



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA: ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA*

Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho

ORIENTADORA:

Professora Doutora Catarina Afonso

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO DE ESCSP II COM RELATÓRIO

Leiria, março de 2023



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA- ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA*

Projeto de Intervenção Comunitária “PI.Come”

Apresentado para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Comunitária:
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho | Nº 5210153

ORIENTADORA:

Professora Doutora Catarina Afonso

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO DE ESCSP II COM RELATÓRIO

Leiria, março de 2023

*“Sentia que era assustador o que ia ali tentar...
Mas se queremos mudar as coisas,
Primeiro temos de ser nós a mudar”.*

Rachel Bright

AGRADECIMENTOS

Depois de todo este caminho percorrido, deixo pequenas notas de agradecimento a todos aqueles que durante este período me deram força e acreditaram em mim, mesmo quando eu própria não acreditei.

Agradeço...

A Deus, por me ter iluminado mesmo quando o caminho parecia não ter luz.

Ao Tiago e ao Salvador, os meus pilares e a quem tantas vezes roubei tempo.

Aos meus pais, que foram casa e compreensão durante estes meses.

Aos meus amigos, para quem não consegui estar sempre, mas que são para sempre.

À Rita, à Emília e à Idalina, porque sem elas, este percurso teria sido mais solitário.

À Professora Doutora Catarina Afonso, pela orientação, aconselhamento e ajuda na reflexão nestes meses.

À Enf.^a Fátima, pelo acolhimento, positividade e energia.

Ao Enf.^o Luís pelo apoio e conselho.

À Enf.^a Manuela e à Enf.^a Fernanda pela visão de Saúde Pública.

A todos com os quais me cruzei durante este percurso e que, de alguma forma, me transformaram e ajudaram a percorrer o caminho.

Muito grata!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEECSCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

IMC – Índice de Massa Corporal

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

MPS – Modelo da Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALS - Plano de Ação para a Literacia em Saúde

PIC – Projeto de Intervenção Comunitária

PI.Come – Projeto de intervenção Comunitária para a promoção da literacia alimentar

pIMC – Percentis de Índice de Massa Corporal

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

QAI – Questionário de Alimentação Infantil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

O excesso de peso apresenta-se como um dos principais fatores de risco para a mortalidade e incapacidade, sendo responsável por mais de 10% do total de mortes na Europa. Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 12% obesidade, sendo considerado um grave problema de saúde pública.

Aliada ao excesso de peso, a baixa literacia em saúde dos portugueses, contribui de forma significativa para a não adoção de comportamentos saudáveis que promovam a saúde.

Através da elaboração de um diagnóstico de situação, para aferir as reais necessidades da população de uma comunidade da região centro percebeu-se que, localmente, os dados iam ao encontro dos apresentados a nível nacional.

Numa perspetiva de responder às necessidades, com base na problemática identificada, nomeadamente, o défice de conhecimentos acerca da alimentação saudável, que se priorizou em primeiro lugar, procedeu-se a uma *Scoping Review*, identificando-se na evidência obtida, a necessidade de aumento do conhecimento dos pais acerca de alimentação saudável e prevenção da obesidade, através de programas que ainda que sejam de âmbito comunitário, atendam às características de cada família.

Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde e alicerçado no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, foi elaborado um Projeto de Intervenção Comunitária de forma a aumentar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil.

Após a implementação do projeto, os resultados demonstram um aumento dos conhecimentos, passando de 20% dos participantes com bom conhecimento acerca da alimentação infantil, para 50%, traduzindo o impacto positivo do projeto.

O desenvolvimento deste Relatório, surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e tem como objetivo descrever o processo reflexivo para a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Pública, Saúde Comunitária, Promoção de Saúde, Conhecimentos, Alimentação Infantil, Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Overweight is one of the main risk factors for mortality and disability, being responsible for more than 10% of all deaths in Europe. In 2019, around 29.6% of the portuguese children were overweight and 12% were obese, which is considered a serious public health problem.

The overweight, along with the low portuguese literacy, highly contributes to the non-adoption of health-promoting behaviours.

After making a diagnosis of the situation, which meant assessing the real needs of a community in the centre of Portugal, it was clear that, locally, the data was in line with the national numbers. In order to respond to the identified needs, based on the identified problem, namely the lack of knowledge about healthy eating, which was prioritised first, a Scoping Review was carried out. After the obtained evidence, it was clear the need to increase parents' knowledge about healthy eating and obesity, through programs that, even though community-based, are in line with the characteristics of each family.

Based on the Health Planning methodology and grounded in Nola Pender's Health Promotion Model, a Community Intervention Project was designed in order to increase parents' knowledge about child feeding.

The results, after the implementation of the project, show an increase in knowledge, from 20% of the participants with good knowledge about infant feeding, to 50%, showing a positive impact of the project.

The development of this Report comes within the scope of the 1st Master's Course in Community Nursing: Area of Community Health and Public Health Nursing, and aims to describe the reflective process of competency, for the acquisition of skills as a Nurse Specialist in Community Nursing – Community Health and Public Health Area.

Keywords: Nursing, Public Health, Community Health, health promotion, knowledge, child feeding., primary health care,

ÍNDICE	
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XII
INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	15
1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	16
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	20
2. CONCEITOS E MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM	23
2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA J. PENDER	23
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	28
3.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	29
3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS	30
3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	30
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	32
4.1. ESTABELECE COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE	33
4.2. CONTRIBUI PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES	33
4.3. INTEGRA A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	35
4.4. REALIZA E COOPERA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÂMBITO GEODEMOGRÁFICO	36
5. PLANEAMENTO EM SAÚDE	37
5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	37
5.1.2. <i>Problemática e identificação das necessidades</i>	39
5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	42
5.3. FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	43
5.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	44
5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	48
5.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	52
5.7. AVALIAÇÃO	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXO I- RESPOSTA AO PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSC	

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (QAI) DE APARÍCIO, CUNHA, DUARTE & PEREIRA (2012)

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (QAI) DE APARÍCIO, CUNHA, DUARTE & PEREIRA (2012)

APÊNDICES

APÊNDICE I - GUIÃO DE ENTREVISTA E CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE II - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

APÊNDICE III – HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PELO MÉTODO HANLON E BOLETIM DE VOTOS

APÊNDICE IV - PEDIDO PARA AUTORIZAÇÃO AO CORPO CLÍNICO DO ACES

APÊNDICE V - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSC

APÊNDICE VI – *SCOPING REVIEW*

APÊNDICE VII -PEDIDO DE COLABORAÇÃO À USF

APÊNDICE VIII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QAI

APÊNDICE IX - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES DO “PI.COME”

APÊNDICE X - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

APÊNDICE XI – PLANOS DE SESSÃO

APÊNDICE XII – DIVULGAÇÃO DO PROJETO AOS PARTICIPANTES

APÊNDICE XIII– APRESENTAÇÃO SESSÃO Nº 1

APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO SESSÃO Nº 2

APÊNDICE XV – APRESENTAÇÃO SESSÃO Nº 3

APÊNDICE XVI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	25
Figura 2. Diagrama do MPS adaptado à problemática da obesidade infantil e necessidade de aumento dos níveis de conhecimento sobre alimentação saudável.....	46

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI (Costa, 2012)	49
Quadro 2. Objetivos, atividades, indicadores e metas.	51
Quadro 3. Indicadores de atividade, metas e avaliação.	57
Quadro 4. Indicadores de resultado, metas e avaliação.	57

INTRODUÇÃO

Durante o meu percurso profissional e ainda durante a licenciatura, a questão de trabalhar a doença não tanto pela sua cura, mas sobretudo pela sua prevenção, sempre foi uma área que me fascinou e talvez por isso me encontre onde me encontro nos dias de hoje.

Enquanto mãe e durante o período de gestação até à introdução alimentar do meu filho, a alimentação foi uma área que despertou ainda mais o meu interesse, aliada a uma problemática que se traduz numa prioridade de saúde pública, a obesidade infantil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2020), apresenta-se como um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XX, uma vez que crianças com excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de permanecer obesas na idade adulta e, como tal, desenvolver doenças como diabetes ou doenças cardiovasculares.

Atualmente, a obesidade continua a ser uma das doenças crónicas mais prevalentes mundialmente, em adultos e em crianças e resulta, em grande parte, da existência de ambientes que promovem uma alimentação menos saudável e um estilo de vida mais sedentário (Mendonça, 2020).

Como poderei fazer a diferença na promoção da saúde de comunidades, prevenindo a obesidade? Conseguirei acrescentar algo útil à prática? Em que moldes e qual a sustentação científica em que poderei fazê-lo? A combinação destas questões, aliadas às minhas vivências pessoais e profissionais, levaram-me à decisão de me tornar Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSCSP).

A saúde é ainda com demasiada frequência entendida como ausência de doença apesar da conhecida definição da OMS (1948, s.p.) que clarifica a saúde como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença”.

A Promoção da Saúde é um conceito que tem vindo a assumir grande importância atualmente e apresenta como principal objetivo dar autonomia aos indivíduos de modo a controlarem a sua saúde, bem como garantir a melhoria da saúde pública e das comunidades (Carta de *Ottawa*, 1986).

Reconhecendo a importância da promoção da saúde, aliada às minhas inquietações, ao diagnóstico de situação de saúde dos contextos da prática clínica e à importância de sustentar a intervenção do Enfermeiro, sobretudo na área comunitária, no rigor e na evidência científica, construí a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências sustentado no modelo de enfermagem que mais faz sentido neste caminho, o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Este modelo, tem como objetivo orientar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes de comportamentos de saúde, como base para o aconselhamento comportamental na promoção de estilos de vida saudáveis (Nalha, 2013).

Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2015), o MPS é uma proposta de orientação para os processos biopsicossociais que motivam a pessoa para a adoção de comportamentos que visam a otimização da sua saúde. Apresenta-se com uma estrutura simples e clara, “possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas e/ou, reunindo-as em grupo” (Silva & Santos, 2010, p.746), permitindo planejar, intervir e avaliar as suas ações.

Embora tenha trabalhado em contextos de prestação de cuidados dirigidos a pessoas idosas e em contexto hospitalar, numa vertente mais médica e de cura da doença, neste momento encontro-me numa área que, tem fortes laços com a saúde comunitária. Trabalho com uma comunidade muito específica que, não me procurando por uma questão de saúde/doença, contribui para a manutenção da saúde de quem precisa. Esta comunidade são os dadores de sangue benévolos.

No decorrer deste processo de me tornar EEECSOSP, percebi que poderia mobilizar as competências que estão inerentes a esta área de especialidade (estabelecer com base a metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico) (Regulamento nº428/2018 de 16 de julho), e transpô-las para a minha prática diária, nomeadamente, através da capacitação da comunidade de dadores de sangue, fornecendo-lhes ferramentas relativas aos cuidados a ter antes e após a dádiva, de forma a promover o seu próprio bem-estar e consequente fidelização à dádiva de sangue.

O desenvolvimento deste Relatório, surge no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, inserido no 3.º semestre, na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, com Relatório. Este documento segue as orientações definidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria, e referenciado segundo as normas da American Psychological Association (APA) 7.ª Edição. O relatório de carácter reflexivo pretende analisar a aquisição de competências de EEECSOSP.

Importa ainda referir que o presente documento é fruto da experiência vivida e refletida durante o percurso, dando foco especial ao desenvolvimento das Competências de EEECSOSP, definidas no regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista (EE), determinadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, bem como à descrição, elaboração e aplicação de um Projeto de Intervenção Comunitária (PIC), com base no Planeamento em Saúde.

São objetivos do presente documento:

- Conhecer e caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em EEECSOSP;
- Descrever e analisar a prática realizada, evidenciando a aquisição das competências de EEECSOSP;
- Refletir na aquisição das competências de EE e desenvolvimento das competências de EEECSOSP;
- Enunciar as atividades e competências desenvolvidas nos contextos de Unidade de Saúde Pública (USP) e de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Descrever a elaboração, aplicação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária, desenvolvido no contexto de UCC.

Este relatório visa traduzir as aprendizagens teóricas e práticas apreendidas, nomeadamente, através da prática supervisionada nas duas unidades funcionais de resposta comunitária e de saúde pública, nas quais foi desenvolvido o estágio, bem como relatar o processo de planeamento em saúde e competências adquiridas ao longo deste percurso.

Assim, está dividido em 5 capítulos: o primeiro capítulo (que responde ao primeiro objetivo), caracteriza os contextos da prática escolhidos para a realização do Ensino Clínico; o segundo, terceiro e quarto capítulos (que respondem ao segundo, terceiro e quarto objetivos), incluem a reflexão na aquisição de competências comuns do EE, e das competências de EEECSOSP, o desenvolvimento das competências demonstradas nas intervenções realizadas, e uma reflexão no processo de como me tornei EEECSOSP, alicerçado no Modelo de Enfermagem de Pender. Por fim, o capítulo 5 (que responde ao quinto objetivo) reúne o processo de realização de um projeto de intervenção comunitária no contexto prático de UCC, seguindo a metodologia do planeamento em saúde e apoiado numa *Scoping Review*.

Em suma, o relatório traduz um caminho ao longo deste período de Ensino Clínico de forma crítica e reflexiva. É um olhar o passado com o pensamento no futuro e os olhos no presente, numa perspetiva de consciencialização do que fui e do que sou hoje, permitindo o crescimento profissional e pessoal, aceitando a mudança quando esta é necessária. Considero como pedra basilar, os construtos do MPS, tendo em conta as características e experiências individuais anteriores, os sentimentos e conhecimentos sobre os comportamentos de saúde e a modificação dos mesmos, resultante de um compromisso (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, traduziu-se numa das maiores evoluções no que toca ao setor dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Nesta conferência, os CSP foram definidos 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 que “(...) fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)” (Declaração Alma-Ata, 1978 s.p.). Salientou-se ainda a importância dos CSP, em qualquer sistema de saúde, tendo lançado um desafio a todos os presentes: alcançar uma “saúde para todos os povos do mundo” (Declaração Alma-Ata, 1978 s.p.).

Nesta linha de pensamento, Rodrigues (2012) afirma que os CSP são a base de um sistema de saúde, estão na linha da frente, e apresentam-se como os cuidados de primeiro contacto, uma vez que estão acessíveis quando necessário, de um modo geral, ao longo de todo o ciclo vital, e não apenas nos episódios de doença.

Em Portugal, os primeiros passos, no que toca aos CSP, podem ser identificados na década de 40 do século XX, com a criação da Federação das Caixas de Previdência, incluindo apenas os trabalhadores por conta de outrem (Costa, Santana & Lopes, 2013). Seguidamente os anos 70 foram marcados por grandes avanços no setor da saúde e, em 1971, a reforma do sistema de saúde (levada a cabo por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio, entre outros) contemplou os CSP, através da criação dos centros de saúde de primeira geração (Miguel & Brito de Sá, 2010). Em 1979, com a criação do Sistema Nacional de Saúde, e a aprovação da Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, o estado passa a garantir os cuidados integrados de saúde, quer seja promoção e vigilância da saúde, prevenção de doença, diagnóstico e tratamento de doentes e reabilitação médica e social. Na década de 90, é criada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto), seguindo-se a aprovação do estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a criação das Administrações Regionais da Saúde (ARS) (Costa, Santana & Lopes, 2013).

Era minha expectativa compreender e sistematizar todo este enquadramento, aquando da realização do ensino clínico, uma vez que, enquanto profissional, o meu contacto com os CSP era inexistente. Deste modo, procurei escolher locais de ensino clínico que pudessem dar-me uma visão mais alargada dos contextos durante a minha aquisição de competências, e que fossem fora da minha área de residência, para poder comparar enquanto utente também as suas dinâmicas.

O Ensino Clínico de ESCSP II realizou-se ao longo do terceiro semestre do curso, através da prática clínica especializada supervisionada. Este compreendeu-se no período de 7 de setembro de 2022 a 17 de fevereiro de 2023, num total de 375 horas de contacto, e foi dividido em dois contextos: iniciou-se numa USP pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), inserida num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da zona centro; seguiu-se o contexto de UCC, pertencente ao mesmo ACES. Com a consecução deste Ensino Clínico, cumpriu-se o objetivo da aquisição do perfil de competências específicas do EEECSOSP (n.º 428/2018 de 16 de julho).

1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O Ensino Clínico em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública II, teve início num Pólo de uma USP pertencente à ARSC, inserida num ACES da zona centro do país.

A área geodemográfica deste ACES, em termos administrativos, está integrada na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos [NUTS] II), compreendendo um total de dez concelhos com uma área total de abrangência de 2 424,62 km² (INE, 2022). A área geográfica de abrangência deste Pólo da USP apresenta uma área total de 380 Km², dando resposta a um total de 63 159 habitantes (BI-CSP, 2022).

Apresenta como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (BI-CSP, 2022).

A USP, em articulação com as várias unidades funcionais do ACES, unidades de saúde, instituições comunitárias e interação com a população geral, tem como imperativo a transparência e disponibilidade de contribuir para a saúde comunitária da população à qual dá resposta (BI-CSP, 2022).

Esta USP, na qual realizei o primeiro contacto, é constituída por uma equipa multiprofissional e, à data, conta com a presença de dois Médicos de Saúde Pública, uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e uma Enfermeira Especialista de Saúde Pública, duas Técnicas Superiores de Saúde Ambiental e uma Secretária Clínica, trabalhando em parceria nos vários projetos desenvolvidos pela unidade.

No que diz respeito aos rácios de enfermagem, é de referir que há uma tentativa de ir ao encontro do referido no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro), ou seja, 1 enfermeiro especialista por cada 30.000 habitantes. No entanto, uma vez que a população abrangida já ultrapassa os 60.000 habitantes, seria uma mais-valia a presença de mais um EE da área nesta Unidade.

O referencial de contratualização das USP, para 2022, assentou na sua matriz de competências, garantindo o cumprimento da “Carteira Básica de Serviços”, de forma a dar resposta às necessidades da população e das diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde, não esquecendo a atividade relacionada com pandemia de COVID-19 (ACSS,2022). As USP devem implementar medidas em articulação com as restantes Unidades Funcionais, que contribuam para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e outras estruturas comunitárias levando à participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde (ACSS,2022).

Este Pólo da USP, tem diferentes áreas de abrangência: realiza intervenções no âmbito da Autoridade de Saúde e Sanidade Internacional Marítima, promovendo atividades no sentido da defesa da saúde pública, designadamente, o controlo de situações suscetíveis de causarem prejuízo à saúde dos cidadãos e a promoção e cooperação interinstitucional e intersectorial (ARSC, 2018). Ainda neste âmbito, as atividades inserem-se nas diretivas internacionais de Vigilância e Proteção de Portos Internacionais e têm como referencial de intervenção o Regulamento Sanitário Internacional - englobam a proteção da saúde da comunidade portuária, bem como a monitorização e vigilância das atividades do porto, de forma a identificar e diminuir o risco de propagação de doenças infeto contagiosas.

A USP tem também a função de Observatório, sendo responsável pela avaliação do nível de saúde da comunidade, identificação de fatores demográficos, culturais, ambientais, sociais, económicos e individuais, no sentido de constituir um instrumento de apoio à decisão/definição de políticas de saúde (BI-CSP,2022).

Outra das áreas de intervenção encontra-se relacionada com a notificação de doenças transmissíveis, nomeadamente, pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), contribuindo para aferir a distribuição de casos de doença no espaço, no tempo e na população, de forma a adotar medidas de controlo e tratamento adequado (BI-CSP,2022). A USP, tem também sob a sua alçada, as atividades diretamente relacionadas com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), com especial atenção, durante os dois últimos anos, para a vacinação COVID-19 em associação com a vacinação contra a gripe.

