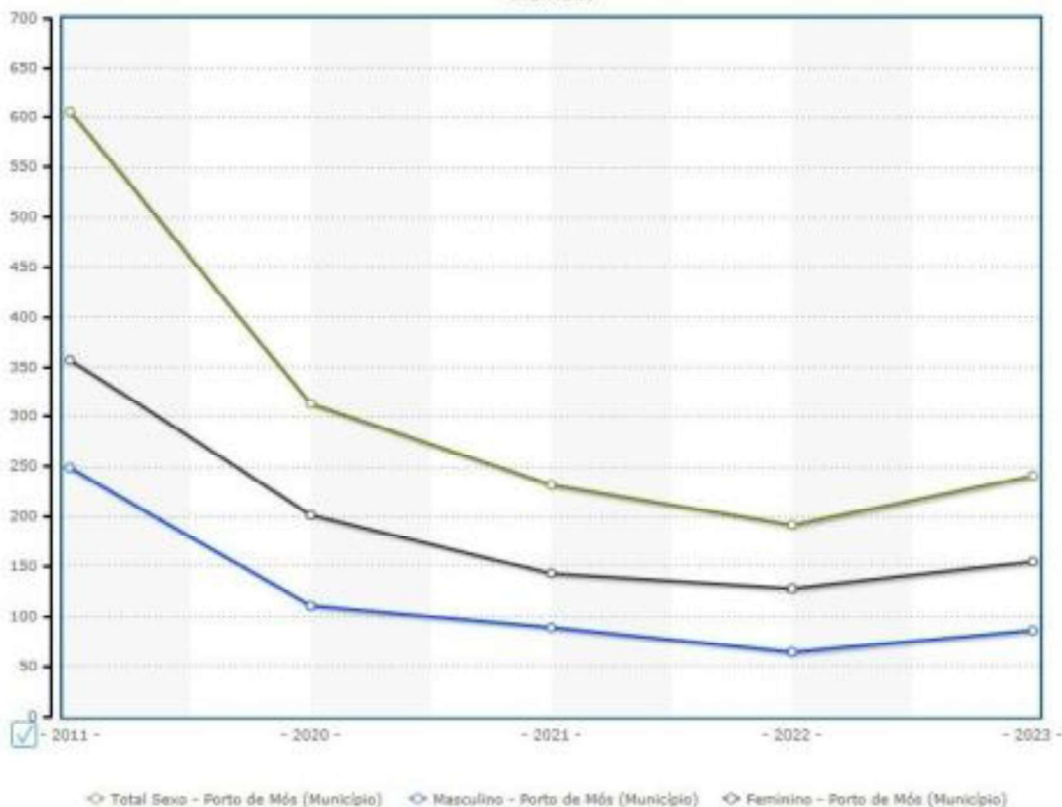
Onde há mais e menos homens ou mulheres desempregados a receber apoio da Segurança Social?

Indivíduo

Territórios	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	2011	2023	2011	2023	2011	2023
Batalha	381	172	141	62	240	110
Leiria	2 641	1 589	1 225	616	1 416	973
Marinha Grande	925	826	410	353	515	473
Pombal	869	395	430	143	439	252
Porto de Mós	606	241	249	85	357	155
Alcobeça	1 440	626	665	261	775	365
Nazaré	452	244	172	111	280	133
Ourém	822	393	385	131	437	262

Beneficiários do subsídio de desemprego da
Segurança Social: total e por sexo
Fontes de Dados: I/MTSSS
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-05-28
Os valores apresentados foram atualizados de
acordo com a versão 2024 da Nomenclatura
das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
(NUTS).

Beneficiários do subsídio de desemprego da Segurança Social: total e por sexo
Indivíduo



Fontes de Dados: I/MTSSS
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-05-28

ANEXO XXII – Taxa de criminalidade

Taxa de criminalidade (%oo) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual (3)
Período de referência dos dados (2)

Localização geográfica (NUTS - 2013) (1)	2011												
	2022					2011							
	Categoria de crime					Categoria de crime							
	Total	Crimes contra a integridade física	Furto/roubo por estacão e na via pública	Furto de veículo e motorizado	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Crimes contra o património	Total	Crimes contra a integridade física	Furto/roubo por estacão e na via pública	Furto de veículo e motorizado	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Crimes contra o património	
	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	
Aicoaba	23,5	3,6	0,3	2,1	1,5	1,3	12,5	36,6	4,6	0,3	4,3	2,8	20,1
Batalha	31,7	5,6	0,2	1,8	4,1	1,6	15,1	39,7	5,1	...	4,8	2,4	23,2
Leiria	24,1	4,3	0,4	2,1	1,2	1,3	13,2	33,9	4,0	0,6	4,5	1,4	20,5
Marinha Grande	32,6	6,4	1,0	2,2	1,9	2,2	15,5	43,1	6,6	0,8	5,2	2,7	23,9
Pombal	21,7	3,4	0,2	2,1	3,0	0,7	9,5	28,5	4,4	0,3	3,0	2,3	16,7
Porto de Mós	26,0	4,3	0,2	1,8	1,8	0,9	14,3	33,1	5,4	0,1	3,1	2,6	16,6
Ourém	25,2	4,4	0,2	1,3	1,8	0,7	12,3	32,9	4,8	0,2	2,7	3,0	16,7

Taxa de criminalidade (%oo) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual (3)
Período de referência dos dados (2)

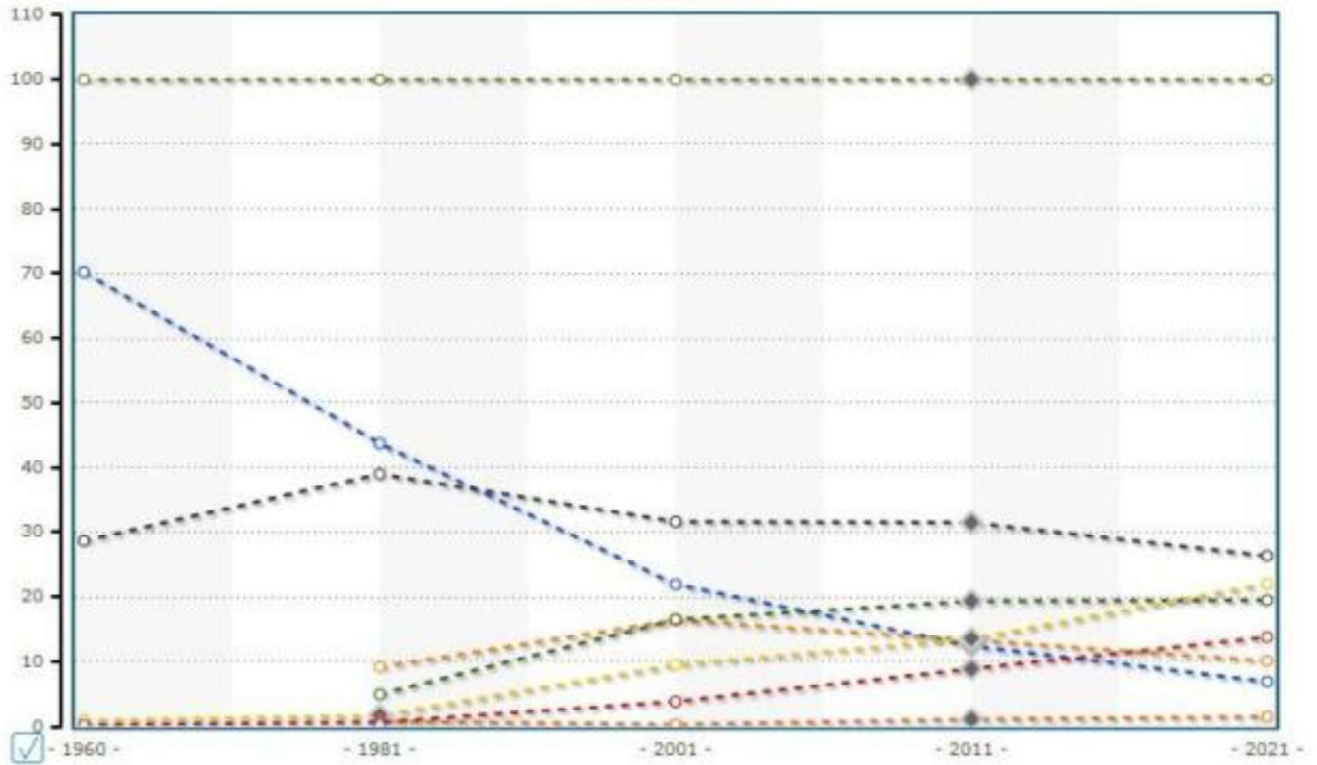
Localização geográfica (NUTS - 2013) (1)	2022			2021			2020			2019			2011		
	Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime		
	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l
	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo
Porto de Mós	4,3	4,3	1,8	4,3	4,3	1,6	3,9	3,9	4,6	4,6	3,3	3,3	5,4	5,4	2,6

Taxa de criminalidade (%oo) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual (3)
Período de referência dos dados (2)

Localização geográfica (NUTS - 2013) (1)	2022			2021			2020			2019			2011		
	Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime			Categoria de crime		
	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l	Total	Crimes contra a integridade física	Condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1,2g/l
	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo	%oo
Porto de Mós	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,3	1,3	1,3	3,3	3,3	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6

ANEXO XXIII – Percentagem da população por nível de escolaridade

População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%)
 Proporção - %



- ◊ Total nível de escolaridade - Porto de Mós (Município)
- ◊ Básico 1º ciclo - Porto de Mós (Município)
- ◊ Básico 2º ciclo - Porto de Mós (Município)
- ◊ Básico 3º ciclo - Porto de Mós (Município)
- ◊ Médio - Porto de Mós (Município)
- ◊ Superior - Porto de Mós (Município)
- ◊ Outro - Porto de Mós (Município)
- ◊ Sem nível de escolaridade - Porto de Mós (Município)