Neste seguimento, constatei que o impacto da pandemia, na priorização dos cuidados, deixou para segundo plano a função de observatório e todas as atividades de promoção da saúde. A prática assistencial relacionada com a vacinação absorveu as equipas, nomeadamente a de enfermagem, canalizando grande parte dos recursos para dar respostas rápidas à vacinação. Por outro lado, também percebi que toda a parte de gestão e organização era feita pelas enfermeiras, dando ênfase à importância que estes profissionais têm nas USP, e que até à pandemia, acabou por estar menos visível quer para a profissão de enfermagem, quer para o público-alvo dos cuidados.

No que diz respeito aos determinantes ambientais em saúde, a USP tem vários programas implementados relativos à vigilância da água, à vigilância da qualidade e segurança alimentar, às condições atmosféricas adversas e aos vetores, que estão a cargo das duas técnicas de saúde ambiental que constituem a equipa da Unidade (BI-CSP,2022).

Durante a minha passagem pela USP verifiquei que muitos dos projetos de promoção da saúde estavam estagnados, pela canalização de recursos para dar resposta à vacinação contra a COVID-19, como já referido acima, pelo que a minha experiência foi centrada numa perceção mais teórica, do ponto de vista das Enfermeiras Supervisoras.

Relativamente à comunidade escolar, a sua intervenção dirige-se ao ensino pré-escolar e primeiro ciclo, tendo como principal objetivo a resposta aos programas nacionais de saúde escolar e de saúde oral (através da emissão dos cheques dentista para as coortes dos 7, 10 e

13 anos), e colaboração no programa COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative for Europe*), um sistema de vigilância do estado nutricional infantil das crianças em idade escolar, do 1.º Ciclo do Ensino Básico (dos 6 aos 8 anos), conduzida cientificamente pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), com apoio da Direção Geral da Saúde (DGS).

A ida às escolas e desenvolvimento de programas no contexto da saúde escolar, como é o caso do “Quero crescer forte”, parou durante o período pandémico.

Durante o período de contacto com esta Unidade de Saúde, foi possível participar em algumas das atividades desenvolvidas, não só no Pólo em questão como também noutras valências agregadas (Centro de Diagnóstico Pneumológico, Consulta do viajante). No entanto, a maioria das ações realizadas foram no âmbito da vacinação COVID-19, quer no Centro de Vacinação, quer em estruturas residenciais para idosos às quais me desloquei.

Foi ainda nesta Unidade, que elaborei o diagnóstico de saúde da população do município à qual a USP dá resposta e cheguei a uma problemática que em sintonia com as minhas inquietações, as necessidades auscultadas pelos peritos na área e norteado pelo modelo de enfermagem que escolhi, poderia vir a ser alvo de intervenção, aliando assim a teoria à prática.

Olhando com os olhos de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), no que toca ao modelo que desenvolveram para nortear a prática de enfermagem e que, me acompanhou neste meu percurso, senti que, apesar de a USP ser um instrumento promotor de saúde, a forma como o mesmo é desenvolvido, ainda se baseia no modelo biomédico, focando-se sobretudo em dados epidemiológicos, como resposta ao combate à doença. Apesar do seu modo de funcionamento, a pandemia levou a que os EEECSOSP que trabalhavam nestas unidades, e não só, tivessem oportunidade de mostrar que tem uma grande capacidade de organização e planeamento no que toca à resposta rápida em situações que coloquem em causa a saúde das comunidades. Também eu como futura EEECSOSP, tendo acompanhado este processo, primeiro como espectadora (enquanto utente) e depois, como colaboradora (nas brigadas em lares e residências para idosos), tomei consciência do papel dos CSP, no reforço à prevenção da doença, nomeadamente, na vacinação.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O Ensino Clínico em contexto de UCC, desenvolveu-se numa UCC pertencente também à ARSC, apresentando a mesma área de abrangência de utentes do Pólo da USP.

Esta UCC tem como missão a prestação de cuidados na comunidade, para a comunidade, e que garantam a acessibilidade, a equidade, a personalização e a continuidade (BI-CSP, 2022). Atua na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família e compromete-se a trabalhar, com empenho e dedicação, para a plena concretização do Plano de Ação, de modo a garantir a qualidade dos cuidados e dignificar a importância do trabalho comunitário (BI-CSP, 2022).

A UCC é constituída por uma equipa multiprofissional, composta por 5 enfermeiros e uma médica (a tempo completo de 35h), uma nutricionista, um psicólogo e assistentes sociais.

De acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro), o cálculo da dotação segura para as UCC deve ser no rácio de, pelo menos, um enfermeiro por cada 5000 habitantes, preferencialmente especialistas, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar. Para que o rácio seja cumprido, nesta UCC seriam necessários mais 7 elementos, uma vez que a população ultrapassa os 60.000 habitantes. De acordo com o mesmo regulamento e, atendendo às necessidades de saúde da comunidade e sendo a saúde escolar uma das grandes áreas de intervenção desta UCC, também deveria ter “enfermeiros especialistas em EEECSOSP, EE em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ou EE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tendencialmente, com competência acrescida em Saúde Escolar” (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro). Deve aplicar-se o rácio de 1 EE por cada 1.500 alunos saudáveis. Atendendo a que o parque escolar comporta 6745 alunos, distribuídos pelos vários níveis de ensino (desde o jardim de infância até ao ensino secundário), mais uma vez o cálculo da dotação não se encontra nos limites definidos pelo regulamento já referido, uma vez que também apenas 2 dos 5 enfermeiros desta UCC têm atuação nesta área da Saúde Escolar.

A envolvimento de elementos da UCC na vacinação contra a COVID-19 levou à interrupção da intervenção na saúde da comunidade, sobretudo na área escolar, durante a pandemia. Alguns

projetos, como o “+Contigo”, só voltaram a ser desenvolvidos no início deste ano letivo de 2022/2023, tendo estado parado desde o início do período pandémico. Este tipo de intervenção comunitária só foi retomado dentro dos parâmetros normais da UCC, para dar resposta aos seus indicadores, quase no início do meu ensino clínico, algo que implicou uma grande capacidade de articulação por parte da mesma para dar resposta a todos os projetos que tinham ficado suspensos durante o período de pandemia.

Neste percurso de construção foi sendo possível o atingir os objetivos ao quais me tinha proposto, nomeadamente: conhecer a estrutura física, organizacional e dinâmica da UCC; integrar de forma dinâmica e ativa a equipa da UCC; refletir acerca das práticas e dos resultados obtidos resultantes da prática especializada de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública; executar o projeto de intervenção comunitária, através da realização de sessões presenciais, tendo por base o MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), inspirado no Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar e com as diretrizes do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS).

Este período de aprendizagem revelou ser dos mais desafiantes para mim, enquanto futura EEECSOSP, pois ao operacionalizar o projeto, confrontei-me com os desafios e a capacidade de dar resposta aos mesmos, traduzindo-se no desenvolvimento de competências, as quais serão descritas mais à frente.

A UCC foi para mim a possibilidade de ver e pôr em prática a teoria apreendida nas aulas teóricas. Fazendo a ponte com o MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), vejo que os profissionais da UCC, nomeadamente os que estão ligados à resposta comunitária nas escolas, vão ao encontro de ações promotoras de saúde baseadas na alteração de comportamentos promotores de saúde, visíveis nas ações que realizam nas escolas e que pude acompanhar. Enquanto a USP tem uma visão mais ampla da população e centra-se sobretudo na prevenção e controlo da doença, a UCC tem uma visão de comunidade, focando-se sobretudo na promoção da saúde, direcionando as suas ações para grupos mais bem definidos, atendendo a características mais específicas dos indivíduos.

Esta diferenciação de ações advém do fato de o diagnóstico de Enfermagem de Saúde Comunitária exigir o cruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, expressas e reais (exigindo uma maior interação enfermeiro-comunidade) fazendo depois a articulação

com as necessidades identificadas, numa visão macrossistémica, no diagnóstico em Saúde Pública (Melo, 2020). Numa perspetiva de foco na promoção da saúde, por Pender, Murdaugh e Parsons (2015), interligada à proposta de Melo (2020), a articulação entre as USP e UCC, que é identificada teoricamente no apuramento das necessidades e elaboração de diagnósticos (saúde comunitária e saúde pública), poderá progressivamente passar aos contextos da prática. A minha passagem nas duas unidades promoveu essa articulação, num processo que poderá abrir caminho para o futuro.

2. CONCEITOS E MODELOS DE REFERÊNCIA PARA A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

Definir o conceito de Saúde não é, de todo, fácil, dada a sua elevada dependência de aspetos multifatoriais e devido à evolução que o conceito tem apresentado ao longo dos anos. No entanto, o conceito mais vulgarizado, é trazido pela OMS (1948, s.p.) como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença”. Esta definição veio quebrar a dicotomia saúde/doença que, até então, prevalecia e realçar uma visão positiva de saúde, onde se inclui também a área mental e social. A definição apresentada na Carta de *Ottawa* (1986) assume um lugar de destaque, uma vez que afirma que 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. Sendo ainda a saúde um conceito de carácter positivo, que realça os “recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Carta de *Ottawa*, 1986, s.p.), torna também a Promoção da Saúde não só uma obrigação do sector da saúde, mas de todos os que a ela estão ligados, dado que carece da existência de hábitos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar (Carta de *Ottawa*, 1986).

Neste fio condutor, e porque a prática de Enfermagem carece de modelos adaptados aos contextos e à prática clínica, irei abordar de seguida o MPS de Nola Pender como suporte a todo o meu percurso, enquanto EEECSOSP e enquanto pessoa.

2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA J. PENDER

A utilização de modelos e teorias na área da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar para soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Nola Pender é uma enfermeira e professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, que desenvolveu o Modelo de Promoção da Saúde, na década de 80, nos Estados Unidos da América.

O MPS de Pender, publicado pela primeira vez em 1982, é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. Este modelo foi concebido para complementar alguns modelos já existentes de

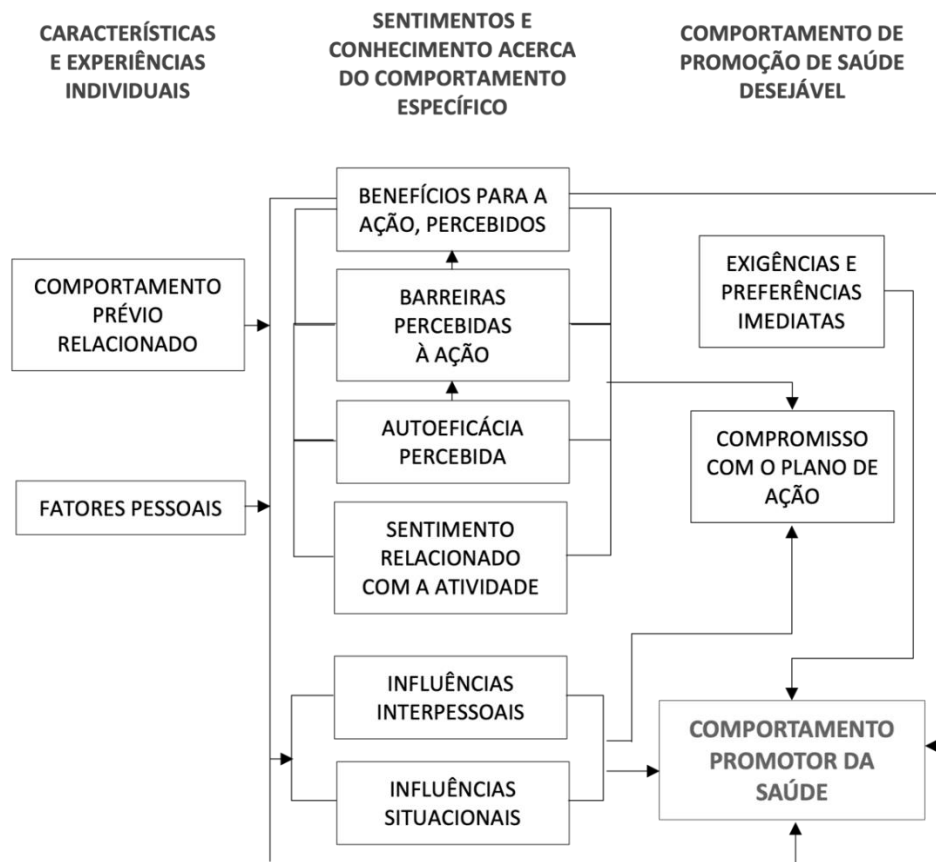
proteção da saúde e surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento (Rosa, 2012). Alicerça-se na perspectiva da enfermagem holística, na psicologia social e na teoria da aprendizagem, como é o caso da Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura (Gama, 2017).

Este modelo apresenta-se com uma estrutura simples e clara, *“possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas e/ou, reunindo-as em grupo”* (Silva & Santos, 2010, p.746), permitindo planejar, intervir e avaliar as suas ações, sendo composto por 3 componentes (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015):

- Características e experiências individuais (que integram o comportamento anterior que necessita de ser mudado) e fatores pessoais: biológicos, psicológicos e socioculturais, tais como a idade, Índice de Massa Corporal (IMC), autoestima e motivação, nível socioeconómico e educacional;
- Sentimentos e conhecimentos sobre o resultado que se quer alcançar: engloba a perceção dos benefícios e barreiras para a ação, a perceção da autoeficácia, os sentimentos relacionados com os comportamentos, as influências interpessoais (da família, grupos de pares e prestadores de cuidados), e os modelos e influências situacionais (em que o ambiente pode ser facilitador ou dificultador);
- Resultado do comportamento de promoção da saúde desejável: abrange um compromisso com o plano de ação conjugado com as exigências imediatas e preferências, sendo que as exigências têm um baixo controlo sobre as atitudes que requerem mudanças imediatas e as preferências exercem um alto controlo sobre as ações de para a mudança das mesmas.

A Figura 1, ilustra todos os componentes da teoria de Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) e a forma como estes se interrelacionam.

Figura 1.Diagrama da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons, 2015.

No Manual de apoio ao MPS (2011) são referidos ainda cinco principais conceitos: a pessoa, o ambiente, a enfermagem, a saúde e a doença. Apesar de estes não aparecerem de forma explícita no diagrama do modelo, ficam subentendidos na descrição do mesmo. A **pessoa** é vista como um organismo biopsicossocial, que é parcialmente moldado pelo ambiente e procura ambientes onde as suas características são facilmente expressas. O **ambiente** tem a ver com o contexto social, cultural e físico no qual a vida se desenvolve. Este pode ser moldado pelo indivíduo de forma a criar um contexto positivo e facilitador de adoção de hábitos mais saudáveis. A **enfermagem** é quem assume um compromisso para com os indivíduos, as famílias, e a comunidade de forma a criar condições favoráveis para promover a saúde e o bem-estar. A **saúde** vista nos aspetos individual, familiar e comunitário, tem a ver com a atualização do potencial humano adquirido através de comportamentos que envolvem o autocuidado, assim como relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado. Esta pode ser modificada por meio de ações de

enfermagem. Por último a **doença** (aguda ou crónica) pode facilitar ou dificultar a adoção de comportamentos saudáveis (Pender, 2011).

De uma forma geral este modelo tem como objetivo auxiliar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes do comportamento em saúde, como base para o aconselhamento comportamental na promoção de estilos de vida saudáveis (Nalha, 2013). Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2015), serve como um guia para a exploração dos complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a empenhar-se na melhoria da sua saúde. O seu recurso possibilitou perceber a complexidade dos fenómenos do comportamento de saúde, no sentido de permitir delinear estratégias de intervenção cujo objetivo é a promoção da saúde.

No que à comunidade diz respeito, este modelo conceitua-se na *“Promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade visando sua qualidade de vida, através de maior participação no controle deste processo”* (Silva & Santos, 2010, p. 746).

Sendo o enfermeiro um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental da sociedade, através da coordenação e dinamização de programas de intervenção comunitária no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos socioculturais, este modelo apresenta-se como fundamental para a dinâmica e implementação de projetos que visem a promoção da saúde focada na mudança de hábitos.

O MPS é o referencial teórico que alicerçou todo o meu percurso, bem como a elaboração do projeto de intervenção comunitária, que oportunamente abordarei, pois engloba os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem e possibilita o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções promotoras de saúde. Nos contextos de ensino clínico, pelos quais passei, tive a oportunidade de refletir sobre a forma como os modelos teóricos de enfermagem são aplicados ou desenvolvidos. Apesar de no caso da USP não existir nenhum referencial teórico explícito que norteie a sua ação, é notória a ligação ao modelo biomédico, talvez pela coordenação ser feita por um médico e, a maioria das decisões terem de passar por este profissional. No caso da UCC, dado que o coordenador é um enfermeiro, é notória a referência a modelos de enfermagem, permitindo que a intervenção à população seja numa perspetiva de promoção e manutenção de saúde e não cura de doença.

Estas características devem-se sobretudo à forma como as duas tipologias de unidades surgiram e da sua evolução histórica até aos dias de hoje, fazendo com que o seu modo de funcionamento tenha evoluído de forma diferente, mas ainda assim de forma paralela, complementando-se. Enquanto a USP atua como observatório, produzindo dados epidemiológicos, a UCC, em articulação com os diagnósticos realizados pela saúde pública vai operacionalizar através de intervenção em grupos e comunidades vulneráveis.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Na formação em enfermagem, a aquisição de competência é um ideal a atingir, um processo que visa enriquecer, sendo objeto de uma construção contínua ao longo da vida profissional, já que não surge de forma instantânea, nem permanece estanque sendo necessário atualizá-la (Phaneuf, 2005). Por outro lado, se os cuidados de enfermagem evoluem é necessária uma adaptação às novas imposições organizacionais, às novas técnicas e às novas regras profissionais (Moura, 2020). Neste sentido, a formação e a abertura à mudança são os principais rumos de sucesso do enfermeiro (Phaneuf, 2005).

O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e, concretiza-se em competências comuns, previstas no Regulamento nº140/2019.

Deste modo, o meu percurso de formação enquanto EE, e com a aquisição de conhecimentos, experiências e competências, desenvolvidas ao longo dos anos como profissional, nos diferentes contextos pelos quais passei, tornou-se um processo natural de evolução, mas que só agora, que coloco no papel e olho para trás, consigo entender. Esta nova perspetiva surge, não só pela experiência da prática e dos contextos pelos quais passei, mas também pela reflexão, alicerçada à busca de suporte bibliográfico que sustentasse as minhas ações.

As competências do EE que pude desenvolver ao longo deste percurso, serviram como fundamento e ferramenta para a elaboração do projeto de intervenção comunitária com o qual terminei o ensino clínico. De seguida, enumero-as nos diferentes domínios (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais), de forma também a afirmar o desenvolvimento de competências como EE.

3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desdobram-se em duas: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019).

Tendo em conta o que este domínio preconiza, as decisões que tomei tiveram por base os princípios éticos, os valores e as normas deontológicas associadas à profissão, nomeadamente o Código Deontológico de Enfermagem (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Suportei a tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência apreendido ao longo dos anos como enfermeira, selecionando as respostas mais apropriadas tendo em conta o leque de soluções possíveis e construí a tomada de decisão em equipa, recorrendo a reuniões com o coordenador da UCC, a Enfermeira Supervisora e a Professora Orientadora.

Promovi a confidencialidade e segurança de informação oral e escrita, dos intervenientes nas atividades realizadas tanto na USP como na UCC, procedendo à elaboração de documentos claros e explícitos da finalidade das mesmas.

Foi um percurso pautado por ser responsável e preocupada com, em primeiro lugar, a identificação dos participantes com o consentimento livre e informado e, com a proteção de dados, pelo que procedi à elaboração de um consentimento informado que foi entregue a todos os participantes no projeto, de modo a salvaguardar todos os dados que iriam fornecer bem como a informação prestada durante o processo de intervenção. Os dados recolhidos em todo o processo foram usados apenas para efeitos de elaboração do projeto e desenvolvimento de competências, pelo que o respeito à privacidade de cada um está contemplado.

Foi ainda submetido um pedido para a realização do projeto de intervenção à Comissão de Ética da ARSC, com parecer favorável, como forma também de garantir um maior rigor na questão ética e legal.

3.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Neste ponto, destaco o desenvolvimento do PIC, que será mencionado posteriormente, iniciado na USP com o diagnóstico de situação do concelho ao qual dá resposta e concluiu com a sua operacionalização em contexto de UCC. Este contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e possibilitou a implementação de um projeto, na área da promoção da saúde, dando resposta a uma problemática do concelho, inserida na carteira de serviços

da UCC, permitindo uma outra forma de intervenção junto das crianças. A importância da temática e o espelhamento da mesma, na consecução dos objetivos do PNPAS, bem como a fundamentação e sistematização do PIC foi identificada como uma mais-valia no seio da equipa da UCC, composto por ferramentas e recursos que possibilitam a sua replicação no futuro.

Mobilizei também conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, no que toca à intervenção em contexto escolar, através de sessões de educação para a saúde, a alunos e pessoal docente e não docente.

3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

Foi possível desenvolver esta competência através de todo o processo de gestão de cuidados relativos à vacinação COVID-19, tendo em conta todo o processo que engloba, desde a receção de vacinas, programação de utentes a vacinar, gestão de stocks e distribuição de recursos (físicos e humanos).

Durante o percurso de aquisição de competências como EE, reafirmo a operacionalização do PIC, bem como a sua gestão dentro do tempo que tinha para o elaborar e aplicar. Saliento também a gestão necessária no que toca às sessões de intervenção, de forma a conseguir chegar ao maior número de participantes, otimizando a resposta através da articulação com a equipa da UCC.

O fato de o ensino clínico se realizar em período pós confinamento, fez com que com o arranque de projetos que tinham parado durante este período, retomasse e acumulasse a carga de trabalho inculcida aos enfermeiros da UCC, nomeadamente à minha Supervisora, o que fez com que tivesse de gerir muito bem o tempo de forma a conseguir acompanhá-la também na dinâmica da UCC, contribuindo também para a minha aprendizagem enquanto EE.

3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste ponto do desenvolvimento de aprendizagens, destaco a partilha de conhecimento dos Enfermeiros que me acompanharam nos locais de estágio, bem como na partilha de ideias com as colegas que comigo realizaram o ensino clínico nestas unidades de saúde, e enriqueceram a visão destes contextos. Tive a oportunidade de realizar apresentações, quer do relatório quer do PIC que desenvolvi, às equipas da USP e da UCC.

Realizei uma *Scoping Review* de forma a sustentar a minha prática e colaborar para o desenvolvimento da Enfermagem, permitindo tomar decisões baseadas na evidência científica.

Paralelamente, participei em Congressos direcionados aos Cuidados de Saúde Primários, *Webinars* e Seminários, que me ajudaram a desenvolver o pensamento crítico e a aumentar os conhecimentos desta área. Elencam-se assim os eventos: 3.º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga; III Congresso Nacional da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade; Seminário *Online* “Revisão Integrativa de Literatura” e II Congresso “Mais Acesso, Melhor Saúde”, promovidos pela Escola Superior de Saúde de Leiria; Seminário *web* promovido pela OE “Enfermagem às Quintas: Investigação e Diagnóstico em Saúde Escolar”.

Destaco ainda a importância do acompanhamento dos Enfermeiros Supervisores, nas diferentes intervenções que realizavam -serviram como guia e inspiração para querer ser mais e melhor na minha prática diária.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Olhando o percurso profissional e pessoal, posso dizer que o meu *mindset* sempre esteve focado em trabalhar no contexto comunitário, com populações vulneráveis. O fato de ter tido a experiência de voluntariado entre 2012 e 2015, numa das zonas mais pobres do Nordeste brasileiro, onde a educação era escassa e os acessos e recursos de saúde muito limitados, fez com que ganhasse alguma bagagem de volta para Portugal; esta experiência sensibilizou-me para uma visão mais alargada dos problemas, desenvolvendo a minha sensibilidade para pequenos aspetos que até então, me passariam ao lado. Os grupos vulneráveis não eram só os que aparentavam menos recursos socioeconómicos, mas também os que apresentavam défice de conhecimento em determinada área.

Ter de avaliar o estado da comunidade, definir as necessidades e intervir de acordo com elas através da elaboração de projetos, era algo que inconscientemente já “moravam em mim”, e a escolha desta área de especialização veio afirmar isso mesmo.

“Cada comunidade deverá ter um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que realize a avaliação do seu estado de saúde, a elaboração de projetos adequados às necessidades detetadas, a implementação de intervenções e a consequente monitorização e avaliação visando a sua capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão” (Regulamento nº 348/2015).

É, por isso, fundamental o desenvolvimento das competências definidas para o EEECS CSP de modo a dar resposta às necessidades demonstradas pelos grupos ou comunidades que acompanha. De modo sucinto, tentarei interligar as competências desenvolvidas com as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de ensino clínico.

4.1. ESTABELECE COM BASE NA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE A AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE

As competências específicas do EEECSOSP previstas no Regulamento nº428/2018, “considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, o EEECSOSP, realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.”

Iniciei este percurso com a pesquisa e consulta de documentação recomendada pelas Enfermeiras Supervisoras que me acompanharam de forma a conhecer o funcionamento, procedimentos e constituição tanto da USP como da UCC. Desta forma, fiquei a conhecer também o estado de saúde da população que abrangiam, tendo em conta os indicadores, determinantes, índices, entre outros. Comecei assim a trabalhar no diagnóstico de situação de saúde do Concelho abrangido por estas Unidades (primeira etapa do planeamento em saúde), de modo a descobrir qual a população mais vulnerável que, por sua vez, poderia ser alvo da minha intervenção.

Durante este percurso, em conjunto com as Enfermeiras Supervisoras, alguns informantes-chave, através de entrevistas realizadas e avaliando as necessidades demonstradas nestes últimos dois anos de pandemia, foi possível definir algumas das áreas de intervenção que poderia trabalhar.

Esta é a competência base do EEECSOSP, uma vez que o planeamento é a estrutura que sustenta toda a intervenção. Dou por mim a integrar também esta competência como pessoal e não apenas profissional pois, de certo modo, o planeamento tornou-se uma forma de estar e agir na minha vida. Na minha prática diária, passei a ter mais consciência da importância que planeamento em saúde faz, não só pela gestão mais adequada de recursos, mas também para uma melhor canalização de esforços e, consequentes, intervenções mais eficazes.

4.2. CONTRIBUI PARA O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DE GRUPOS E COMUNIDADES

O processo de capacitação de grupos e comunidades, pressupõe a delegação de autoridade na comunidade levando-a a tomar decisões sobre a resolução dos seus problemas (Melo, 2020).

Apesar do desinvestimento no processo de capacitação para a promoção da saúde durante o período pandémico, ainda assim, tive a oportunidade de intervir no contexto escolar, com a supervisão da Enfermeira Supervisora, realizando algumas sessões de educação para a saúde nomeadamente, na área das alergias alimentares e das substâncias aditivas (álcool e tabaco). Esta intervenção nas escolas também me permitiu perceber que os projetos estavam muito direcionados para as crianças/jovens, não permitindo o trabalho com a comunidade escolar no seu todo como está previsto no Programa Nacional de Saúde Escolar(PNSE) (2015); seguindo as linhas orientadoras deste programa, a sua implementação efetiva, requer trabalho em equipa, envolvimento de alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, parcerias de valorização da saúde nas suas políticas e participação ativa de todos/as no planeamento, organização e avaliação dos processos de ensino e aprendizagem; refere ainda que a sua população alvo é considerada toda a comunidade educativa, onde se incluem as crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação (DGS, 2015).

Em apenas uma das temáticas abordadas (tema das alergias alimentares), a ação incidiu também no pessoal docente e não docente, faltando uma peça importante que são os pais/encarregados de educação, pois nesta área específica, são eles que preparam e enviam os alimentos para os seus filhos.

Este olhar fez-me refletir na importância de poder intervir junto de uma população que, ainda que fosse importante, não estava a ser alvo dos cuidados que poderá receber enquanto grupo vulnerável, ligando-a à problemática com maior visibilidade no diagnóstico de saúde realizado, aliado a um problema mundial de saúde pública.

Tendo por base as reflexões supracitadas, fui trilhando o meu caminho e comecei a elaborar um PIC que incluísse esta população considerada vulnerável, uma vez que não estava a ser alvo de intervenções específicas. O PIC elaborado, contribuiu para o processo de capacitação de grupos e comunidades, podendo destacar-se também a parceria com uma Unida de Saúde Familiar (USF) da área de abrangência da UCC, a mobilização de conhecimentos de diferentes Unidades Curriculares que antecederam este trabalho, e a utilização de modelos e estruturas conceptuais no âmbito da promoção e educação para a saúde, neste caso, o MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015)

Por fim, tive ainda a oportunidade de participar numa reunião com os representantes dos agrupamentos do parque escolar da área de abrangência da USP. Neste contexto, pude conhecer os resultados do trabalho realizado em anos anteriores, bem como as propostas para o ano letivo de 2022/2023, permitindo uma visão global do trabalho realizado na saúde escolar.

4.3. INTEGRA A COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ÂMBITO COMUNITÁRIO E NA CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde (PNS) contempla vários programas aos quais o EEECS CSP deve dar resposta. Um deles, o PNV, que nos últimos 2 anos tem sido fortemente trabalhado dada a grande complexidade de coortes de vacinação pela questão da Covid-19. Neste sentido, e uma vez que me foi dada a possibilidade de ver e integrar todo o processo, desde a receção das vacinas, até à sua administração, passando pelo registo e convocatória dos utentes elegíveis para a vacinação, foi uma competência bastante presente durante todo este percurso. Estas atividades desenvolveram-se na maioria dos dias no Centro de Vacinação, mas também tive a oportunidade de deslocar-me a várias Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e participar em todo o processo de vacinação. Esta experiência permitiu-me ver e gerir os recursos necessários a todo o processo. Ainda nesta área da vacinação, a entrada de migrantes oriundos de regiões onde a cultura e o plano vacinal são muito diferentes da nossa, também leva a que haja um esforço maior no sentido de identificar as faltas e convocar o maior número de pessoas aumentando assim a cobertura vacinal e promovendo a saúde comunitária da população.

O PIC promovido por mim, teve por base uma das áreas consideradas prioritárias pela Direção Geral da Saúde (DGS). Neste sentido, esta competência torna-se uma das mais importante durante o meu percurso, pois esteve sempre aliada não só à forma como vejo a Enfermagem no contexto comunitário, no sentido de promoção de saúde, mas também como resposta às diretrizes emanadas a nível nacional. Em 2012, a DGS considerou a promoção da alimentação saudável como uma área prioritária a intervir e, nesse sentido, elaborou o PNPAS, com a finalidade de melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar condições para que as populações os consumam e os integrem nas suas rotinas diárias (DGS, 2022).

4.4. REALIZA E COOPERA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ÂMBITO GEODEMOGRÁFICO

Para além da vigilância epidemiológica relacionada com a COVID-19, a USP tem um papel ativo na vigilância de outras doenças, como é o caso da tuberculose, e nas questões relacionadas com o cumprimento do PNV. Neste seguimento, tive a oportunidade de conhecer o Centro de Diagnóstico Pneumológico e assistir ativamente todo o processo de admissão do doente, a consulta, bem como da administração de medicação e ensinamentos sobre a mesma. Visitei o laboratório que está integrado nesta unidade e que é responsável pelos testes de rastreio em casos suspeitos. É também neste centro que é possível realizar o rastreio gratuito e anónimo para o Vírus da imunodeficiência Humana.

Para além do Centro de Diagnóstico Pneumológico, pude visitar o Centro de Vacinação Internacional e realizar de forma supervisionada, a consulta do viajante. Esta consulta tem como objetivo garantir que os cidadãos que desejam sair do país sejam alvo de acompanhamento diferenciado na área da medicina internacional; promove a consulta médica, a administração de vacinas, a prescrição de medicação necessária para a viagem e a educação para a saúde no sentido de alertar sobre os cuidados a ter antes, durante e após as viagens (DGS, 2023).

Refletindo acerca das competências referidas é perceptível como o EEECS CSP é crucial para que a comunidade possa atingir a melhor saúde possível. Através da mudança de comportamentos, sustentados pelo MPS, tendo por base o conhecimento da comunidade, barreiras, sentimentos e motivações da mesma, poderá ser considerado como um dos embaixadores da saúde.

Através da implementação do PIC, também eu fui embaixadora da saúde, fornecendo ferramentas para que a comunidade pudesse atingir o melhor nível de saúde possível através do aumento de conhecimentos sobre a mesma.

5. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde consiste na racionalização da 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 setores sócios económicos (Imperatori & Giraldes, 1993). É sempre voltado para o futuro, sendo um processo permanente, contínuo e dinâmico, racional na tomada de decisões e visa selecionar um percurso de ação. Implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados. É sistémico, multidisciplinar e iterativo, é uma técnica de alocação de recursos e, um processo cíclico, além de ser uma técnica de mudança e inovação (Tavares, 1992). Embora as necessidades sejam parte fundamental do diagnóstico, não constituem a sua totalidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia do planeamento em saúde constitui assim a melhor opção para a intervenção comunitária permitindo estruturar a melhor intervenção em função dos principais problemas possibilita alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente de forma a conseguir os resultados pretendidos com a melhor gestão de recursos (Tavares, 1992).

Durante o Ensino Clínico de Saúde Comunitária e Saúde Pública II, procedeu-se à construção de um PIC, que obedeceu às etapas do planeamento em saúde, integrando de forma sequencial todas as fases do mesmo, uma vez que fui elemento articulador entre USP e UCC. Seguidamente irei descrever todas as fases do mesmo.

5.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação, a primeira etapa no processo de planeamento, deve corresponder às necessidades da população e identificar os problemas da mesma. De acordo com Tavares (1990), o diagnóstico de situação deverá ser suficientemente alargado, aprofundado, rápido, claro, sucinto e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. Pender, Murdaugh e Parsons (2015), também referem que as comunidades devem ser avaliadas antes da implementação de programas de promoção de saúde. Ainda pelos mesmos autores, a avaliação física e social do ambiente irá providenciar informação importante sobre as facilidades e barreiras da prática de estilos de vida saudáveis na comunidade. Procedi então ao diagnóstico de situação da população da área de abrangência do Pólo da USP onde me

encontrava a realizar o Ensino Clínico, recorrendo a planos locais, regionais e informação a nível nacional, dos principais indicadores de saúde/doença, de modo a conseguir identificar os problemas que pudessem ser alvo de intervenção. Deste diagnóstico, um dos problemas identificados foi a elevada taxa de obesidade e excesso de peso da população do município com 17,03% e 22,22% respetivamente, com tendência crescente (ARSC,2018).

Segundo a OMS (2022), o excesso de peso apresenta-se como um dos principais fatores de risco para a mortalidade e incapacidade na Europa, sendo responsável por mais de 10% de total de mortes nesta região representando, num ano, 7% do total de anos vividos com incapacidade. Neste momento, a nível europeu, 59% da população adulta apresenta excesso de peso (OMS,2022).

A obesidade, enquanto doença crónica e fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, afeta mais de 20% da população adulta portuguesa, sendo que o excesso de peso ultrapassa os 50% (DGS, 2022). Tão ou mais preocupantes que os valores observados em adultos são os dados relativos à obesidade infantil que temos disponíveis (Borges, 2011). Ao nível mundial, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, principalmente nos países onde a transição nutricional é mais evidente (OMS, 2021). Na Europa, 1 em cada 3 crianças em idade escolar tem excesso de peso ou obesidade, um panorama que poderá ter sido agravado pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19 que poderão ter conduzido a inadequados hábitos alimentares e de atividade física (OMS, 2022). Apesar de ainda serem necessários mais estudos para compreender de forma mais aprofundada o impacto da pandemia no consumo alimentar e estado nutricional da população portuguesa, a evidência existente sugere que a pandemia se fez acompanhar de desafios a vários níveis, com potencial impacto negativo na alimentação e no estado nutricional da população (DGS,2022).

O relatório de obesidade 2022 publicado pela OMS (*European Regional Obesity Report 2022*) destaca que a prevenção e controlo da obesidade deve centrar-se numa estratégia de prevenção ao longo do ciclo de vida, dirigida para fases do ciclo de vida de maior vulnerabilidade como a pré-conceção, gravidez, infância e adolescência, bem como na modificação dos ambientes que potenciam hábitos menos saudáveis. Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 12% obesidade, sendo ambas as condições mais prevalentes nos rapazes do que nas raparigas (DGS, 2022).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) indica a alimentação como um dos cuidados antecipatórios na idade pré-escolar e escolar, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro, nomeadamente na importância de restringir os alimentos açucarados, fritos, gorduras, refrigerantes e reforçar a necessidade das refeições como o pequeno-almoço e o lanche a meio da manhã (DGS, 2013). Destaca-se que, como refere Mendonça (2020), os primeiros anos de vida da criança são tidos como uma janela de oportunidade para garantir um crescimento e desenvolvimento adequado, visto que os hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a manter-se na vida adulta.

A família constitui outro dos fatores que influencia o desenvolvimento de obesidade, para além, dos fatores genéticos. Um dos fatores que aparece mais vezes associado ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de obesidade é o nível socioeconómico e educacional da família, numa relação inversa, ou seja, quanto mais baixo o nível maior a probabilidade de aparecimento desta doença (Borges, 2011). As crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de proteção e atenção especiais, devendo esta proteção ser sobretudo responsabilidade da família a quem pertencem (UNICEF, 2019).

Neste sentido, e sendo as crianças consideradas como um grupo vulnerável, aliado ao problema da obesidade sustentada pelo diagnóstico pela pesquisa bibliográfica realizados, foi determinado como problema a obesidade infantil.

5.1.2. Problemática e identificação das necessidades

Após a identificação da obesidade nas crianças como problemática, foi discutida, com as Enfermeiras Supervisoras e a Professora a elaboração de um guião de entrevista, a realizar a peritos da área, de forma a chegar às possíveis necessidades ligadas ao problema. Elaborado o guião, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a informantes-chave, num total de 5, tendo sido escolhidos com base no conhecimento que detêm da população, sendo os mais indicados determinar as necessidades da mesma. Foram então realizadas entrevistas a 2 enfermeiras pertencentes a USF diferentes, uma enfermeira da UCC, uma enfermeira da USP e uma nutricionista pertencente ao ACES em questão.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 4 e 6 de outubro de 2022, após consentimento informado, num ambiente favorável, foram gravadas e tiveram uma duração média de 15 minutos. Para todas as entrevistas foram elaborados guiões, sendo posteriormente analisadas recorrendo à análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2009), tendo sido identificadas categorias, subcategorias e discriminadas unidades de registo.

Em apêndice, encontram-se os guiões de entrevista e consentimento informado (APÊNDICE I), bem como a análise de conteúdo das mesmas (APÊNDICE II).