ANEXO XXIV – Taxa de abandono escolar

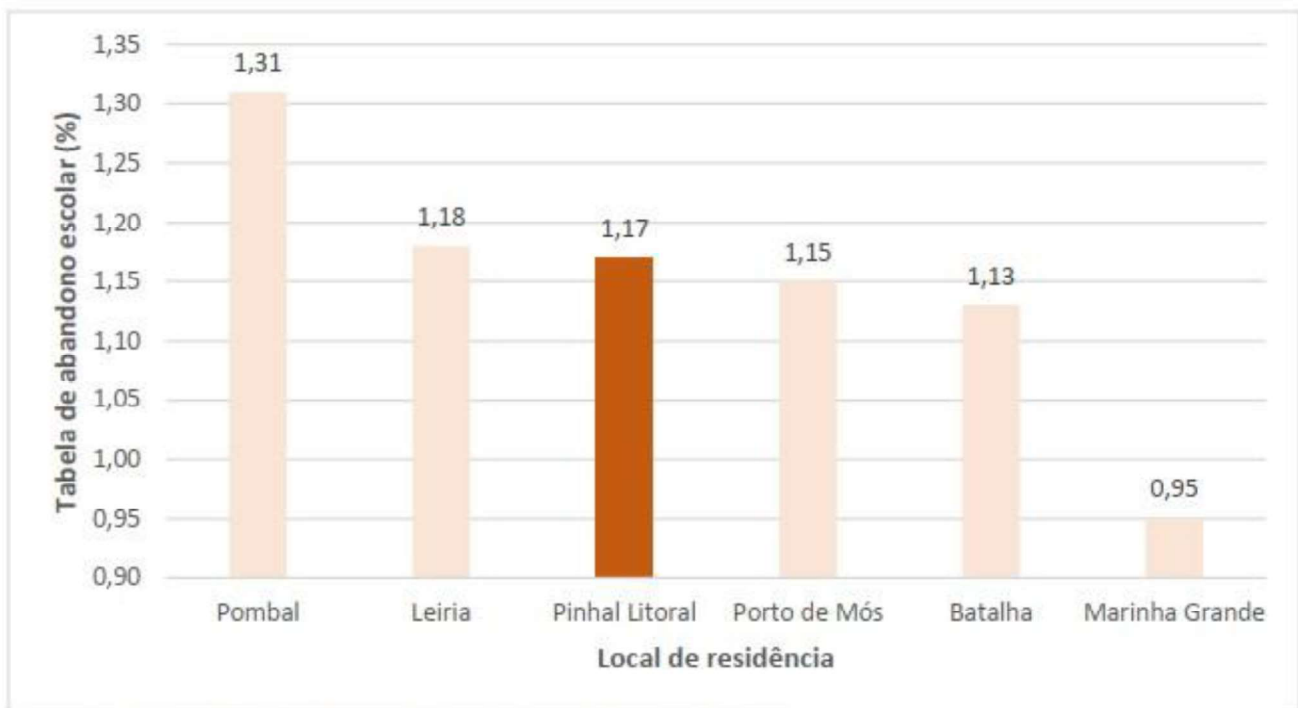


Figura 24: Taxa de abandono escolar nos concelhos do ACES-PL, 2022.

Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXV – Taxa de analfabetismo

Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2024) e Sexo; Decenal

Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2024)	Período de referência dos dados			
	2021		2021	
	HM	H	M	
%	%	%	%	
Batalha	3,00	1,74		4,17
Leiria	2,66	1,63		3,61
Marinha Grande	2,81	1,59		3,95
Pombal	5,80	3,22		8,12
Porto de Mós	3,45	2,26		4,57
Alcobaça	3,43	2,11		4,64
Ourém	4,51	2,78		6,00

Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2024) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

Última atualização destes dados: 19 de março de 2024

ANEXO XXVI – Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem

Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo

Onde é maior e menor o ordenado médio, por mês, com horas extra, subsídios ou prémios, dos homens ou mulheres aprendizes, quadros médios e su empregados?

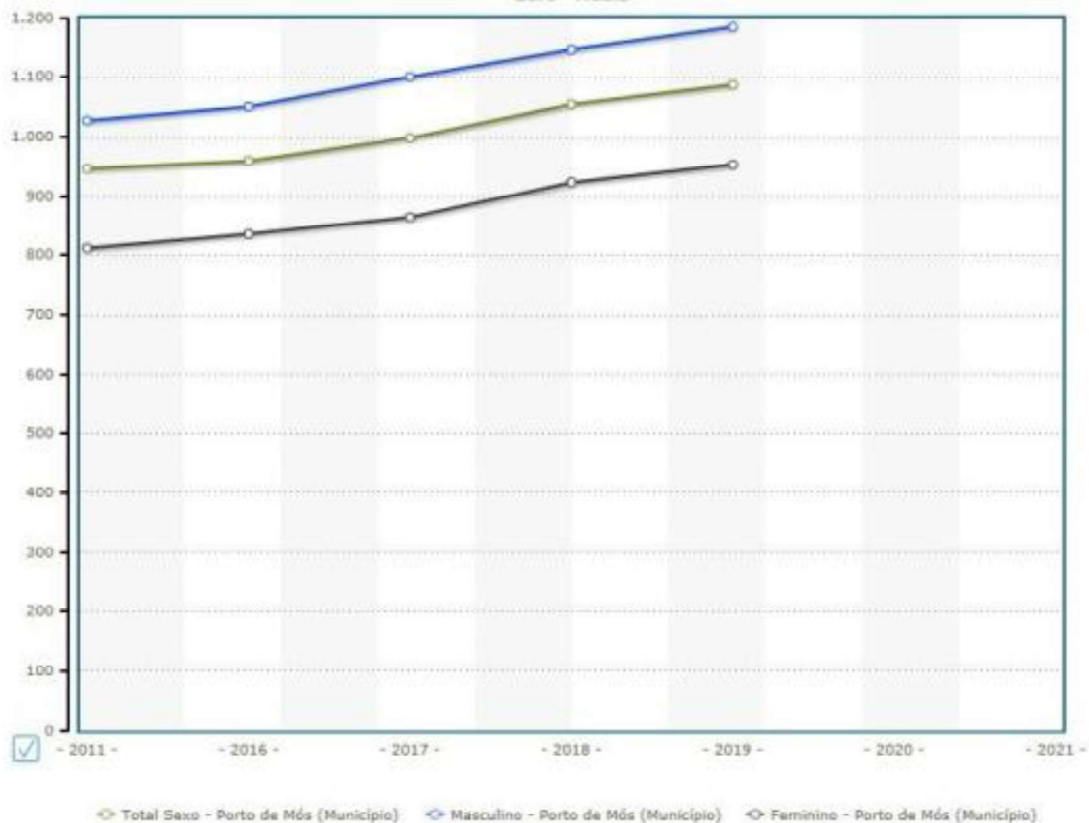
Euro - Média

Territórios	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	2011	2019	2011	2019	2011	2019
Batalha	887,9	1.095,8	978,2	1.213,1	755,5	917,1
Leiria	986,6	1.125,7	1.102,8	1.228,6	830,6	988,2
Marinha Grande	1.136,0	1.335,3	1.292,1	1.503,6	883,8	1.059,0
Pombal	909,8	1.025,0	979,9	1.116,0	801,1	902,0
Porto de Mós	946,0	1.088,0	1.027,8	1.184,9	812,4	953,0
Alcobaça	866,6	1.007,1	960,7	1.100,4	756,5	897,2
Nazaré	814,3	917,6	891,6	990,2	745,7	855,7
Ourém	889,6	1.029,4	968,6	1.147,6	792,2	907,9

Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo
 Fontes de Dados: GEP/MTSS (até 2009) | GEE/MEc (2010 a 2012) | GEP/MSESS, MTSS (a partir de 2013) - Quadros de Pessoal
 Fonte: PORDATA
 Última actualização: 2024-02-12
 Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por sexo

Euro - Média



Fontes de Dados: GEP/MTSS (até 2009) | GEE/MEc (2010 a 2012) | GEP/MSESS, MTSS (a partir de 2013) - Quadros de Pessoal
 Fonte: PORDATA
 Última actualização: 2024-02-12

ANEXO XXVII – Poder de compra *per capita*

Poder de compra *per capita*

Onde há, em média, por pessoa, maior e menor bem estar material?