Através da auscultação dos informantes-chave na área, foram identificadas as seguintes necessidades:

- Défice de conhecimentos dos pais sobre alimentação saudável;
- Défice de competências parentais na aquisição de hábitos alimentares saudáveis;
- Baixa adesão dos pais a projetos de promoção de alimentação saudável;
- Défice do conhecimento dos pais acerca dos comportamentos alimentares dos filhos.

Após a identificação das necessidades, pude verificar que as mesmas, estavam relacionadas na sua maioria com o défice de conhecimento, relacionado com a alimentação saudável, o que transpondo para o contexto comunitário se traduz em baixa literacia em saúde. Procurei então, recorrendo a pesquisa bibliográfica, dados sobre a literacia que pudessem justificar as necessidades identificadas.

A OMS define Literacia em Saúde como sendo o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (OMS, 1998, p.21). Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde (PALS) 2019-2021, “a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal” (DGS,2018, p.3). Este Plano, considera que os profissionais de saúde são um fator-chave para a promoção da Literacia em Saúde junto da população, tendo por isso sido elaborado um “Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde”, constituindo uma ferramenta para auxiliar no aumento dos níveis de Literacia em saúde da população portuguesa (DGS,2019).

No que toca à população portuguesa, 5 em cada 10 pessoas, têm níveis reduzidos de literacia em saúde e, comparando com os países participantes no Health Literacy Survey EU (2014), Portugal é o país que apresenta a menor percentagem e pessoas com nível excelente de literacia em saúde, com 8,6% (DGS, 2018). No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%) (DGS, 2018). Uma das áreas prioritárias e objetivos do PALS 2019-2020, é a adoção de estilos de vida saudáveis, capacitando os pais e cuidadores para diferentes áreas prioritárias como é o caso da alimentação e atividade física (DGS, 2018). Segundo Rios-Castillo *et al* (2020), no âmbito da alimentação saudável, aumentando os conhecimentos nutricionais e as implicações para a saúde de escolhas mais saudáveis, das crianças e pais, conseguiremos melhorar hábitos alimentares e promover saúde. Ainda para os mesmos autores, a família desempenha um papel decisivo na educação alimentar das crianças, uma vez que, é pela interação com os adultos, que estas adquirem determinadas atitudes, preferências e costumes alimentares realizados no seio familiar (Rios-Castillo *et al*, 2020).

Feito paralelismo com o MPS, tendo incorporado os construtos de Pender ao analisar as entrevistas realizadas, interpreto que, o défice de conhecimentos (comportamento prévio que pretende ser alterado), poderá estar a ser influenciado por características e experiências pessoais, onde verifico que, apesar de os pais reconhecerem o papel da aquisição de conhecimentos e a sua influência sobre a prática de uma alimentação infantil saudável, apresentam pouca motivação para a sua melhoria e dificuldade no acesso a ferramentas que aumentem este conhecimento. A visão das crianças como indivíduos com regras alimentares mais permissivas relativamente aos adultos, também se apresentará como uma barreira a esta mudança, pelo conteúdo observado nas entrevistas. Poderá pensar-se que o conhecimento da família e as interações de fatores influenciadores, ajudaram a estruturar um plano de intervenção para a mudança ou modificação de atitudes, levando à promoção da saúde. No entanto, este plano só trará efetividade, se todos os intervenientes no processo assumirem o compromisso de o cumprir.

Sendo a promoção da literacia em saúde, uma importante oportunidade e um desafio a nível da saúde pública, junto das pessoas, comunidades e organizações, torna-se fundamental o

desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária como estratégia para o aumento da literacia acerca da alimentação, junto das comunidades.

5.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A seleção ou definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento da saúde. Esta revela-se extremamente importante, uma vez que é através dela que é feita a gestão dos escassos recursos para dar resposta às necessidades da população ou comunidades (Melo, 2020). Segundo Imperatori e Giraldes (1993), é nesta etapa que se selecionam os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar. Ainda segundo o mesmo autor, a determinação de prioridades não é um processo puramente racional, envolvendo uma importante componente afetiva, de valores, de julgamentos, com a conseqüente subjetividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tavares (1992), ressalva a importância de distinguir problema (estado de saúde considerado deficitário) e necessidade (algo necessário para suprimir o problema identificado), no que respeita ao diagnóstico. No entanto, a Enfermagem Comunitária, não se foca apenas nos problemas, mas sim nas necessidades sentidas pela comunidade, aquelas que são necessidades expressas (na interação entre enfermeiro e comunidade) e as reais (na articulação com o diagnóstico realizado em Saúde Pública) (Melo, 2020). Deste modo, o ideal será dar resposta às necessidades de saúde (expressas e reais) de igual modo (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Melo (2020), esta resposta de aproximação, deverá ter em conta a articulação entre a Saúde Pública e a Saúde Comunitária, como forma mais efetiva de resolução de problemas.

Após a identificação das necessidades referidas no subcapítulo anterior, foi realizada uma reunião com os enfermeiros, pertencentes à USP e à UCC, identificados como peritos no conhecimento acerca do contexto desta comunidade, onde foram incentivados a refletir e analisar os problemas face à sua experiência quotidiana na prática dos contextos. Foram constituídas tabelas de voto com todas as necessidades reais, sendo que todos os participantes foram convidados a votar. A sessão de validação e hierarquização das necessidades expressas foi realizada com base no Método de Hanlon, utilizando os quatro critérios apresentados por Tavares (1992): amplitude, gravidade, eficácia, exequibilidade.

Esta reunião de reflexão, revelou ser um momento de extrema importância, mostrando que as necessidades sentidas foram ao encontro das necessidades reais, permitindo um momento de ligação entre as duas unidades funcionais, reforçando o trabalho mútuo necessário para atuar na comunidade. Em apêndice, encontram-se a hierarquização das necessidades pelo Método de Hanlon e boletim de votos (APÊNDICE III).

Tendo em conta o problema identificado e a priorização das necessidades identificadas pelos peritos da área foi realizada uma reunião com a Enfermeira Supervisora e a Professora Orientadora de forma a considerar a possibilidade da realização de um projeto no âmbito da carteira de serviços da UCC.

No decorrer das atividades relativas ao ensino clínico e, dadas as limitações temporais do período em que este decorreu, foi definido em consonância com a Enfermeira Supervisora e a Professora Orientadora, dar resposta apenas à necessidade que reuniu mais votos, pelos peritos, considerada a mais urgente a dar resposta - Défice de conhecimentos dos pais sobre alimentação saudável.

A problemática identificada, inserindo-se nos indicadores de acesso da UCC, e após discussão com a Enfermeira Supervisora e a Professora, foi envolvido o Enfermeiro coordenador da UCC, para a discussão do projeto a desenvolver, tendo sido verificado o potencial na concretização de um projeto dirigido aos pais das crianças da área de abrangência da UCC.

Nesta sequência, foi feito pedido para autorização da realização do mesmo ao corpo clínico do ACES (APÊNDICE IV) e feito pedido de parecer à Comissão de Ética da ARSC (APÊNDICE V). O parecer positivo reafirmou o percurso a realizar e marcou o desenvolvimento do projeto (ANEXO I).

5.3. FORMULAÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após diagnóstico e hierarquização de necessidades, foi fundamental a fixação de objetivos a atingir relativamente à problemática, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto definiu-se então como objetivo geral:

- Promover o aumento da literacia alimentar dos pais de crianças em idade pré-escolar (dos 3 aos 5 anos) e com excesso de peso, da área de abrangência de uma UCC.

Como objetivos específicos no decorrer da intervenção comunitária foram definidos:

- Identificar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil;
- Aumentar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil saudável;
- Avaliar o grau de satisfação dos participantes no projeto.

O espaço temporal para implementação do projeto foi definido de dezembro de 2022 a janeiro de 2023.

Após a definição dos objetivos é imperativo estabelecer as metas a alcançar. Para Imperatori e Giraldes (1993), meta é um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores. Esses indicadores podem ser de resultado (medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema) ou indicadores de atividade (medem a atividade desenvolvida pelos serviços).

Mais à frente neste relatório, serão descritos os respetivos indicadores e metas definidos, bem como os resultados alcançados.

5.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A fase da seleção de estratégias, diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde identificados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para fundamentar e orientar de forma científica e com a metodologia mais adequada, as intervenções a realizar no projeto, procedeu-se à procura da evidência científica com recurso a uma *Scoping Review* (APÊNDICE VI) que teve como questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar e com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário?”

Os objetivos para esta revisão foram: identificar as intervenções de Enfermagem, dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário e descrever as intervenções de Enfermagem, dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário.

Da análise dos artigos que compunham a *Scoping Review*, foi possível sintetizar algumas intervenções de enfermagem dirigidas aos pais de crianças dos 2-6 anos relativamente ao excesso de peso e/ou obesidade, nomeadamente:

- Consultas de rotina que englobam avaliação antropométrica e ensinamentos direcionados a crianças com excesso de peso;
- Intervenção precoce nas crianças em idade pré-escolar;
- Intervenções realizadas em contexto de consulta, permitindo uma abordagem mais personalizada;
- Fornecimento de ferramentas aos pais/cuidadores de forma a aumentar conhecimentos no que toca à temática da alimentação infantil saudável;
- Uso da comunicação empática e assertiva junto dos pais/cuidadores, como ferramenta facilitadora de mudança de comportamentos;
- Implementação de programas e projetos para prevenção/diminuição da obesidade infantil.

Em todos os artigos (Cheng *et al.*, 2020; Henriksson *et al.*, 2020; Eli *et al.*, 2022 Westergren *et al.*, 2021), a consulta de rotina realizada pela Enfermeira de Família, é considerada essencial, destacando-se a monitorização do IMC para controlo do excesso de peso/obesidade. No entanto, Cheng *et al.* (2020), refere que apesar de esta prática estar implementada, as enfermeiras não têm gráficos que permitam monitorizar se uma criança tem risco de pré-obesidade/ obesidade. Quanto à idade de intervenção nas crianças, a idade pré-escolar foi identificada como um período crítico para intervir, pois intervenções eficazes e direcionadas nesta faixa etária, promovem comportamentos saudáveis, prevenindo a obesidade (Henriksson *et al.*, 2020).

Cheng *et al.* (2020) e Eli *et al.* (2022), concluem que uma das dificuldades mais sentidas na intervenção com os pais de crianças que apresentam excesso de peso é o défice de formação nesta área específica e a falta de ferramentas sobretudo a nível da comunicação que permitam uma abordagem mais eficaz com os pais. Por outro lado, Eli *et al.* (2022), reforçam que a mudança de comportamentos que visem promover a saúde, é potenciado através de uma boa comunicação, estabelecida entre os profissionais e os pais, pois estes sentem-se mais capacitados e apoiados na tomada de decisão relativa à adoção de estilos de vida saudáveis.

É consensual que os pais e famílias têm um papel importante no que toca à adoção de estilos de vida saudáveis e que devem ser elementos ativos na promoção de hábitos alimentares adequados, mas muitas das vezes, estes têm baixa literacia em saúde, o que dificulta a intervenção por parte dos profissionais (Cheng *et al*, 2020). Na implementação de projetos, as intervenções de Enfermagem são sobretudo no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Familiar, como prevenção e controlo do excesso de peso e/ou obesidade.

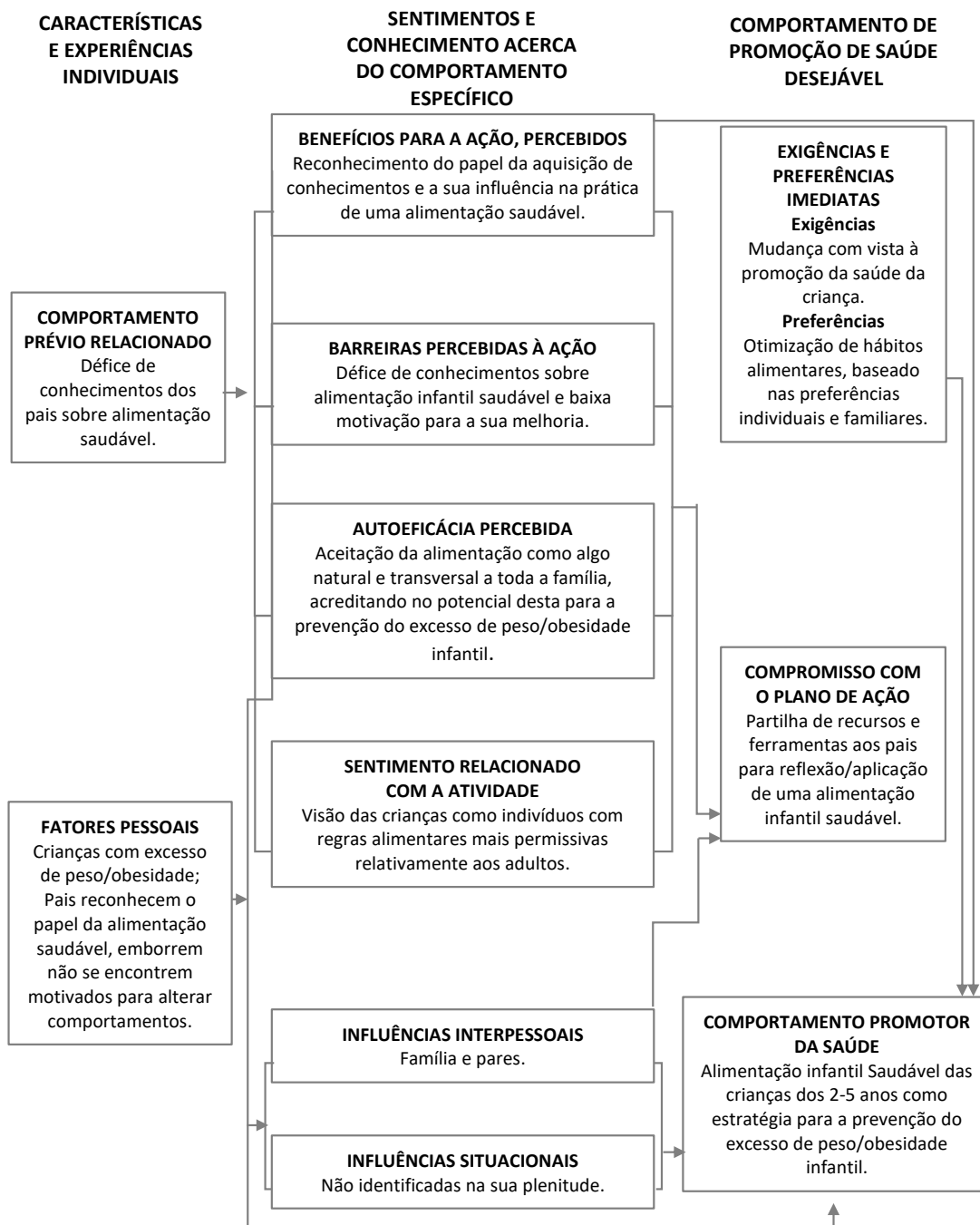
No âmbito da modificação de hábitos alimentares e incentivo à atividade física em crianças com IMC elevado, Henriksson *et al* (2020) mencionam, que a implementação de uma aplicação para telemóvel na Suécia, tem obtido resultados positivos, auxiliando o trabalho realizado nas consultas de rotina. No entanto, Eli *et al*. (2022) defendem que estes projetos devem ter na sua base uma relação de proximidade, baseada numa comunicação empática, que permita aos pais, sentirem-se mais apoiados no que toca à adoção de comportamentos que promovam a saúde dos seus filhos. Ainda para a implementação de projetos, Westergren *et al*. (2021), reforçam a importância da aposta na formação específica dos profissionais, de modo a terem disponíveis as ferramentas necessárias para trabalhar com estas famílias.

Os resultados permitiram encontrar evidências que respondem à questão formulada contribuindo, desta forma, como guia orientador para as estratégias a utilizar no PIC.

Conjugando os resultados e tendo por base o MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), as intervenções deverão ter em conta não só características individuais que necessitam de ser mudadas, mas também fatores pessoais (fatores biológicos, nível socioeconómico e educacional). Aliados a estas, os sentimentos e conhecimentos sobre o resultado que se pretende alcançar (benefícios, barreias ou influências interpessoais) e o resultado desejável (compromisso com o plano aliado a exigências e preferências do indivíduo).

Tendo em conta o diagnóstico, o parecer dos peritos na área e a pesquisa bibliográfica, elaborei um modelo (Figura 2), adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), que permite sintetizar as relações entre os comportamentos prévios, sentimentos e resultados a alcançar com a intervenção.

Figura 2. Diagrama do MPS adaptado à problemática da obesidade infantil e necessidade de aumento dos níveis de conhecimento sobre alimentação saudável.



Fonte: Adaptado de Pender, Murdaugh & Parsons (2015).

5.5. ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Tendo por base os dados obtidos no diagnóstico de situação, a priorização das necessidades, aliada a uma preocupação pessoal e, sendo este um problema de Saúde Pública a nível nacional e mundial, definiu-se como prioritário intervir na promoção da literacia alimentar junto dos pais de crianças em idade pré-escolar, entre os 3 e 5 anos de idade, e que apresentassem excesso de peso e/ou obesidade. Neste seguimento foi desenvolvido o “PI.Come - Projeto de Intervenção Comunitária para a Promoção da Literacia Alimentar” que teve como população alvo, pais de crianças em idade pré-escolar e com excesso de peso e/ou obesidade, da área de abrangência da UCC. A palavra “Come” no nome do projeto pretende ser uma analogia à importância que devemos atribuir à alimentação que fazemos, tendo em conta não só os alimentos ingeridos, mas também o conhecimento que temos acerca dos mesmos.

A amostra foi obtida através de uma seleção intencional dos participantes, recorrendo ao conhecimento dos enfermeiros que integram a UCC e dos enfermeiros que integram as Unidades Funcionais da área de abrangência da mesma UCC, tratando-se assim de uma amostragem por conveniência (Coutinho, 2015). Os participantes foram selecionados a partir de um dos ficheiros de uma Enfermeira da USF colaborante no projeto (APÊNDICE VII). Esta seleção teve por base pais de crianças nascidas entre 01 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2020 e que estivessem nos percentis de Índice de Massa Corporal (pIMC) de 85 ou mais à data da última consulta.

Como critérios de elegibilidade para a participação os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos; ser pai/mãe de uma criança em idade pré-escolar e fazer parte da área de abrangência da UCC em questão; pais de crianças inseridas em pIMC acima de 85 à data da última consulta; compreender e falar português; aceitar e ter disponibilidade para participar no projeto. Como critérios de exclusão: não atender aos critérios de seleção.

Após contacto telefónico aos potenciais participantes e aplicando os critérios de elegibilidade, a amostra definida para a participação no projeto foi de 10 pais.

Através deste contacto telefónico, os pais foram informados dos objetivos do projeto e a sua contextualização. Após confirmação da disponibilidade e aceitação em participar, foi enviado um questionário através do *Google Forms*, como introdução, foi realizada uma breve

apresentação e explicação do objetivo do “PI.Come”, assim como salvaguardada a confidencialidade dos dados e garantido o anonimato das respostas dos participantes.

O questionário supramencionado é constituído por duas partes: a primeira parte, trata-se de uma breve descrição sociodemográfica, contendo alguns dados para caracterização da amostra (idade, nacionalidade, habilitações literárias, número de elementos do agregado familiar); a segunda parte é constituída pelo Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012) que avalia os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil (ANEXO II).