Número Índice - %

Territórios	Poder de compra	
	2011	2021
Batalha	86,8	89,3
Leiria	102,9	105,7
Marinha Grande	95,8	92,7
Pombal	82,0	85,2
Porto de Mós	79,4	82,4
Alcobaça	83,4	86,3
Nazaré	84,6	88,1
Ourém	81,0	86,6

Poder de compra *per capita*

Fontes de Dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Poder de compra *per capita*

Onde há, em média, por pessoa, maior e menor bem estar material?

Número Índice - %

Territórios	Poder de compra					
	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Porto de Mós	79,4	82,0	80,3	80,2	81,2	82,4

Poder de compra *per capita*

Fontes de Dados: INE - Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XXVIII – Alojamentos servidos por abastecimento público de água (%)

Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água (%)

Onde há maior e menor percentagem de alojamentos abrangidos pela rede de água canalizada?

Proporção - %

Territórios	Alojamentos servidos por sistemas públicos de ...	
	2011	2021
Batalha	⊥ x	99
Leiria	⊥ 99	100
Marinha Grande	⊥ 100	99
Pombal	⊥ 96	99
Porto de Mós	⊥ 97	100
Alcobaça	⊥ 100	100
Nazaré	⊥ 100	100
Ourém	⊥ 93	97

Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água (%)

Fontes de Dados: INE (até 2005) | INAG/MA (até 2009) | INE | ERSAR | ERSARA | DREM (a partir de 2011) - IACSB (até 2005) | INSAAR (até 2009) | Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento (a partir de 2011)

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-02-09

Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura

Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água (%)

Onde há maior e menor percentagem de alojamentos abrangidos pela rede de água canalizada?

Proporção - %

Territórios	Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água				
	2011	2018	2019	2020	2021
Porto de Mós	⊥ 97	99	99	99	100

Alojamentos servidos por sistemas públicos de abastecimento de água (%)

Fontes de Dados: INE (até 2005) | INAG/MA (até 2009) | INE | ERSAR | ERSARA | DREM (a partir de 2011) - IACSB (até 2005) | INSAAR (até 2009) | Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento (a partir de 2011)

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-02-09

ANEXO XXIX – Alojamentos servidos por sistema de drenagem de águas residuais (%)

Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)

Onde há maior e menor percentagem de alojamentos abrangidos pela rede de esgotos?

Proporção - %

Territórios	Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais				
	Anos	2011	2012	2013	2021
Batalha		⊥ 71	73	73	79
Leiria		⊥ 77	80	81	92
Marinha Grande		⊥ 85	x	88	91
Pombal		⊥ 38	40	40	57
Porto de Mós		⊥ x	x	58	58
Alcobaça		⊥ x	x	x	55
Nazaré		⊥ x	x	x	97
Ourém		⊥ 46	46	48	(R) 38

Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)
 Fontes de Dados: INE (até 2005) | INAG/MA (até 2009) | INE | ERSAR | ERSARA | DREM (a partir de 2011) - IACSB (até 2005) | INSAAR (até 2009) | Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento (a partir de 2011)
 Fonte: PORDATA
 Última actualização: 2024-02-09
 Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura

Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)

Onde há maior e menor percentagem de alojamentos abrangidos pela rede de esgotos?

Proporção - %

Territórios	Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais							
	Anos	2011	2012	2013	2018	2019	2020	2021
Porto de Mós		⊥ x	x	58	59	59	58	58

Alojamentos servidos por sistemas de drenagem de águas residuais (%)
 Fontes de Dados: INE (até 2005) | INAG/MA (até 2009) | INE | ERSAR | ERSARA | DREM (a partir de 2011) - IACSB (até 2005) | INSAAR (até 2009) | Sistemas Públicos Urbanos de Serviços de Águas / Vertente Física e de Funcionamento (a partir de 2011)
 Fonte: PORDATA
 Última actualização: 2024-02-09

ANEXO XXX – Proporção (%) de nascimentos em mulheres em diferentes faixas etárias

Quadro 12 - Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, na Região Centro e no ACES-PL, 2018-2022.

	Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos				
	2018	2019	2020	2021	2022
Centro	2.1%	2.3%	2.0%	1.6%	1.9%
Batalha	0.8%	0.8%	2.2%	0.0%	0.9%
Leiria	1.9%	1.2%	1.5%	1.5%	2.2%
Marinha Grande	1.8%	2.1%	1.5%	2.3%	2.0%
Pombal	1.8%	2.8%	1.7%	1.1%	2.6%
Porto de Mós	3.0%	2.6%	0.7%	1.7%	2.0%

Fonte: INE, 2023.

Quadro 13 - Proporção de nascimentos em mulheres com idade superior ou igual a 35 anos nos vários concelhos do ACES-PL e na Região Centro, entre 2018 e 2022.

	Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade \geq 35 anos				
	2018	2019	2020	2021	2022
Centro	34.1%	34.2%	35.3%	34.8%	33.8%
Batalha	34.6%	35.8%	35.0%	37.5%	31.6%
Leiria	37.9%	39.6%	36.9%	35.4%	35.5%
Marinha Grande	33.9%	30.2%	30.2%	30.3%	32.1%
Pombal	34.9%	34.5%	32.6%	37.5%	28.5%
Porto de Mós	32.9%	35.4%	39.9%	32.8%	29.7%

Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXXI – Proporção de nascimentos pré-termo