O QAI (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012) apresenta 55 questões com respostas dicotómicas, sendo solicitado aos pais que assinalem com uma cruz a resposta correspondente ao que faz, pensa e sabe no que diz respeito à alimentação do/da seu/sua filho/a. A pontuação atribuída a cada item varia entre 1 (se responder corretamente, indicando conhecimento adequado sobre alimentação infantil) e 0 (se não responder corretamente, indicando conhecimentos incorretos sobre alimentação infantil). O score total é obtido pelo somatório de todas as respostas corretas, sendo que quanto maior for o somatório melhores serão os conhecimentos demonstrados sobre alimentação infantil.

Os autores agruparam os itens ainda em quatro fatores, sendo eles alimentação e saúde, regras alimentares, crenças alimentares familiares e variedade /diversidade do padrão alimentar, sendo que cada um avalia pressupostos diferentes como está descrito no Quadro1.

Quadro 1. Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI (Costa, 2012)

FATOR	SIGNIFICADO	PRESSUPOSTOS	AFIRMAÇÕES
Fator 1	Alimentação e Saúde	Avalia os pressupostos que estão na base da relação entre a alimentação e a saúde, não só pela escolha dos nutrientes, mas igualmente pelo padrão de consumo de gestão da atividade física.	14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55
Fator 2	Regras alimentares	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 22
Fator 3	Crenças alimentares familiares	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar.	1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31, 43
Fator 4	Variedade/diversidade padrão alimentar	Avalia os conhecimentos e as práticas para a inclusão das diferentes porções e do valor alimentar dos diferentes alimentos e variedade dentro do mesmo grupo.	6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39

Fonte: Adaptado de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)

Para utilização do QAI (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012), foi efetuado o pedido de autorização aos respetivos autores, através de um ofício (APÊNDICE VIII), para a utilização do

mesmo, com a finalidade do estudo e objetivos, tendo obtido autorização por parte dos mesmos (ANEXO III).

A recolha de informação foi realizada de forma livre e esclarecida, pois para além da informação sobre o âmbito e objetivos do PIC esta era acompanhada de um termo de consentimento informado (APÊNDICE IX). Os pais foram, sempre que solicitado, esclarecidos, numa linguagem acessível, do propósito do estudo.

A participação neste projeto previa a realização de cinco sessões, sendo sessões de avaliação no primeiro e último contacto. Cada uma das restantes sessões, tem uma duração aproximada de 60 minutos. A data e hora foram definidas de acordo com a disponibilidade dos participantes. A participação neste estudo foi absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.

A avaliação da eficácia do projeto foi feita através da aplicação do QAI de Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012), na primeira e na última sessão. Foram definidos também alguns indicadores de atividade, e de resultado, que estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Objetivos, atividades, indicadores e metas.

OBJETIVO	ATIVIDADE	INDICADOR	META
Identificar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	Realizar sessões relacionadas com a alimentação	Taxa de realização das sessões (Nº de sessões realizadas/ Nº de sessões programadas) x100	Que sejam realizadas 100% das sessões programadas
	Aplicar o QAI, de Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012)	Taxa de melhoria dos conhecimentos dos pais (nº total de respostas corretas no QAI/nº total de respostas) x100	Que sejam obtidos 5% de melhoria de conhecimentos dos pais
Avaliar o grau de satisfação dos participantes no projeto	Aplicar a escala de avaliação aos participantes, no final de cada sessão	Taxa de avaliação das sessões, pelos participantes (3- muito boa, 2- razoável e 1- má) (nº de participantes a classificar com 3 as sessões/nº total de participantes a avaliar) x100	Que seja obtido uma percentagem de 80% dos participantes a considerar as sessões muito boas
	Avaliar a adesão dos participantes às sessões	Taxa de assiduidade dos participantes (nº de pessoas presentes nas sessões/número de participantes no projeto) x100	Que seja obtida 50% de assiduidade dos participantes

Fonte: Elaboração própria.

De forma a sistematizar e organizar o desenvolvimento deste projeto, foi elaborado um cronograma de atividades (APÊNDICE X).

5.6. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A fase da preparação da execução corresponde à etapa do planeamento em saúde que maior interligação possui com as fases anteriores e com as que se lhe seguem, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planeamento em saúde (Imperator & Giraldes, 1993).

Para o desenvolvimento desta etapa, comecei por elaborar os planos de atividades para cada sessão que compreendiam os objetivos gerais, específicos, as estratégias de intervenção e descrição das mesmas, o local, o horário e os recursos (APÊNDICE XI).

Após validação das estratégias de intervenção pela Enfermeira Supervisora e pela Professora Orientadora, iniciou-se a divulgação do projeto, de forma ilustrativa através de e-mail, para os pais que aceitaram participar no projeto (APÊNDICE XII).

Na fase de execução, foram colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram na UCC, em horário pós-laboral, com a duração de 60 minutos, das 17:30 às 18:30 horas, de forma a proporcionar uma maior adesão do grupo populacional em estudo. Foram desta forma realizadas três sessões, nos dias 4, 11 e 25 de janeiro, tendo em cada uma, sido abordado uma temática diferente.

Estas sessões foram preparadas em suporte digital, com recurso ao Microsoft *PowerPoint*, recorrendo a texto simples, bom como a imagens e vídeos ilustrativos das temáticas abordadas.

A primeira sessão intitulada “Vamos falar de alimentação saudável? Apresentação do “PI.Come”(APÊNDICE XIII), realizou-se no dia 4 de janeiro de 2023, na sala de formação da UCC e iniciou-se pelo preenchimento do Consentimento informado para a participação no projeto. Estiveram presentes 6 pessoas. A sessão iniciou-se com a apresentação de cada um dos participantes e pela partilha dos pais acerca das emoções que surgem quando se fala de alimentação, com algumas questões de apoio (Que emoções a comida me transmite? Como é a minha relação com a comida? Como é que a minha relação com a comida afeta a relação do meu filho com a comida? Relação do meu filho com a comida?). De seguida foi feita a apresentação do projeto, explicados os objetivos do mesmo e realizada uma contextualização

da problemática da obesidade infantil. A sessão decorreu com participação ativa dos pais, sobretudo no que tocou à partilha das emoções relacionadas com a comida.

A segunda sessão intitulada “Educar para nutrir” (APÊNDICE XIV), realizou-se no dia 11 de janeiro de 2023, na sala de formação da UCC. Participaram 8 pais nesta sessão os quais revelaram um papel bastante participativo, demonstrando interesse nas temáticas apresentadas, fazendo várias questões sobre as mesmas. Na sessão foi abordada a dieta mediterrânica e a roda dos alimentos como guias para uma alimentação mais equilibrada e abordada a regulamentação sobre a publicidade para menores de 16 anos. Foi ainda discutida de que forma a publicidade e as ações de marketing, têm influência na alimentação das crianças, levando a um momento forte de reflexão dos pais; destacam-se algumas partilhas, tais como “nunca tinha pensado nos anúncios publicitários como sabotadores da alimentação que praticamos na nossa casa” ou “os anúncios levam-nos a pensar que estamos a dar o melhor aos nossos filhos, mas não...”.

A última sessão, intitulada “Vamos às compras? Lanches, Rótulos e planeamento” (APÊNDICE V), realizou-se no dia 25 de janeiro de 2023, igualmente na sala de formação da UCC, contando com a participação de 10 pais. Foi promovido o debate entre os participantes sobre os alimentos que consomem, tendo por base a leitura adequada de rótulos alimentares e dadas estratégias para planeamento e lanches mais saudáveis. A título de exemplo, foram disponibilizados alguns rótulos de alimentos e analisados com os participantes. Foi consensual que a falta de informação e ferramentas no que toca à leitura de rótulos, dificulta a compra de alimentos nutricionalmente melhores. Reflexões como “eu não tinha ideia de que existiam tantos nomes para o açúcar” ou “quando diz no rótulo sem açúcares, eu achei que não tinha açúcar e que seria só o alimento ao natural”, demonstram o investimento que é necessário ainda realizar nesta área. Esta sessão foi bastante participativa, tendo culminado com a realização de um lanche com alimentos mais saudáveis fornecido por mim. Os participantes demonstraram a necessidade de mais iniciativas do género, demonstrando-se disponíveis para “futuras edições”.

No que toca à avaliação da melhoria de conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil, conforme referido anteriormente, foi aplicado o QAI (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012) antes da implementação do projeto e no final da implementação do mesmo. Foi ainda

produzida uma escala de avaliação de satisfação das sessões que foi entregue a cada participante no final de cada sessão (APÊNDICE XVI).

Considerando as conversas após as sessões e os comentários escritos em diário de bordo, os participantes manifestaram elevado interesse pela temática abordada, demonstrando necessidade de mais informação/formação e disponibilidade para participar em futuras iniciativas. Na última sessão e após ter abordado a temática da publicidade, alguns pais partilharam que estiveram mais atentos, tanto numa ida às compras, como perante os anúncios publicitários televisivos.

Salienta-se o facto de, após a implementação do projeto, ter recebido alguns emails de agradecimento pelo convite a participar neste projeto. Houve inclusivamente pais, que no primeiro contacto telefónico, demonstraram-se reticentes em participar pela pouca disponibilidade ou dificuldade de conciliação entre horários, mas no final sentiam-se gratos pela participação no PI.Come; a título de exemplo, houve uma mãe que relatou “nunca ninguém me tinha explicado isto de forma tão simples, aprendi muito com esta partilha”.

Analisando as intervenções realizadas, à luz do MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), posso afirmar que se revelaram uma mais-valia para este grupo de pais, uma vez que foi verificado o aumento do nível de conhecimentos, como será descrito no ponto seguinte, e a modificação de alguns comportamentos, levando a ganhos em saúde no futuro.

5.7. AVALIAÇÃO

Conforme referido anteriormente, a avaliação da eficácia da implementação do “PI.Come” foi realizada através da aplicação do QAI de Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012), antes da realização das sessões e após a realização das mesmas, tendo depois os dados sido tratados segundo as orientações dos autores do questionário.

O questionário foi respondido por um total de 10 pais, que aceitaram participar no projeto, de forma livre e informada. Foi preenchido maioritariamente pelas mães das crianças num total de 9 e apenas por 1 pai. Esta diferença de valores poderá indicar que, apesar da transformação social da nossa sociedade, continuam a ser as mães quem mais participam na educação das crianças e nas atividades integradas em contexto de saúde. Todos os

participantes possuíam nacionalidade portuguesa e no que diz respeito ao grupo etário, a idade dos pais variou entre um mínimo de 33 anos e um máximo de 42 anos, tendo sido a média de idades de 36,7 anos.

Ao analisarmos a escolaridade dos progenitores, esta foi dividida em seis categorias: ensino básico, secundário, bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento. Os resultados indicam que 50% dos participantes possui licenciatura, 20% ensino secundário, 10% ensino básico, 10% bacharelado e 10% mestrado. Quanto ao número de elementos do agregado familiar, 50% dos participantes têm um agregado familiar com 4 elementos, 20% com 3 elementos, 20% com 5 elementos e 10% com 6 ou mais elementos no agregado familiar.

Para classificação dos conhecimentos dos pais sobre a alimentação infantil foram efetuados pontos de corte para o valor global da escala tendo por base a fórmula (média \pm 0.25 dp), de acordo com os critérios definidos pelos autores, admitindo a categorização: conhecimento insuficiente \leq 43,65; conhecimento suficiente entre 43,65 e 47,95; conhecimento bom \geq 47,95.

Em relação ao nível de conhecimentos antes da implementação do “PI.Come”, o score mínimo total foi de 43 e o máximo de 50. Verifiquei que 20% dos pais evidenciaram um bom conhecimento, 60% conhecimento suficiente e 20% dos pais apresentou conhecimento insuficiente acerca da alimentação dos seus filhos. Tendo em conta a elevada percentagem de pais com conhecimento suficiente acerca da alimentação infantil, o EESCSP tem um papel fundamental no que toca à capacitação de comunidades com vista ao aumento, neste caso, da literacia dos pais sobre a temática.

Em relação à análise dos fatores nos quais foi dividido o QAI (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012), constatei que o fator 1 (alimentação e saúde) apresentou um valor médio de $20,5 \pm 1,354$ pontos, sendo o score mínimo obtido de 18 e máximo de 22 pontos, que segundo Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012), avalia os pressupostos que estão na base da relação entre a alimentação e a saúde. Penso que, em relação a este fator os pais apresentam bom conhecimento.

Relativamente ao fator 2 (regras alimentares), o valor mínimo encontrado foi de 8 pontos e o máximo de 13 pontos, com média de $10,6 \pm 1,506$ pontos. Este fator avalia algumas regras que

estão na base do padrão alimentar com base nestes resultados podemos afirmar, que os pais destas crianças possuem bom conhecimento acerca das regras alimentares.

No que respeita ao fator 3 (crenças alimentares familiares), verifiquei um valor médio de $6,8 \pm 0,632$ pontos, com valor mínimo de 6 e máximo de 8 pontos, este fator avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar, podemos afirmar que no presente estudo os pais demonstraram conhecimento suficiente acerca deste fator.

O último fator (variedade/diversidade no padrão alimentar) variou entre o valor mínimo de 6 e máximo de 10 pontos, com média de $7,9 \pm 1,595$ pontos, este fator avalia os conhecimentos e as práticas para a inclusão das diferentes porções e do valor alimentar dos diferentes alimentos e variedade dentro do mesmo grupo, podemos dizer que, os pais da amostra apresentaram um bom conhecimento acerca do fator variedade/diversidade no padrão alimentar.

Após a realização das sessões do “PI.Come”, e tendo sido aplicado novamente o QAI Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012), o nível de conhecimentos dos pais em relação à alimentação infantil apresentou melhoria. O score mínimo total foi de 46 e o máximo de 53. Verifiquei que 50% dos pais evidenciou um bom conhecimento, 30% conhecimento suficiente e apenas 10% dos pais apresentou conhecimento insuficiente acerca da alimentação infantil.

Podemos concluir que a implementação do “PI.Come” foi eficaz, uma vez que houve aumento dos conhecimentos dos pais em relação à alimentação infantil.

Foram definidos também usados alguns indicadores de atividade e de resultados que possibilitaram a realização da avaliação. Assim, são apresentados os indicadores de atividade (Quadro 3), e os indicadores de resultados (Quadro 4), bem como, a avaliação da consecução das metas definidas.

Quadro 3. Indicadores de atividade, metas e avaliação.

META	INDICADORES DE ATIVIDADE	AVALIAÇÃO
Realizar 100% das sessões programadas	Taxa de realização das sessões (nº de sessões realizadas/ nº de sessões programadas) x100	$(3/3) \times 100 = 100\%$
Obter 50% de assiduidade	Taxa de assiduidade dos participantes (nº de pessoas presentes nas sessões/nº de participantes no projeto) x100	1ª sessão: $(6/10) \times 100 = 60\%$ 2ª sessão: $(8/10) \times 100 = 80\%$ 3ª sessão: $(10/10) \times 100 = 100\%$
Obter 80% dos participantes a considerar as sessões muito boas	Taxa de avaliação das sessões, segundo os participantes (3- muito boa, 2- razoável e 1- má) (nº de participantes a classificar com 3 as sessões/nº total de participantes a avaliar) x100	1ª sessão: $(6/6) \times 100 = 100\%$ 2ª sessão: $(8/8) \times 100 = 100\%$ 3ª sessão: $(10/10) \times 100 = 100\%$

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4. Indicadores de resultado, metas e avaliação.

META	INDICADORES DE RESULTADO	AVALIAÇÃO
Obter 5% de melhoria nos scores obtidos no QAI	Taxa de melhoria dos conhecimentos dos pais (nº total de respostas corretas no QAI/nº total de respostas) x100	Antes: $(458/550) \times 100 = 83\%$ Depois: $(499/550) \times 100 = 91\%$ Melhoria = $91 - 83 = 8\%$

Fonte: Elaboração própria.

Quanto à melhoria de scores, a percentagem definida inicialmente foi de 5%, de acordo com um estudo encontrado utilizando o mesmo questionário de avaliação, a taxa foi de 10% de melhoria (Alves, 2017), mas tendo em conta a baixa adesão dos pais a este tipo de projetos, segundo a Enfermeira Supervisora, indo ao encontro das entrevistas realizadas, decidi não elaborar um indicador tão ambicioso para a avaliação de resultado. No entanto, a melhoria verificada foi de 8%, superando assim a meta inicialmente definida.

Desta feita, a implementação do projeto de intervenção comunitária “PI.Come” foi amplamente conseguida. As sessões definidas inicialmente foram implementadas e tiveram

uma taxa de assiduidade acima do esperado, mostrando que existe interesse nesta temática. A taxa de satisfação manifestada por parte dos participantes também foi bastante positiva tendo tido a avaliação de “muito bom” por todos os participantes em todas as sessões.

Apesar dos resultados positivos, continua a revelar-se importante a intervenção comunitária nesta área, não só com este tipo de intervenções, mas também através de políticas e programas que promovam o aumento de conhecimentos sobre a saúde, de modo a sensibilizar a população para a importância do papel mais ativo na promoção da sua saúde. Concluindo, indivíduos com um nível de literacia em saúde adequado, tomam melhores decisões, levando a melhores indicadores de saúde do que em indivíduos com níveis mais baixos (Ferreira, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório constitui o encerramento de um capítulo, e o início de um novo. Contempla investimento pessoal, familiar e profissional, tendo produzido em mim uma grande mudança, quer pessoal, na forma de superação dos desafios com os quais me fui cruzando, quer na relação com os outros, na forma como os desafios colocados mudaram a minha relação com os que me rodeiam.

Este documento pretende ser o relato do que fiz, senti e refleti, durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EEECSOSP.

Ao refletir nos pontos que defini como objetivos e na sua concretização, constato que o referencial teórico de Pender Murdaugh e Parsons (2015) escolhido para me orientar, vai ao encontro do regulamento Competências comuns do EE (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro), bem como das Competências específicas do EEECSOSP (Regulamento Nº428/2018 de 16 de julho).

Estruturalmente o relatório inicia-se pela caracterização dos locais de ensino clínico aos quais me propus, descrevendo o percurso realizado, tendo sido atingido o primeiro objetivo a que me propus. Segue-se com a descrição dos modelos e conceitos de enfermagem, e uma análise crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EE e EEECSOSP, o que deu resposta aos objetivos 2, 3 e 4. Por fim, a descrição do desenvolvimento de um PIC, com base no Planeamento em Saúde, tendo sido atingido o objetivo 5.

Dos locais de ensino clínico, destaco as oportunidades de trabalhar no “terreno”, e a partilha e reflexão sobre os problemas e necessidades que foram surgindo nas populações e comunidades às quais dão resposta. Os últimos 3 anos foram especialmente desafiante no que à Saúde Comunitária e Pública diz respeito, pois a emergência de resposta a uma pandemia, deixou “despida” de cuidados comunidades vulneráveis que já o eram antes de todo o cenário causado pela COVID-19.

A intervenção, a nível comunitário, de um EEECSOSP, eleva os CSP a um patamar superior, o qual até então, talvez pela falta de visibilidade, tinha estado escondido aos olhos do público geral. Senti na pele, a descredibilização dada a um EEECSOSP, quando partilhei com alguns colegas que pretendia realizar este percurso como EE nesta área. Mas foram estes

profissionais de ao longo destes três anos, estiveram na frente de batalha da pandemia COVID-19, não pela intervenção de cura na doença, mas pelo trabalho e capacidade demonstrados na gestão de cuidados e recursos, numa pequena janela de tempo. O EEECSOSP, detém uma elevada capacidade de gestão de programas e projetos na área Comunitária e de Saúde Pública, comprovado pelo excelente desempenho demonstrado, não só durante o período pandémico, como já referido, mas também na articulação entre dados populacionais e necessidades demonstradas nas populações vulneráveis às quais dá resposta.

Quanto ao processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EE e EEECSOSP, foi baseado numa análise crítico-reflexiva das intervenções realizadas, bem como das competências em si mesmas e do modo como as vivi e interiorizei. O modelo teórico de Pender, Murdaugh e Parsons (2015) adquire significado quando vivido e experienciado. A experiência ganha sentido quando escrita e refletida. Ao longo de todo este percurso, fui-me tornando EEECSOSP, na medida em que mobilizava competências para a realização das intervenções, nomeadamente, no desenvolvimento e implementação do “PI.Come”. Todas as fases do processo do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação, através da aplicação dos instrumentos de recolha de informação, até à etapa de avaliação, constituem um esforço de construção diário, mas que me permitiu “crescer”, não só como EEECSOSP, mas também como pessoa.

No que toca ao PI.Come, verificou-se um aumento dos conhecimentos dos pais sobre a alimentação infantil, o que reforça a importância de desenvolver projetos na área da promoção de saúde através do aumento de conhecimentos. A forma como o projeto foi desenhado, permite que seja replicado por outros colegas, quer nesta UCC, quer em outras do país. A intervenção em grupos de pequena dimensão, com características mais específicas, permite uma melhor efetividade dos resultados, uma vez que os cuidados serão mais personalizados, ainda que realizados em contexto de grupo. O contexto de UCC revelou-se um ambiente favorável a este tipo de intervenção, uma vez que permitiu uma maior confidencialidade e menor exposição dos participantes, ao contrário do ambiente escolar por exemplo, onde as crianças e pais se sentiriam mais expostas, levando à provável não adesão deste tipo de ações, como foi relatado pelos informantes-chave. O PI.Come, reforça a importância do EEECSOSP como promotor da saúde, não só pela visão comunitária que detém, mas também pela capacidade de adaptar os cuidados tendo em conta particularidades

individuais de cada pessoa. A operacionalização do PI.Come, resultou da articulação entre USP e UCC, traduzindo que a teoria é possível na prática. A implementação do PI.Come, reforça o saber do EEECSOSP, visto consegue dar resposta a um problema de saúde pública com operacionalização comunitária.

A elaboração do PIC constituiu-se um desafio, não só pelo seu cariz académico e de rigor, mas sobretudo pela aprendizagem profissional e pessoal a que o mesmo conduziu. Ter de lidar com as limitações que vão surgindo, reorganizações e adaptações constantes, para atingir os objetivos propostos, contribuiu em grande parte para o desenvolvimento de competências como EEECSOSP.

Quanto aos objetivos gerais, estes foram atingidos. Destaco a importância dos Enfermeiros supervisores, que me acompanharam nos diferentes contextos, e da Professora orientadora para esta conquista, bem como dos pais alvo de intervenção através do projeto implementado.

Quanto às minhas inquietações iniciais: Como posso fazer a diferença na promoção da saúde de comunidades, prevenindo a obesidade? Conseguirei acrescentar algo útil à prática? Em que moldes e qual a sustentação científica em que poderei fazê-lo? Percebo agora que posso fazer a diferença para uma comunidade que apresenta algum tipo de vulnerabilidade, desenvolvendo alteração de comportamentos, através da promoção de conhecimentos promovendo saúde. A prática baseada na evidência, dá suporte a toda a intervenção e visibilidade, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina.

Tendo iniciado o meu percurso profissional há cerca de 12 anos, nunca estando em contacto direto com os CSP, iniciar este percurso académico alargou os meus horizontes, possibilitando a perceção das inúmeras oportunidades que existem no contexto comunitário para a atuação do EEECSOSP. Este percurso contribuiu para que me tornasse uma enfermeira mais focada no desenvolvimento profissional e mais autónoma, orientando as aprendizagens de acordo as necessidades e prioridades. A nível profissional, sinto-me mais capacitada e empoderada para demonstrar sobretudo aos meus colegas e às pessoas que se cruzam no meu caminho, que a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública vai muito além dos números e do trabalho efetuado dentro das Unidades de saúde.

Como implicações para a prática de enfermagem, e tendo por base o percurso que realizei, saliento que, uma estreita relação entre as USP e as UCC é uma mais-valia para a elaboração de diagnósticos de saúde de uma população e consequente intervenção. Através destes diagnósticos poderão surgir projetos com vista à promoção da saúde, como é o caso do PI. Come, trazendo benefícios, não só porque fornecem ferramentas às populações no sentido de as ajudarem a tomar melhores decisões sobre a sua saúde, mas também pela possibilidade de serem replicados em diferentes grupos, rentabilizando recursos.

Torna-se importante reforçar a necessidade no aumento de recursos, nomeadamente, de profissionais direcionados para o trabalho na comunidade, quer sejam EEECS CSP quer sejam de outras áreas de especialidade, aumentando, deste modo, o acesso de todos à saúde, permitindo uma maior proximidade e personalização de cuidados.

Por fim, e para sustentar toda a prática, esta deverá ser baseada na evidência dando “força” à enfermagem enquanto disciplina permitindo uma evolução contínua.

O EEECS CSP é o profissional que vive de perto com as pessoas, conhece os seus problemas e necessidades e consegue, com o conhecimento que tem, capacitar as comunidades, em qualquer contexto, com vista a potencializar os ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. República Portuguesa. Disponível em https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2018). Perfil Local de saúde. Disponível em https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/04/PeLS2018_A25_BM.pdf
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2019). Relatório de Atividades 2019. Coimbra. Disponível em <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/12/Relatorio-de-Atividades-2019.pdf>
- Alves, S. (2017). Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade nas Crianças dos 2 aos 5 anos - Papel da Família. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18968>
- Aparício, G. (2016). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 38, páginas 283–298. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8263>
- Comité Português para a UNICEF. (2019) Convenção sobre os direitos da criança e Protocolos Facultativos. Disponível em https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Edições 70. São Paulo. ISBN: 978-972-44-1506-2
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2022). Ministério da Saúde. Consultado a 10 de outubro de 2022. Disponível em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx>
- Borges, N. (2011). Determinantes da epidemia mundial da obesidade. *Cadernos De Saúde*, 4, páginas 11-13. Disponível em <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2011.3027>
- Cheng, H. et al. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing*, 19. DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2013). Custos e preços na saúde: passado, presente e futuro. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/custos-e-pre%C3%A7os-na-sa%C3%BAde-passado-presente-e-futuro>
- Costa, M., Nunes, M., Duarte, J., Pereira, A. (2012) Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem de Referência*, III série (6), páginas 55- 68. DOI <https://doi.org/10.12707/RIII1158>
- Coutinho, C. P. (2015). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2.ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Referencial de educação para a saúde. Lisboa. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

- Eli, K. et al. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. *BMC Public Health*, 22. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8>
- Direção Geral da Saúde. (2023, 01 22). Consulta do Viajante. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/servico/consulta-do-viajante/>
- Ferreira, M. (2022). Literacia em saúde, bem-estar e consumos em estudantes universitários: efeitos da pandemia? Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/39695/1/203130669.pdf>
- Henriksson, H. et al. (2020). MINISTOP 2.0: a smartphone app integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviours and prevent obesity in preschool-aged children: protocol for a hybrid design effectiveness-implementation study. *BMC Public Health*, 20. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09808-w>
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. 3.ª Ed. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2022). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <https://www.ine.pt>
- LEI NO 56/79 DE 15 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS. Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. Acedido em 15 jan. 2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>
- LEI NO 156/2015 DE 16 DE SETEMBRO. (2015). Procede ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando - o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1ª Série-A, Nº181 (15-09-16), 8059-8145. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa. Lidel. ISBN 978-989-752-477-6
- Mendonça, M. (2020). Determinantes do comportamento alimentar infantil: o papel dos pais, dos pares e dos media. Faculdade de ciências da nutrição e alimentação da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128179/2/411166.pdf>
- Miguel, L., Brito de Sá, A. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Nalha, M. (2013). Enfermagem comunitária em contexto escolar: Sexualidade na Adolescência. Disponível em <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1253/1/Enfermagem%20comunitaria%20em%20contexto%20escolar....pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1948). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/>
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Health promotion glossary. Gêneva. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- Pender, N. (2011). Health Promotion Model - Manual. Disponível em https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2015). Health Promotion in Nursing Practice. (7th Edition). New Jersey: Pearson. ISBN: 978-0133108767

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-84-3

Ramos, D. (2021). A promoção da saúde da criança e família enquanto intervenção do enfermeiro especialista. Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36828/1/202947467.pdf>

REGULAMENTO Nº 743/2019 DE 25 DE SETEMBRO DE 2019 DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento para a norma de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II. Acedido em 20 de julho de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

REGULAMENTO N.º 348/2015 DE 16 DE SETEMBRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, série II, N.º 118, 16481- 16486 (2015). Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf#:~:text=Regulamento%20n.%C2%BA%20348%2F2015%20Regulamento%20dos%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade,Especializados%20em%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria%20e%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica>

REGULAMENTO Nº140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, série II, nº26, 4745-4750 (2019). Acedido em 30 de junho 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

REGULAMENTO Nº428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, série II, nº135, 1954- 1959 (2018). Acedido em 30 de junho de 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ríos-Castillo, I. et al. (2020). A shortterm food and nutritional education pilot intervention for prevention of overweight among school-age children in Panama. Revista Chilena de Nutrición, 47(5), páginas 713-723. Disponível em <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000500713>

Rodrigues, F. (2012). Relatório de estágio intervenção na comunidade. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15003/1/ESSTFC467.pdf>

Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde, Cadernos de Formação. 2.ª ed. Lisboa

Victor, J., Lopes, M., Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem, 18, páginas 235-240. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>

Westergren, T et al. (2021). Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study. BMC Public Health, 21. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096>

ANEXOS

Anexo I- Resposta ao pedido de parecer da comissão de ética da ARSC

Resposta ao pedido de parecer da comissão de ética da ARSC

Exmo(a). Senhor(a)
Dr(a). Ana Rita Rainho

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se envia em anexo, o parecer emitido pela Comissão de Ética, a um pedido/ressubmissão formulado por V.Exa. e devidamente homologado pelo Conselho Diretivo desta ARS Centro.

Com os melhores cumprimentos

Secretariado da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Atesa do conhecimento e deliberação homologar o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 11.11.2022 Conselho Diretivo c/ A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO:	109/2022 - "PlCome - Projeto de intervenção Comunitária dirigido aos pais de crianças com excesso de peso/obesidade." <i>[Assinatura]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,
-----------------	---

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

[Assinatura]
Dr. Mário Neves
Vice,

Autor principal/afiliação institucional: Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.	<i>[Assinatura]</i> Dr. Jeronimo Cruz Vice,
--	---

Anexo II - Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil (QAI) de
Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)

Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)

O Questionário de Alimentação Infantil (QAI) é um instrumento a ser aplicado a Pais de crianças em idade pré-escolar e que pretende identificar os conhecimentos destes sobre alimentação infantil.

A sua construção baseou-se numa revisão da literatura, e teve como base as recomendações de fontes científicas, nomeadamente de Portugal, Direcção Geral da Saúde, (2005); WHO, (2009); EUFIC, (2005); Portugal, Direcção Geral da Saúde, Plataforma contra a obesidade, (2009); Birch, (1998; 2001).

As afirmações construídas abordam aspectos como: características dos alimentos/grupos alimentares com implicações para a saúde (positivas e negativas); comportamentos que medeiam as regras para as práticas alimentares diárias; atitudes fundamentadas em crenças alimentares culturais e familiares; conhecimentos nutricionais básicos que norteiam o quotidiano das pessoas para utilização dos diversos grupos alimentares.

Na fase de construção e de forma a ser validada a clareza e compreensão das afirmações, o questionário foi submetido a pré-teste numa amostra de 20 Pais de crianças em idade pré-escolar, tendo sofrido alguns ajustes nos termos, de forma a clarificar a sua compreensão. Para evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem conceitos positivos e outras, negativos.

A pontuação varia entre (0) e (1);

(1) significa que a resposta é dada no sentido correcto. (i.e. indicando conhecimentos adequados sobre a alimentação infantil). Às respostas incorrectas é atribuído 0. (i.e. indicando conhecimentos incorrectos sobre a alimentação infantil).

Nos seguintes itens, Falso é a resposta correcta e como tal pontuado em (1): 1, 4, 7, 9, 10, 13, 19, 21, 23, 31, 36, 38, 43, 44, 49, 53, 55, nas restantes, a resposta correcta corresponde a Verdadeiro.

O Score total, obtido pela soma de todas as respostas assinaladas no sentido correcto, varia entre 0 a 55. Quanto maior o Score de pontuação total, melhor o conhecimento dos pais em alimentação infantil.

O Questionário inicial (versão experimental) integrava 60 afirmações dicotómicas (Verdadeiro/ Falso), sendo solicitado aos Pais que assinalassem com um ξ a afirmação que correspondesse àquilo que faz, pensa e sabe, relativamente à alimentação do filho(a). Pelos procedimentos efectuados para a sua validação (análise factorial e consistência interna) foram eliminados 5 itens do QAI (21, 56, 31, 45 e 54), ficando a versão final com 55 questões que foram enumeradas segundo a sua sequência e obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,942.

A análise factorial permitiu a organização dos itens por quatro factores aos quais foram atribuídos os seguintes significados: factor 1 designado de Alimentação e Saúde satura em 22 itens (14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55), explicando 16,20% da variância total. O factor 2 que nomeámos de Regras Alimentares, é constituído por 13 itens, (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20 e 22), explicando 9,72% da variância total. O factor 3 designado por Crenças Alimentares Familiares é composto por 9 itens, (1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31 e 43) e explica 6,91% da variância total. O factor 4, intitulado de Variedade/diversidade no Padrão Alimentar é composto por 11 itens (6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39), explicando 6,75% da variância total.

Os valores de Alfa de Cronbach obtidos nos 4 factores revelaram boa consistência interna dos itens que constituem o QAI e boa concordância entre os enunciados ao apresentarem valores superiores a 0,70.

A classificação do nível de conhecimentos sobre Alimentação Infantil foi efectuada através de grupos de corte para cada factor, tendo por base a fórmula (Média \pm 0.25dp) preconizada por Pestana e Gageiro (2004)

Questionário de Alimentação Infantil (QAI)

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).		
Afirmações	Verdadeiro	Falso
1. A alimentação da criança não precisa ser variada		
2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3. Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4. O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
9. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
11. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
12. Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal		
13. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15. A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16. Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana		
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19. Incluir 3-4 vezes por semana bolicão ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20. As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23. Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25. É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29. A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30. Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por "fast food"		
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		
33. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		
39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
41. A actividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente activas		
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente activas		
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos(as)		
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confecção das refeições em casa		
48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos(as) comem no refeitório da escola		
52. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

Anexo III – Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)

**Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil (QAI) de
Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)**

Olá Ana Rita!

Obrigada pelo seu contacto, e pelo interesse na utilização do Questionário de Alimentação Infantil (QAI).

Terei todo o gosto em disponibilizá-lo para utilizar no seu projeto de intervenção comunitária.

Em anexo segue a autorização formal, onde são solicitadas algumas condições para o seu uso e um documento com parte dos resultados do estudo de validação, que eventualmente lhe poderá ser útil.

Estarei disponível para algum esclarecimento adicional, que considere necessário.

Desejos de muito sucesso no seu processo de formação especializada!!

Atenciosamente

Graça Aparício (PhD)

APÊNDICES

Apêndice I - Guião de entrevista e consentimento informado

Guião de Entrevista

O meu nome é Ana Rita Rainho, sou enfermeira e mestranda do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Leiria. No âmbito do Estágio de Saúde Comunitária e Saúde Pública II e relatório, a decorrer na USP Baixo Mondego – Pólo da Figueira da Foz, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área da promoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças e respetivas famílias. Para que tal seja possível, solicito a sua colaboração nesta entrevista, no sentido de fornecer alguns dados que considero pertinentes no âmbito das suas funções, enquanto enfermeira especialista.

Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista, isso será imediatamente respeitado. Os dados recolhidos através de gravação áudio, serão devidamente tratados e serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas, mantendo o sigilo e o anonimato. Solicito que, após se considerar devidamente informada, assinie este documento dando o seu consentimento. Esta entrevista terá aproximadamente a duração de 15 minutos.

Questões:

- 1. Fale-me da sua experiência na abordagem a crianças com excesso de peso/obesidade (em idade escolar)?**
- 2. Da sua experiência, que estratégias utiliza na abordagem a estas crianças?**
- 3. Já sentiu dificuldades nessa abordagem?**
- 4. Se sim, que dificuldades sentiu? Se possível relate um episódio.**
- 5. Se não sentiu dificuldades, imagina quais poderia sentir?**
- 6. Pensando num projeto de intervenção com estas crianças, o que para si seria essencial? Quais os profissionais a incluir?**

Entrevistado (Informante chave): _____

Data: _____ Local: _____

Apêndice II - Análise de conteúdo das entrevistas

QUESTÕES	UNIDADES DE REGISTO	CATEGORIA	TEMA
<p>Fale-me da sua experiência na abordagem a crianças com excesso de peso/obesidade (em idade escolar)?</p>	<p>E1 normalmente faço uma abordagem aos pais porque nessa idade não dá para ser a criança a ser o alvo</p> <p>E1 foco-me nos gostos deles e tento fazer um plano conjunto</p> <p>E1 situações mesmo já de obesidade (...) encaminho sempre para a nutricionista</p> <p>E1 às vezes só de adaptar hábitos e tentar adaptar os hábitos da família toda</p> <p>E1 Alimentação, ingestão de água, que eles muitas vezes não fazem, e o exercício físico que são os três pontos fundamentais</p> <p>E2 no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil</p> <p>E2 indicadores peso e altura</p> <p>E2 conhecimento dos pais, acompanhar as crianças desde a nascença, conhecer os pais e o padrão alimentar, e o estilo de vida dos pais e ir orientando</p> <p>E3 a USP faz parceria, num projeto internacional, chamado COSI</p> <p>E3 Fazemos algumas formações, nesta área, nas escolas</p> <p>E3 temos um projeto com os jardins de infância, e quem trabalha esta área é a nossa nutricionista</p> <p>E4 a minha experiência enquanto enfermeira de saúde escolar tem a ver com as sessões de educação para a saúde que eu faço nas escolas</p>	<p>ABORDAR OS PAIS</p> <p>PLANO CONJUNTO</p> <p>ENCAMINHAR PARA NUTRICIONISTA</p> <p>ADAPTAR HÁBITOS</p> <p>PARCERIAS</p> <p>FORMAÇÕES</p> <p>SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p> <p>COMPETÊNCIAS PARENTAIS</p>	<p>EXPERIÊNCIA</p>