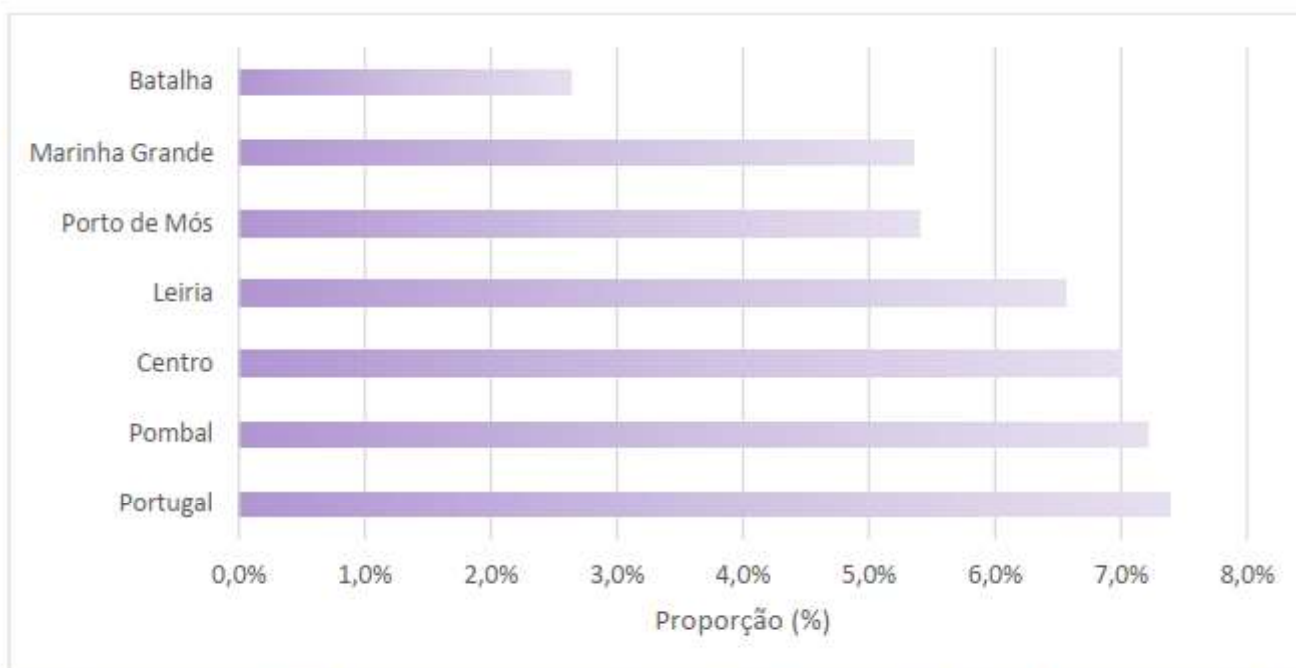


Figura 32: Proporção (%) de nascimentos pré-termo em 2022 nos concelhos do ACES-PL, Região Centro e Portugal.
Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXXII – Crianças com baixo peso à nascença

Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Escalão de peso à nascença; Anual
Sexo (3)

Período de referência dos dados (1)	Local de residência da mãe (NUTS - 2013) (2)	Grupo etário da mãe																			
		HM					H					M									
		Menos de 500 g		500 - 999 g		1 000 - 1 500 g	1 500 - 1 999 g		2 000 - 2 499 g		2 500 - 2 999 g	3 000 - 3 499 g		3 500 - 3 999 g		4 000 - 4 499 g		4 500 - 4 999 g		5 000 g e mais	
2023	Porto de Mós	172	0	0	1	4	19	88	0	0	1	2	6	84	0	0	0	0	0	2	13
2022	Porto de Mós	148	0	0	1	3	5	80	0	0	0	2	2	68	0	0	0	0	1	1	3
2021	Porto de Mós	177	0	1	2	6	10	83	0	0	2	3	5	94	0	1	0	0	3	5	5
2020	Porto de Mós	148	0	0	0	1	14	71	0	0	0	1	8	77	0	0	0	0	0	0	6
2011	Porto de Mós	210	1	1	1	1	9	105	0	0	1	1	2	105	1	1	1	0	0	0	7

Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Escalão de peso à nascença; Anual - INE, Nados-vivos

ANEXO XXXIII – Taxa bruta de mortalidade

Taxa bruta de mortalidade

Onde morrem mais e menos pessoas por 1.000 residentes?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa bruta de mortalidade	
	2011	2023
Batalha	8,8	7,4
Leiria	7,9	9,4
Marinha Grande	8,8	10,4
Pombal	11,2	13,4
Porto de Mós	10,2	11,2
Alcobaça	10,2	11,6
Nazaré	12,0	10,4
Ourém	9,7	13,4

Taxa bruta de mortalidade

Fontes de Dados: INE - X e XII Recenseamentos Gerais da População (1960, 1981) | Estimativas Anuais da População Residente (a partir de 1982)
INE - Estatísticas de Óbitos

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2024-06-18

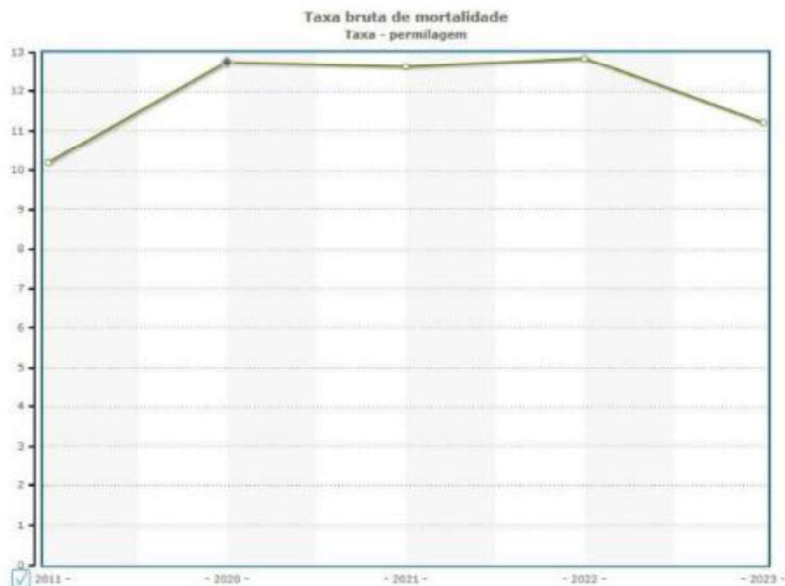
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Taxa bruta de mortalidade