	<p>E4 E quando nós fazemos as questões sobre a alimentação eles são fantásticos, todos respondem “sim eu como legumes, sim eu como fruta, “, só coisas boas...Mas depois vamos ver na hora do recreio, e o que é que a gente vê lá?! Nada disso...E depois também vemos aqueles meninos com excesso de peso</p> <p>E5 As crianças têm mudado a nível daquilo que são os comportamentos</p> <p>E5 são elas a fazer as escolhas, daquilo que consomem</p> <p>E5 crianças a portarem-se pior nas consultas, a responderem mal aos pais (...) nem querer voltar à consulta</p> <p>E5 não conseguem dizer que não às vontades das crianças</p>		
<p>Da sua experiência, que estratégias utiliza na abordagem a estas crianças?</p>	<p>E1 pergunto sempre como é que é os hábitos deles (...) e tento ir corrigindo aquilo que eu vejo que é errado ou que não está assim tão bem</p> <p>E1 às vezes os pais costumam educar para os avós deseducarem</p> <p>E2 como enfermeira de família eu acompanho famílias</p> <p>E2 conhecendo as famílias, consigo perceber que alguns dos problemas passam pelo prato, pelo que se come, pelo padrão alimentar da família, pelo exercício físico ou falta dele, pelos hábitos</p> <p>E3 Estratégias que eu mais gosto de utilizar, porque também trabalho faixas etárias mais baixas, por norma são jogos pedagógicos (...) a aprendizagem é mais do que com aquele método meramente expositivo</p>	<p>HÁBITOS</p> <p>EDUCAÇÃO</p> <p>FAMÍLIA</p> <p>JOGOS PEDAGÓGICOS</p> <p>TRABALHAR A COMUNIDADE EDUCATIVA</p> <p>ESTILOS DE VIDA</p>	<p>EXPERIÊNCIA</p> <p>ESTRATÉGIAS</p>

	<p>E3 Neste projeto que temos agora, trabalhamos as crianças, trabalhamos os educadores de infância e trabalhamos os pais</p> <p>E4 fazemos uma abordagem sobre estilos de vida saudáveis em que falamos da alimentação, da higiene do sono, falamos sobre exercício físico</p> <p>E5 mudança de comportamento dos pais relativamente à criança, perceber que a criança é uma criança e que para estar equilibrada tem de ter regra</p> <p>E5 pais a fazerem as escolhas mais acertadas e não as crianças a impor</p> <p>E5 mudar hábitos</p>		
<p>Já sentiu dificuldades nessa abordagem?</p> <p>Se sim, que dificuldades sentiu? Se possível relate um episódio.</p> <p>Se não sentiu dificuldades, imagina quais poderia sentir?</p>	<p>E1 As dificuldades passam por não haver suporte familiar, outras vezes também a própria agitação do dia-a-dia não permite que às vezes os pais cozinhem o que querem cozinhar</p> <p>E1 sinto é que muitas vezes não sou ouvida, porque há famílias mesmo muito difíceis de mudar hábitos</p> <p>E2 por exemplo, uma família de pais obesos, crianças obesas, em que é muito complicado explicar que não faz sentido, para nenhuma criança, beber leite com chocolate ao pequeno-almoço; que não faz sentido ter pacotes de batatas fritas na despensa</p> <p>E2 O padrão alimentar perpetuou-se. Sinto mais dificuldade na alteração de estilos de vida</p> <p>E2 hábitos pouco saudáveis nos pais e nos avós, perpetuam-se nas crianças e há mitos, há ideias pré-concebidas sobretudo nos avós, que são muito difíceis de mudar</p>	<p>MUDAR HÁBITOS</p> <p>ALTERAR ESTILOS DE VIDA</p> <p>SUORTE FAMILIAR</p> <p>STRESS DIA-A-DIA</p> <p>ALTERAÇÃO ESTILOS DE VIDA</p> <p>PADRÃO ALIMENTAR</p> <p>CONFLITO DE GERAÇÕES</p> <p>POUCA RECETIVIDADE</p> <p>FORMAÇÃO</p> <p>COMPETÊNCIAS PARENTAIS</p> <p>COMPORTAMENTOS</p>	<p>ABORDAGEM</p> <p>DIFICULDADES</p>

	<p>E3 Os pais são, dentro da comunidade terapêutica, são os mais difíceis de trabalhar</p> <p>E3 Quando tentamos fazer formações nessa área, os pais são muito pouco recetivos</p> <p>E3 os pais mais necessitados são os que não vão</p> <p>E4 Nós temos um projeto chamado “tertúlia para pais e educadores”, que é feito uma vez por ano, normalmente, no dia da família, em que todos os pais de todos os agrupamentos de escolas, são convocados, são convidados (...) mas normalmente não aparecem muitos paizinhos</p> <p>E4 A dificuldade é no chegar aos pais</p> <p>E5 crianças a serem mal-educadas, a responderem mal e quase a bater nos pais</p> <p>E5 tem de haver respeito</p> <p>E5 uma relação saudável entre progenitor e filho</p>		
<p>Pensando num projeto de intervenção com estas crianças/famílias, o que para si seria essencial? Quais os profissionais a incluir?</p>	<p>E1 Se fosse uma coisa em paralelo com a escola</p> <p>E1 às vezes fala-se que as Câmaras estão muito...e trabalhamos todos juntos, mas às vezes (...) a informação que trazem de uns sítios não vai ao encontro</p> <p>E1 Agora eu acho que era uma coisa que nós não podemos debitar uma informação e depois a própria docência não ir ao encontro dessa mesma</p> <p>E1 a nossa sociedade gosta muito de estar à mesa, de estar a comer, e isso são trabalhos que não</p>	<p>ESCOLA</p> <p>SOCIEDADE</p> <p>CULTURA</p> <p>PARCERIAS</p> <p>MULTIFATORIAL</p> <p>FAMÍLIAS</p> <p>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</p> <p>INDIVIDUALIDADE</p> <p>PARTICIPAÇÃO DOS PAIS</p>	<p>PROJETO INTERVENÇÃO</p>

	<p>conseguimos mudar isto de um dia para o outro</p> <p>E1 Eu só faço consulta, não existe nenhum projeto. Todos os casos (...) que sinalizo, depois encaminho para a URAP que há nutricionista.</p> <p>E2 Pensando em identificar junto das USF ou UCSP, famílias com este padrão e que quisessem integrar um projeto, quem quiser integrar esse projeto, as famílias que queiram integrar esse projeto, faria todo o sentido, que houvesse um projeto, e a obesidade é multifatorial</p> <p>E2 teria de ter um enfermeiro, um médico, um psicólogo, um nutricionista, alguém da área do desporto, ou da fisioterapia, que interviessem nas famílias</p> <p>E2 avaliando a família, se focassem naquilo que seria primordial para cada família, porque nem todas as famílias têm os mesmos problemas e nós, quando abordamos todos da mesma forma, alguns vão ficar de fora e não vão sentir que estão abarcados pelo que está a acontecer</p> <p>E2 O meio mais fácil de chegar a eles, seria junto das USF ou dos cuidados de saúde primários, que cada equipa identificasse famílias que quisessem integrar esse projeto e que houvesse um convite direcionado</p> <p>E2 aquela família só vai para esse projeto se encontrar ali alguma vantagem</p> <p>E3 Envolver os pais será sempre uma mais-valia, porque sabemos que efetivamente as crianças nesta idade não são elas que vão às compras,</p>	<p>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p> <p>EQUIPA MULTIPROFISSIONAL</p> <p>ESCASSEZ DE RECURSOS</p> <p>COMPORTAMENTOS</p>	
--	---	---	--

	<p>não são elas que confeccionam as refeições</p> <p>E3 seria uma boa opção tentarmos mobilizar os pais nesse sentido</p> <p>E3 Com profissionais de saúde, desde nutricionistas, enfermeiros, psicólogos</p> <p>E4 uma equipa multiprofissional é sempre bem-vinda, porque cada um tem a sua visão de determinada área</p> <p>E4 se fosse uma referência da unidade de saúde seria mais fácil que os pais aceitassem aquela participação, porque seria pelo médico ou enfermeira de família, não sei, talvez fosse mais eficaz</p> <p>E4 Fomos convidados pelos professores de educação física a fazer parte de projetos de avaliação das crianças, avaliavam peso, altura e por aí. Mas como somos escassos, nunca conseguimos dar resposta</p> <p>E5 todos os profissionais são importantes de serem envolvidos num projeto de mudança de comportamentos</p> <p>E5 a parte dos comportamentos é sempre importante trabalhar, trabalhar os pais, mas também as crianças</p>		
--	---	--	--

Apêndice III – Hierarquização das necessidades pelo Método Hanlon e boletim de
votos

HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PELO MÉTODO DE HANLON

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades. Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1992), sendo eles:

- A - Amplitude ou magnitude do problema;
- B - Gravidade do problema;
- E - Eficácia da solução {ou a vulnerabilidade do problema};
- D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Amplitude ou Magnitude do Problema: A amplitude calcula-se com base no número de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10.

Gravidade do Problema: A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1992). Cada fator em análise é ponderado na escala 0 a 10 sendo 0 nenhuma gravidade, 5 gravidade média e o de maior gravidade pontuado com 10.

Eficácia: A eficácia deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado: 0,5 - Difícil solução; 1 - Média solução; 1,5 - Fácil solução.

Exequibilidade: O critério da exequibilidade possui cinco componentes segundo Tavares (1992) são eles: Pertinência; Exequibilidade económica; Aceitabilidade; Recursos disponíveis; Legalidade. Os componentes propostos avaliados por ponderação de Sim = 1 e Não = 0.

Se no decorrer da avaliação o fator D = 0 então o problema é eliminado.

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se a respetiva rabela construída.

NECESSIDADE IDENTIFICADA	CRITÉRIOS DO MÉTODO					
	A MAGNITUDE	B GRAVIDADE	C EFICÁCIA	D EXEQUIBILIDADE	(A+B)CxD	P PRIORIZAÇÃO
Défice de conhecimentos dos pais sobre alimentação saudável						
Défice de competências parentais na aquisição de hábitos alimentares saudáveis;						
Baixa adesão dos pais a projetos de promoção de alimentação saudável						
Défice do conhecimento dos pais acerca dos comportamentos alimentares dos filhos						

A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) C \times D$ (Tavares, 1992). A ordenação dos problemas foi a seguinte, do mais votado para o menos votado:

1. Déficit de conhecimentos dos pais sobre alimentação saudável;
2. Déficit de competências parentais na aquisição de hábitos alimentares saudáveis;
3. Baixa adesão dos pais a projetos de promoção de alimentação saudável;
4. Déficit do conhecimento dos pais acerca dos comportamentos alimentares dos filhos

Apêndice IV - Pedido para autorização ao corpo clínico do ACES

Pedido para autorização ao corpo clínico do ACES

De: Rita Marques [REDACTED]

Para: Conselho Clínico e de Saúde [REDACTED]; [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto na UCC [REDACTED]

Exmo Sr. Diretor Executivo do [REDACTED]

Exmos Membros do Conselho Clínico e de Saúde do ACES [REDACTED]

Exmo Sr. Coordenador da UCC [REDACTED], [REDACTED]

O meu nome é Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, sou enfermeira e mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria. O Curso decorre sob a orientação da Professora Doutora Teresa Kraus, e da Professora Catarina Afonso, ambas do Politécnico de Leiria.

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito do curso supracitado, dirigido aos pais de crianças em idade pré-escolar, tendo em vista a promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças/famílias.

Pretendo utilizar o questionário de Alimentação Infantil (QAI), adaptada e validada por Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2012), o qual já foi solicitado pedido para a autorização do seu uso.

É minha intenção submeter o projeto à Comissão de Ética da ARS do Centro.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, o pedido de autorização para desenvolver este projeto, na UCC [REDACTED]

Pede deferimento.

Ana Rita Rainho

Apêndice V - Pedido de parecer à Comissão de Ética da ARSC

Pedido de parecer à Comissão de Ética da ARSC

[REDACTED]

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP,

Eu, Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho venho por este meio submeter o formulário para pedido de apreciação sobre o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária no decorrer do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria.

Grata desde já pela atenção dispensada.

Atenciosamente,

Ana Rita Rainho

Apêndice VI – *Scoping Review*

SCOPING REVIEW

RESUMO

Enquadramento: Ao nível mundial, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, principalmente nos países onde a transição nutricional é mais evidente. No entanto, as intervenções dirigidas a famílias e crianças com excesso de peso, parecem não ter efetividade no que toca à mudança de comportamentos que levam a este problema de saúde pública.

Numa perspetiva de tentar encontrar soluções para esta problemática, procedeu-se a uma *Scoping Review* de modo a fundamentar as práticas com base na evidência científica.

Metodologia: Realizar uma *Scoping Review* com o objetivo de conhecer quais as intervenções de enfermagem dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso/obesidade, em contexto comunitário.

Conclusões: Esta revisão dá ênfase à necessidade de intervenção na área comunitária, como forma de aumentar a literacia dos pais nesta área de modo a prevenir esta problemática.

Palavras-chave: enfermagem, pais, cuidados de saúde primários, obesidade infantil

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao nível mundial, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, principalmente nos países onde a transição nutricional é mais evidente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021).

O relatório de obesidade 2022 publicado pela OMS (*European Regional Obesity Report 2022*) destaca que a prevenção e controlo da obesidade deve centrar-se numa estratégia de prevenção ao longo do ciclo de vida, dirigida para fases do ciclo de vida de maior vulnerabilidade como a pré-conceção, gravidez, infância e adolescência, bem como na modificação dos ambientes que potenciam comportamentos menos saudáveis.

Os primeiros anos de vida da criança são tidos como uma janela de oportunidade para garantir um crescimento e desenvolvimento adequado, visto que os comportamentos e hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a manter-se na vida adulta (Mendonça, 2020).

O excesso de peso, onde se inclui a obesidade, demonstra ser o maior problema de saúde pública em idade pediátrica atualmente (DGS, 2017).

Dados recentes, onde se avaliaram as tendências mundiais desde 1975 a 2019, mostram que, muito embora se verifique estabilização e até alguma inversão da prevalência de obesidade infantil nos países de elevado rendimento, o risco é maior nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (*NCD Risk Factor Collaboration [NCD-RisC]*, 2020).

Neste momento, a nível europeu, 59% da população adulta apresenta excesso de peso e, 1 em cada 3 crianças em idade escolar tem excesso de peso ou obesidade, um panorama que poderá ter sido agravado pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19 que poderão ter conduzido a inadequados hábitos alimentares e de atividade física (OMS, 2022).

Os países da Europa Central e de Leste têm vindo a apresentar menores prevalências de excesso de peso e obesidade comparativamente com aqueles da bacia mediterrânica, onde Portugal se inclui, sendo um dos cinco países da região europeia com maior prevalência de obesidade infantil (NCD-RisC, 2020).

A conjugação de uma ingestão alimentar de baixa qualidade com a reduzida prática de atividade física, contribui para a elevada prevalência da obesidade e doenças associadas, assim como as crescentes desigualdades socioeconómicas associadas (DGS, 2017).

De acordo com o estudo *Global Burden of Disease (GBD)*, em 2017, os hábitos alimentares inadequados da população portuguesa, foram o terceiro fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, nomeadamente, devido a doenças metabólicas (DGS, 2019).

Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 12% obesidade, sendo ambas as condições mais prevalentes nos rapazes do que nas raparigas (DGS, 2022).

Entre 2008 e 2019, Portugal tem vindo a apresentar, de forma consistente, uma tendência invertida da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil (INSA, 2019).

O PNSIJ indica a alimentação como um dos cuidados antecipatórios na idade pré-escolar e escolar, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro, nomeadamente na importância de

restringir os alimentos açucarados, fritos, gorduras, refrigerantes e reforçar a necessidade das refeições como o pequeno-almoço e o lanche a meio da manhã (DGS, 2013).

Desde há muito que os enfermeiros, sobretudo, os de Cuidados de Saúde Primários, desenvolvem projetos de saúde junto da população, com vista à promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis, podendo estes estar ou não integrados nos programas nacionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No entanto, as intervenções centradas na escola, como a promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis, a distribuição de fruta e legumes e o fornecimento de refeições equilibradas só resultará se for aliada à práxis familiar, seja pela prática de atividades físicas em família, seja por alimentação equilibrada que modelem o comportamento das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde (PALS) 2019-2021, “a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal”.

No que toca à população portuguesa, 5 em cada 10 pessoas, tem níveis reduzidos de literacia em saúde e, comparando com os países participantes no Health literacy Survey EU (2014), é o país que apresenta a menor percentagem e pessoas com nível excelente de literacia em saúde com 8,6% (DGS, 2018). No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%) (DGS, 2018).

Uma das áreas prioritárias e objetivos do PALS é a adoção de estilos de vida saudáveis, capacitando os pais e cuidadores para diferentes áreas prioritárias como é o caso da alimentação e atividade física (DGS, 2018).

Numa perspetiva de tentar encontrar soluções para esta problemática da obesidade infantil, aliada aos baixos níveis de literacia em saúde, procedeu-se a uma *Scoping Review* de modo a fundamentar as práticas com base na evidência científica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para dar resposta aos objetivos definidos, segue-se a realização da *Scoping Review* de forma mapear a amplitude de evidência disponível da temática em questão, sintetizar e incorporar resultados de estudos significativos na prática, usando diferentes metodologias de forma a aprofundar o tema escolhido (Amendoeira, 2021).

Para a elaboração desta revisão elaborou-se a seguinte pergunta de investigação:

“Quais as intervenções de Enfermagem, dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário?”

Os objetivos para esta revisão são:

- Identificar as intervenções de Enfermagem, dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário;
- Descrever as intervenções de Enfermagem, dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, em contexto comunitário.

PALAVRAS-CHAVE E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

As palavras-chave, ou descritores foram selecionados a partir da pergunta, após confirmação na plataforma DeCs e MeSH.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três fases. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa através das palavras-chave, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, individualmente.

Procedeu-se à seleção e à validação dos descritores e, alinhados com a questão de investigação, originaram a seguinte equação booleana: (Nurs*) AND (parent*) AND (pediatric obesity) AND (primary health care)

Deste modo, foi desenvolvida a seguinte mnemónica PCC:

P – Participantes: pais de crianças com idade entre os 2 e os 6 anos;

C – Conceitos: enfermagem, obesidade infantil;

C – Contexto: cuidados de saúde primários.

Tabela 1. Descritores desh/mesh e palavras-chave

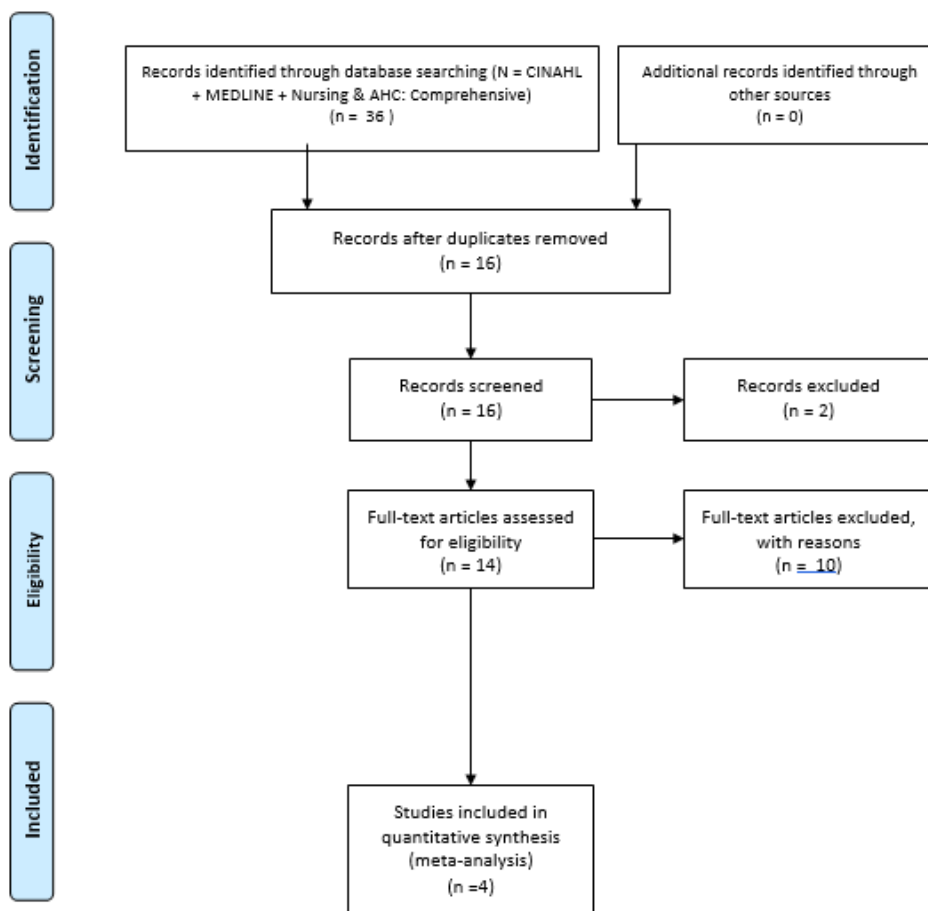
		Termos desh/mesh	Palavras-chave
P	Participantes	Parents /pais	Parent*
C	Conceitos	Obesidade infantil/pediatric obesity	Pediatric obesity
		Enfermagem/nurse/nursing	Nurs*
C	Contexto	Cuidados de saúde primários/ primary health care	Primary health care

Como critérios de inclusão foram considerados os estudos no âmbito dos cuidados de saúde primários e como participantes pais de crianças com idades entre os 2 a 6 anos que apresentassem excesso de peso e/ou obesidade ou estudos que incluam enfermeiros que trabalhem diretamente com os pais. São critérios de exclusão, artigos cujos participantes não tenham idade igual ou superior a 18 anos e estudos que não apresentem texto integral disponível. Foi feita limitação temporal de pesquisa entre 2012 e 2022.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Tendo sido realizada a seleção de artigos, através dos critérios de inclusão no título, posteriormente, foi realizada uma leitura integral do resumo e, por fim, procedeu-se à leitura integral do artigo completo. Através do diagrama apresentado de seguida (Diagrama 1), foi possível realizar o processo de seleção de uma forma mais coordenada e detalhada.