Onde morrem mais e menos pessoas por 1.000 residentes?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa bruta de mortalidade				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	10,2	↓ 12,7	12,6	(R) 12,8	11,2



ANEXO XXXIV – Taxa de mortalidade infantil

Taxa de mortalidade infantil

Onde morrem mais e menos crianças com menos de um ano, por 1.000 nascimentos?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa de mortalidade infantil	
	2011	2023
Batalha	6,8	6,5
Leiria	0,8	1,8
Marinha Grande	0,0	2,9
Pombal	0,0	0,0
Porto de Mós	4,8	0,0
Alcobaça	2,5	4,5
Nazaré	0,0	0,0
Ourém	0,0	0,0

Taxa de mortalidade infantil
Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos
INE - Estatísticas de Nados-Vivos
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-05-20
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Taxa de mortalidade infantil

Onde morrem mais e menos crianças com menos de um ano, por 1.000 nascimentos?

Taxa - ‰

Territórios	Taxa de mortalidade infantil				
	2011	2020	2021	2022	2023
Porto de Mós	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0

Taxa de mortalidade infantil
Fontes de Dados: INE - Estatísticas de Óbitos
INE - Estatísticas de Nados-Vivos
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2024-05-20
Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

ANEXO XXXV – Taxa de mortalidade neonatal

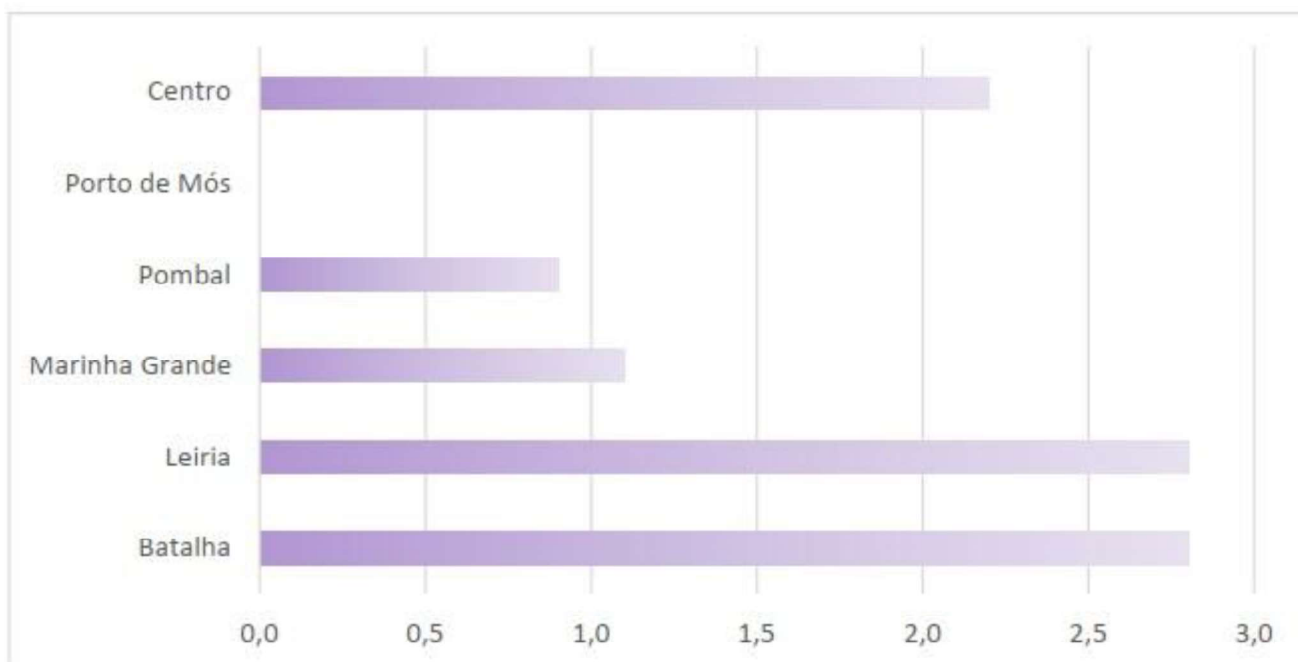


Figura 36: Taxa de mortalidade neonatal (triênio 2020-2023), nos concelhos do ACES-PL, Região de Leiria e ARS Centro. Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXXVI – Taxa de mortalidade neonatal precoce

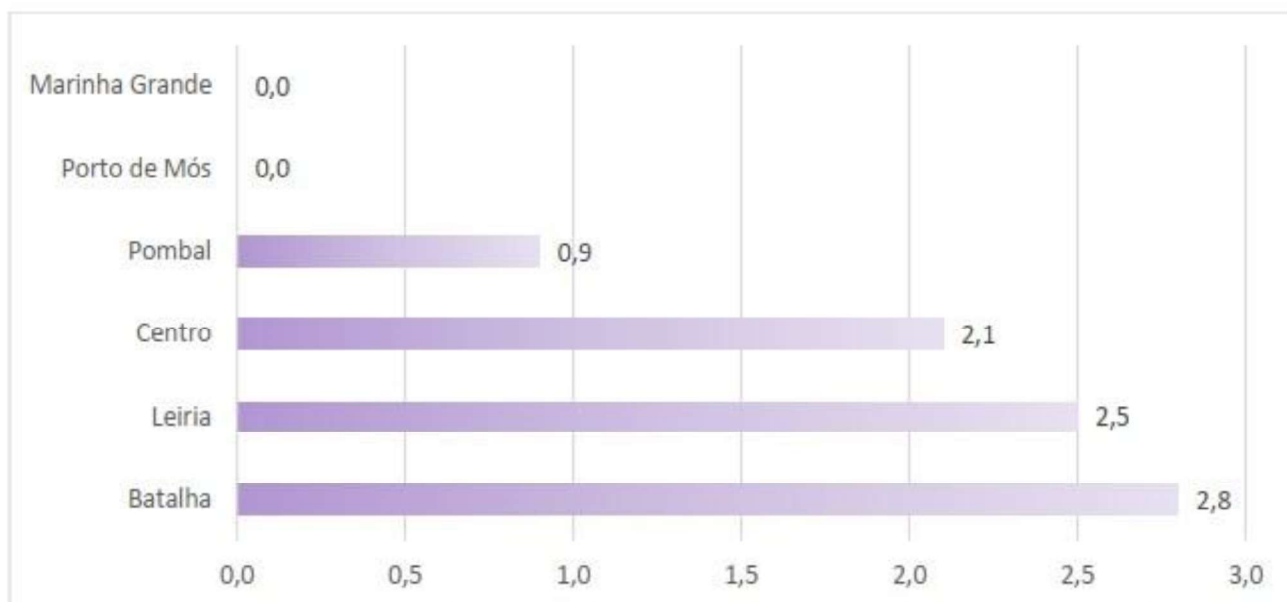


Figura 37: Taxa de mortalidade neonatal precoce (triénio 2020-2023), nos concelhos do ACES-PL, Região de Leiria e ARS Centro.

Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXXVII – Taxa de mortalidade pós-neonatal

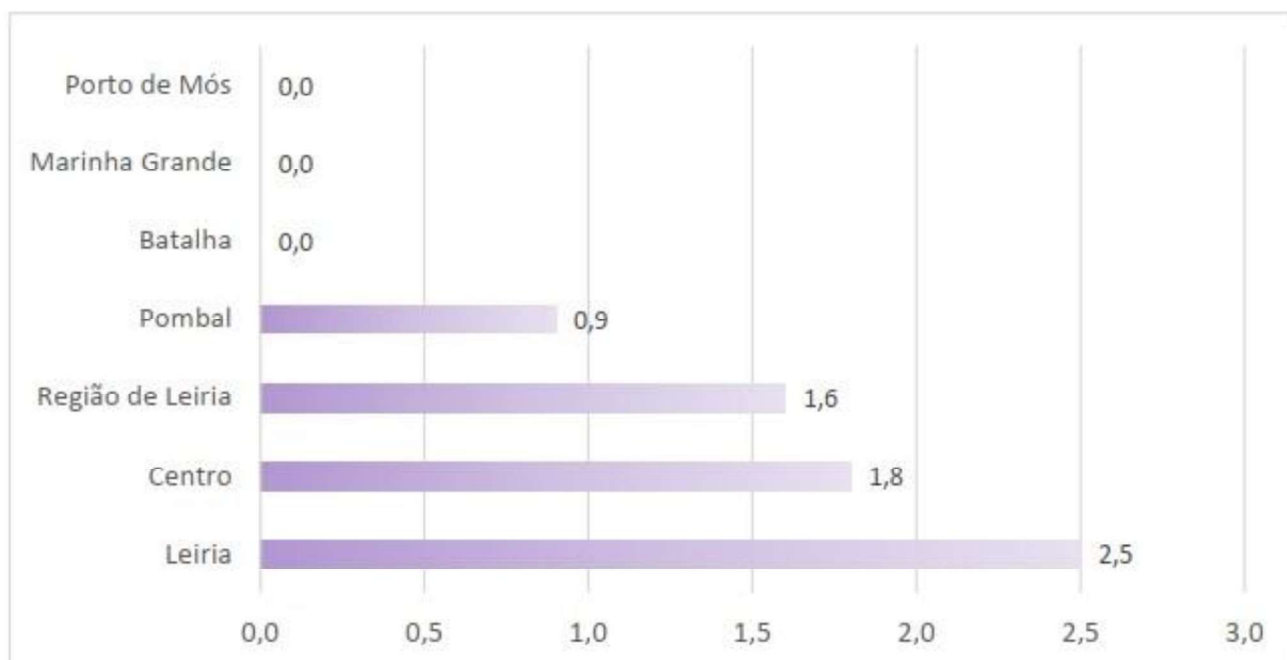


Figura 38: Taxa de mortalidade pós-neonatal (triénio 2020-2023), nos concelhos do ACES-PL, Região de Leiria e ARS Centro.

Fonte: INE, 2023.

ANEXO XXXVIII – Mortalidade por grandes grupos de causas de morte

Óbitos por algumas causas de morte (%)

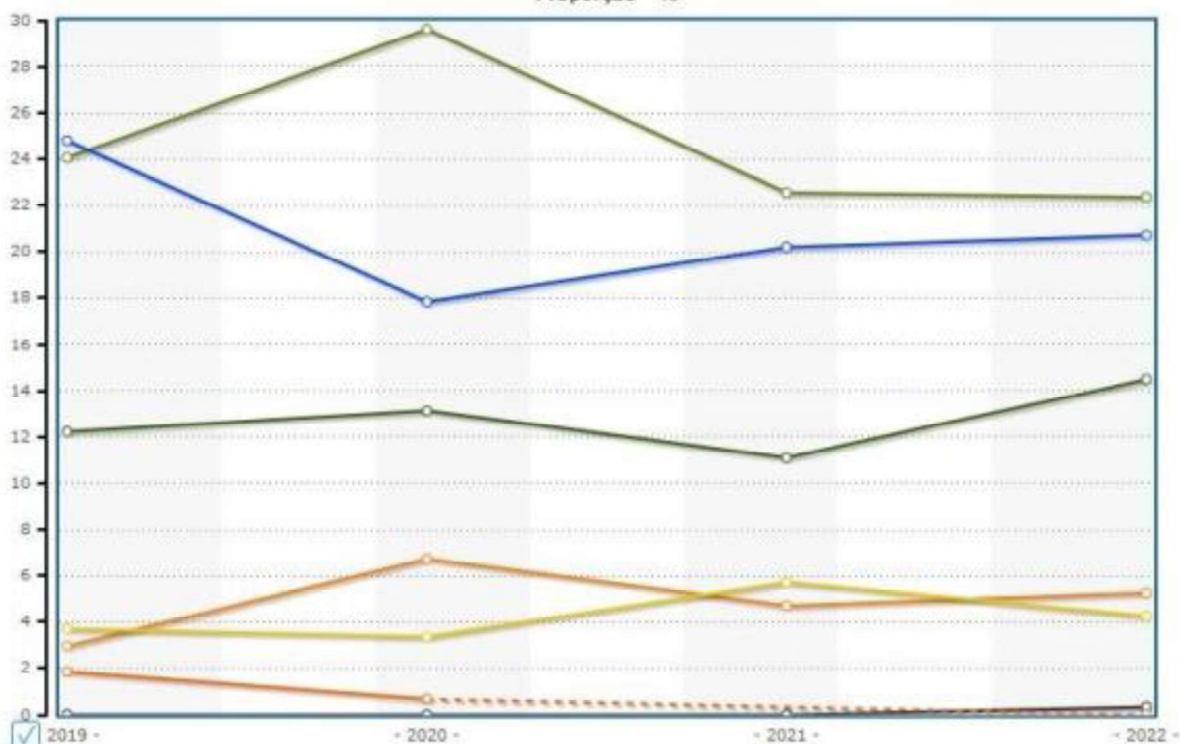
Onde morre maior e menor percentagem de pessoas por cancro, diabetes, por doenças do aparelho circulatório, por acidente ou suicídio?

Proporção - %

Territórios	Doenças do aparelho ...	Tumores malignos	Lesões e envenenamentos	Diabetes	Doenças do aparelho ...	Doenças do aparelho ...	Suicídio
Anos	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022
Batalha	25,3	23,5	0,0	5,3	14,7	5,9	0,0
Leiria	22,6	21,9	0,1	2,0	12,7	3,7	0,9
Marinha Grande	23,8	20,8	0,2	3,2	14,3	4,3	0,9
Pombal	20,4	22,0	0,0	4,4	11,1	5,5	0,8
Porto de Mós	22,4	20,7	0,3	5,3	14,5	4,3	0,0
Alcobaça	26,7	18,6	0,1	4,9	9,5	3,4	1,0
Nazaré	24,7	18,1	0,5	4,7	7,4	5,6	0,9
Ourém	27,4	19,4	0,0	3,0	11,8	4,5	0,5

Óbitos por algumas causas de morte (%)
 Fontes de Dados: INE | DOSMS - Óbitos por Causas de Morte
 INE - Estatísticas de Óbitos
 Fonte: PORDATA
 Última actualização: 2024-06-17
 Os valores apresentados foram atualizados de acordo com a versão 2024 da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS).

Óbitos por algumas causas de morte (%)
 Proporção - %



- Doenças do aparelho circulatório - Porto de Mós (Município)
- Tumores malignos - Porto de Mós (Município)
- Lesões e envenenamentos - Porto de Mós (Município)
- Diabetes - Porto de Mós (Município)
- Doenças do aparelho respiratório - Porto de Mós (Município)
- Doenças do aparelho digestivo - Porto de Mós (Município)
- Suicídio - Porto de Mós (Município)

ANEXO XXXIX – Notificação das doenças de notificação obrigatória

Quadro 16 - Número de DNO no ACES-PL, 2020-2022.

	2020						2021						2022					
	Sistema	Idiás	Mês da doença	Porção de mês	Possível	Total	Sistema	Idiás	Mês da doença	Porção de mês	Possível	Total	Sistema	Idiás	Mês da doença	Porção de mês	Possível	Total
Brucelose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Campylobacter	0	2	0	0	0	2	0	3	1	3	0	7	0	2	0	2	0	4
Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença de Hansen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença dos legionários	0	1	3	3	0	7	2	9	2	3	1	17	0	8	1	0	2	11
Doença de Lyme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença Invasiva meningocócica	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Doença Invasiva Pneumocócica	0	3	0	0	1	4	2	3	1	1	0	7	1	6	0	5	2	14
Doença invasiva por Haemophilus Influenza	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Equinococose/Hidatidose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Febre escaro-nodular	0	0	0	0	1	1	0	5	0	4	1	10	2	2	0	1	1	6
Febre Q	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Febres tifoide e paratifoide	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2
Febres Hemorrágicas, Virais e Febres por Arbovírus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giardiase	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Gonorréia	1	3	0	1	1	6	1	12	6	1	2	22	1	19	8	3	2	33
Gripe não sazonal	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatite A	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Hepatite B	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	0	4	0	0	0	4
Hepatite C	0	1	0	1	0	2	0	3	0	0	1	4	0	1	0	0	0	1
Hepatite E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infeção Chlamydia Trachomatis	0	0	0	0	0	0	1	12	8	3	3	27	1	12	1	1	1	16
Infeção por vírus Mpox (Monkeypox; Outro Orthopox, não variola)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Infeção por E. Coli	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Infeção por Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniose Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirose	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Linfogranuloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Listeriose	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
Malária	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2
Parotidite epidêmica	0	3	1	0	1	5	1	5	0	1	0	7	0	1	0	0	0	1
Rubéola congênita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmoneloses não Typhi e não Paratyphi	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	8	3	3	0	0	0	6
Sarampo	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis, excluindo Sífilis congênita	0	4	1	1	0	6	1	44	9	4	4	62	4	25	8	0	7	44
Síndrome Respiratória Aguda (SARS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosse convulsa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculose	0	8	2	0	1	11	0	5	2	2	1	10	1	11	4	4	1	21
VIH e SIDA	0	5	0	2	1	8	0	27	6	4	3	40	-	-	-	-	-	-
Yersiniose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	35	8	12	7	63	9	141	38	32	18	238	15	97	22	17	17	168

Nota (Critérios de Inclusão): A lista apresentada diz respeito ao total de casos classificados como "Caso Confirmado", "Caso Provável", "Caso Possível" e "Desconhecido". Apenas são apresentadas Doenças de Notificação Obrigatória com pelo menos um caso classificado nas categorias supramencionadas durante o período de referência. Notificações classificadas como "não caso" ou que não pertenciam à área geográfica do ACES Pinhal Litoral foram excluídas.

Fonte: SINAVE, 2023.