Diagrama 1. Fluxograma PRISMA. (PRISMA 2009 Diagram Flow)



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

No total da pesquisa realizada foram identificados 36 artigos.

Na primeira etapa procedeu-se à exclusão de artigos repetidos das diferentes bases de dados utilizadas, tendo sido apurados um total de 16 artigos. Na segunda etapa, procedeu-se à leitura do título e resumo, selecionando-se os relevantes para a problemática em estudo, resultando um total de 14 artigos. Após leitura do texto integral, resultaram 4 artigos que respondiam aos critérios de pesquisa

RESULTADOS

Os resultados dos artigos incluídos nesta Revisão Integrativa de Literatura são agora apresentados em forma de tabela de forma a sintetizar da melhor forma os mesmos.

Tabela 2. Resultados dos artigos selecionados

Estudo	Nível de evidência	Método	Participantes	Objetivos	Resultados
<p>Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study</p> <p>Westergren <i>et al</i> (2021, Noruega)</p>	IV	Estudo de método misto; Focus group	676 crianças com idades entre 2 - 6 anos pertencentes a 5 centros de saúde do norte da Noruega	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto do controlo de altura/peso, dieta e aconselhamento parental sobre hábitos saudáveis no excesso de peso/obesidade em crianças de 2 a 7 anos. - Explorar as experiências dos enfermeiros de saúde pública com este programa. 	<p>O valor de IMC desceu nas crianças com excesso de peso durante os 2 anos de início do módulo; Os Enfermeiros de Saúde Pública consideram necessária a colaboração de profissionais especializados nesta área da obesidade para implementação do programa. Consideram também que este módulo fornece novas ferramentas para o trabalho com as famílias com crianças com excesso de peso/obesidade.</p>
<p>Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project</p> <p>Eli <i>et al</i> (2022) Suécia</p>	IV	Método qualitativo, com entrevista semiestruturada, com análise de conteúdo por temática	17 pais (12 mães e 5 pais) de crianças com idades entre os 3-6 anos, com excesso de peso/obesidade	Explorar as experiências de pais com filhos em idade pré-escolar com excesso de peso/obesidade	<p>As conversas com enfermeiras de cuidados de saúde primários sobre o peso das crianças, foram úteis, pois encorajaram os pais a adotar mudanças positivas no estilo de vida. Conversas utilizando linguagem empática convidam os pais a refletir acerca da situação dos seus filhos, sentindo-se mais apoiados e capacitados. Revelou grande importância em fornecer aos profissionais de saúde de ferramentas de comunicação com foco no excesso de peso/obesidade infantil.</p>
<p>Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them</p> <p>Cheng <i>et al</i> (2020, Austrália)</p>	IV	Entrevista semiestruturada	90 enfermeiros de família	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores que influenciam as práticas de prevenção da obesidade infantil dos Enfermeiros de família; - Identificar fatores que auxiliem na promoção do crescimento infantil saudável. - Explorar como os enfermeiros de família abordam, durante as consultas de rotina, 	<p>Os Enfermeiros de família frequentemente abordam a questão da amamentação e da introdução alimentar, mas por outro lado, raramente abordam formulas para a promoção de um regime alimentar saudável e prática de exercício físico. Apesar de avaliarem frequentemente o IMC das crianças, as enfermeiras não usam tabelas de percentis</p>

				<p>as práticas de alimentação infantil, alimentação saudável, brincadeiras ativas e limitação do comportamento sedentário.</p>	<p>para identificar as crianças com risco de excesso de peso/obesidade. As enfermeiras identificaram várias barreiras para o ganho de peso saudável nas crianças: uma delas foi o fato de os pais não reconhecerem que os seus filhos têm excesso de peso/obesidade; a motivação para a alteração de dieta ou estilos de vida; fatores socioeconómicos(custo da alimentação saudável); crenças e atitudes no que toca à obesidade infantil. As Enfermeiras demonstram a necessidade de mais formação sobretudo no que toca a técnicas para mudança de comportamento e estilos de vida junto dos pais e famílias. Os recursos usados devem ter em conta a multiculturalidade e acessibilidade das famílias. Os recursos devem destacar os efeitos na saúde do excesso de peso/obesidade infantil e enfatizar os benefícios da amamentação, alimentação com fórmula adequada, introdução alimentar, atividade física e limitação do uso da TV.</p>
<p>MINISTOP 2.0: a smartphone app integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviours and prevent obesity in preschool-aged children: protocol for a hybrid design effectiveness-implementation study</p> <p>Henriksson et al (Suécia, 2020)</p>	IV	<p>Estudo randomizado Grupo de intervenção (n=250) e grupo de controlo(n=250)</p>	<p>500 famílias que frequentam a consulta de rotina dos 2,5 e os 3 anos, nos centros de saúde da Suécia.</p>	<p>- Avaliar se um aplicativo de saúde móvel orientado para os pais, integrado nos Cuidados de saúde primários pode melhorar a dieta e comportamentos de atividade física e reduzir a prevalência de excesso de peso/obesidade em crianças em idade pré-escolar.</p>	<p>O aplicativo tem potencial para ser implementado, pois apresenta-se como uma ferramenta auxiliar aos profissionais dos Cuidados de saúde primários para promover uma dieta e comportamentos saudáveis e prevenir a obesidade, bem como diminuir as desigualdades na saúde em idade pré-escolar.</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos referidos artigos permitiu sintetizar algumas intervenções de enfermagem dirigidas aos pais de crianças dos 2-6 anos relativamente ao excesso de peso e/ou obesidade, nomeadamente:

- Consultas de rotina que englobam avaliação antropométrica e ensinamentos direcionados a crianças com excesso de peso;
- Intervenção precoce nas crianças em idade pré-escolar;
- Intervenções realizadas em contexto de consulta, permitindo uma abordagem mais personalizada;
- Fornecimento de ferramentas aos pais/cuidadores de forma a aumentar conhecimentos no que toca à temática da alimentação infantil saudável;
- Uso da comunicação empática e assertiva junto dos pais/cuidadores, como ferramenta facilitadora de mudança de comportamentos;
- Implementação de programas e projetos para prevenção/diminuição da obesidade infantil.

Em todos os artigos (Cheng *et al.*, 2020; Henriksson *et al.*, 2020; Eli *et al.*, 2022 Westergren *et al.*, 2021), a consulta de rotina realizada pela Enfermeira de Família, é considerada essencial, destacando-se a monitorização do IMC para controlo do excesso de peso/obesidade. No entanto, Cheng *et al.* (2020), refere que apesar de esta prática estar implementada, as enfermeiras não têm gráficos que permitam monitorizar se uma criança tem risco de pré-obesidade/obesidade.

Quanto à idade de intervenção nas crianças, a idade pré-escolar foi identificada como um período crítico para intervir, pois intervenções eficazes e direcionadas nesta faixa etária, promovem comportamentos saudáveis, prevenindo a obesidade (Henriksson *et al.*, 2020).

Cheng *et al.* (2020) e Eli *et al.* (2022), concluem que uma das dificuldades mais sentidas na intervenção com os pais de crianças que apresentam excesso de peso é o défice de formação nesta área específica e a falta de ferramentas sobretudo a nível da comunicação que permitam uma abordagem mais eficaz com os pais. Por outro lado, Eli *et al.* (2022), reforçam que a mudança de comportamentos que visem promover a saúde, é potenciado através de uma boa

comunicação, estabelecida entre os profissionais e os pais, pois estes sentem-se mais capacitados e apoiados na tomada de decisão no que toca à adoção de estilos de vida saudáveis.

É consensual que os pais e famílias têm um papel importante no que toca à adoção de estilos de vida saudáveis e que devem ser elementos ativos na promoção de comportamentos alimentares adequados. No entanto, muitas das vezes estes têm baixa literacia em saúde, o que dificulta a intervenção por parte dos profissionais (Cheng *et al*, 2020)

Na implementação de projetos, as intervenções de Enfermagem são sobretudo no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Familiar, como prevenção e controlo do excesso de peso/obesidade.

Segundo Henriksson *et al* (2020), a implementação de uma aplicação para telemóvel na Suécia, tem obtido resultados positivos no que toca à modificação de comportamentos alimentares e incentive à atividade física em crianças com IMC mais elevado, auxiliando o trabalho realizado nas consultas de rotina. No entanto, Eli *et al* (2022) defende que estes projetos devem ter na sua base uma relação de proximidade, baseada numa comunicação empática e que permita aos pais, sentirem-se mais apoiados no que toca à adoção de comportamentos que promovam a saúde dos seus filhos. Ainda para a implementação de projetos, Westergren *et al*. (2021), reforça a importância da aposta de formação específica dos profissionais, de modo a terem disponíveis as ferramentas necessárias para trabalhar com estas famílias.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Esta revisão identifica e descreve as intervenções dirigidas aos pais de crianças em idade pré-escolar com excesso de peso/obesidade, em contexto de cuidados de saúde primários.

Apesar de ser um problema de saúde pública a nível mundial, os artigos que davam resposta à pesquisa eram maioritariamente desenvolvidos em países do norte da Europa (Suécia e Noruega), não tendo sido encontrado nenhum artigo dos países mais a sul, como é o caso de Portugal. No entanto, a obesidade, enquanto doença crónica e como fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, atinge mais de 20% da população adulta portuguesa, sendo que o excesso de peso ultrapassa os 50%. A obesidade infantil apresenta também

valores elevados, sendo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) estimada, no ano de 2019, de 29,6%. (DGS,2022)

Apesar dos valores, a tendência tem sido de estagnação, muito devido ao investimento em estratégias e políticas aplicadas nos últimos anos com vista a “ promover a criação de ambientes alimentares saudáveis; promover a literacia em saúde e capacitar a população para escolhas alimentares mais saudáveis; reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável e para uma ação mais eficaz na melhoria do estado nutricional dos utentes; promover uma abordagem de intervenção intersectorial, que permita pôr em prática o princípio da saúde em todas as políticas e; reforçar os sistemas de informação de apoio à tomada de decisão na área da alimentação e da nutrição e à monitorização e avaliação das medidas implementadas.” (DGS,2022)

Os artigos focam na importância da avaliação antropométrica das crianças para monitorizar risco de pré-obesidade/obesidade, em contexto de consulta de rotina levadas a cabo pela Enfermeira de Família, mas esta monitorização deverá ser sempre acompanhada de programas, contextos e formação específica por parte dos profissionais para apresentar efetividade.

Nas consultas, deve ser reforçada a comunicação de forma a estabelecer uma relação empática com os pais/famílias de modo a facilitar a implementação de programas que visem controlar e/ou prevenir a obesidade. Deverá ser uma comunicação assertiva que esclareça os pais da situação de saúde dos seus filhos permitindo realizar escolhas acertadas para a promoção de comportamentos saudáveis, como dieta equilibrada e prática de exercício físico.

De referir que esta promoção deverá ser feita não só por enfermeiros, mas por uma equipa multidisciplinar que de preferência tenha formação específica na área da promoção da alimentação saudável.

A revisão dá ênfase à importância de intervir precocemente junto dos pais/crianças/famílias, de modo a prevenir a obesidade e a promover estilos de vida mais saudáveis e a uma aposta na formação de mais profissionais capacitados dentro desta área.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, pelas suas competências previstas no Regulamento nº428/2018, apresenta-se como sendo o mais

habilitado para capacitar as famílias, numa visão comunitária, para a promoção tanto de ambientes alimentares mais saudáveis, como a alteração de comportamentos que visem a saúde de cada indivíduo. No entanto, a colaboração com Enfermeiros de família, representa um aspeto fulcral de modo a atender às características de cada indivíduo, e a permitir uma relação de maior proximidade, potenciando as intervenções.

BIBLIOGRAFIA

Amendoeira, J. (2021). Revisão Sistemática de Literatura - A *Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém. Disponível em https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf

Cheng, H. et al. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing*, n19. DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>

Direção Geral da Saúde, (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde, (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Eli, K. et al. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. *BMC Public Health*, 22. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8>

Henriksson, H. et al. (2020). MINISTOP 2.0: a smartphone app integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviours and prevent obesity in preschool-aged children: protocol for a hybrid design effectiveness-implementation study. *BMC Public Health*, 20. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09808-w>

Mendonça, M. (2020). Determinantes do comportamento alimentar infantil: o papel dos pais, dos pares e dos media. Faculdade de ciências da nutrição e alimentação da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128179/2/411166.pdf>

NCD Risk Factor Collaboration. (2020). Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants. *Lancet*. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931859-6>

Ordem dos Enfermeiros (2018). O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-uma-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-texto-formulado-pela-mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria/>

Organização Mundial de Saúde. (2022). Non communicable diseases: Childhood overweight and obesity. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Sousa et al. (2017). A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista investigação em enfermagem. Novembro. Pp 17-26. Disponível em file:///C:/Users/Ana%20Rita%20Marques/Downloads/MetodologiadeRevisoIntegrativaRIE21_17-26.pdf

Westergren, T et al.(2021). Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study. BMC Public Health, n21. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096>

Apêndice VII -Pedido de Colaboração à USF

Pedido de Colaboração à USF

Exmo Sr. Coordenador da UCC [REDACTED]
[REDACTED]

O meu nome é Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, sou enfermeira e mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria. O Curso decorre sob a orientação da Professora Catarina Afonso do Politécnico de Leiria e Supervisão da Enfermeira [REDACTED] da UCC [REDACTED]

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito do curso supracitado, designado "Pi.Come" dirigido aos pais de crianças em idade pré-escolar, tendo em vista a promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças/famílias. Uma vez que pretendo trabalhar com pais/famílias com crianças com excesso de peso, e sendo a UCC mais direcionada para a ação com grupos e comunidades, em conjunto com a Enfermeira [REDACTED], questionamos se será possível a colaboração de uma das colegas da USF [REDACTED] para conseguirmos chegar a estes pais de crianças com excesso de peso.

Deste modo, venho por este meio solicitar a colaboração de uma das colegas da USF [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos.

Ana Rita Rainho

Apêndice VIII – Pedido de autorização para utilização do QAI

Pedido de autorização para utilização do QAI.

De: Rita Marques [REDACTED]

Para: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para uso do Questionário de Alimentação Infantil

Boa tarde Dra Maria da Graça Costa,

O meu nome é Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, sou enfermeira e mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria.

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária no âmbito do curso supracitado, dirigido aos pais de crianças em idade pré-escolar, tendo em vista a promoção de hábitos alimentares saudáveis das crianças/famílias.

Pretendo utilizar o Questionário de Alimentação Infantil (QAI), pelo que peço autorização para uso do mesmo.

Grata desde já pela atenção dispensada.

Atenciosamente,

Ana Rita Rainho

Apêndice IX - Termo de consentimento informado aos participantes do “PI.Come”

Para a participação no projeto de intervenção Comunitária “PI.Come”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Politécnico de Leiria, encontra-se a desenvolver um projeto sob a orientação da Professora Catarina Afonso, do Politécnico de Leiria.

O objetivo do projeto é promover o aumento da literacia dos pais de crianças com excesso de peso, da área de abrangência de uma UCC, através da realização de um projeto de intervenção comunitária.

O presente documento estabelece as condições e o âmbito da participação dos pais neste projeto de intervenção:

1. A participação neste projeto prevê a realização de 5 sessões presenciais com a duração de aproximadamente 60 minutos cada. A data e hora serão definidas de acordo com a disponibilidade dos participantes.
2. A participação neste estudo é absolutamente voluntária, podendo os participantes a qualquer momento, suspender a sua participação quer de uma forma temporária quer de uma forma definitiva.
4. A identidade dos participantes e todas as informações recolhidas no decurso da participação serão mantidas na mais estrita confidencialidade, registadas num ficheiro ao qual apenas terá acesso o investigador e o seu grupo de investigação.
5. As informações serão utilizadas somente no contexto do projeto e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a confidencialidade a privacidade dos seus dados pessoais.
6. Serão utilizados pseudónimos para todos os nomes e locais referenciados, assim como omitidos quaisquer detalhes que possam permitir a identificação dos participantes e dos locais a que ele se refere.

7. Os benefícios esperados à posteriori são convidar os enfermeiros a desenvolver um programa de literacia alimentar, capacitando os pais no que toca à promoção da saúde alimentar dos seus filhos.

Com a assinatura do presente documento fica a mestranda autorizada a utilizar exclusivamente para fins do seu projeto de intervenção comunitária no âmbito do mestrado em enfermagem, os dados fornecidos pelos participantes assegurando o seu anonimato.

Para quaisquer questões relacionadas com este projeto, poderá contactar diretamente com Ana Rita Reis Marques Henriques Rainho, através do telemóvel 913895786 ou do endereço de correio eletrónico anarita30_6@hotmail.com.

Declaro ter lido e compreendido as condições e o âmbito da minha participação neste projeto de intervenção comunitária. Foi-me garantida a possibilidade de, a qualquer momento, recusar participar neste projeto sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados, em regime de confidencialidade e anonimato, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto, podendo ser publicados em livro e/ou revistas científicas e apresentados em congressos/conferências nacionais e internacionais.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Confirmo que expliquei ao Sr./Sr.^a _____ o objetivo e as informações relativas ao projeto de forma adequada e inteligível. Garanto que os dados obtidos durante a participação serão para o desenvolvimento do projeto e a utilização dos dados será confidencial e anónima.

Nome legível da mestranda:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Apêndice X - cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	out	novembro					dezembro				Janeiro				Fevereiro		
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Atividades																	
Reunião com o coordenador da UCC																	
Reunião com a Enfermeira Colaboradora (USF)																	
Reunião com a Professora Orientadora																	
Divulgação do Projeto "PI.Come"																	
Planeamento das sessões																	
Implementação das sessões																	
Elaboração de um relatório crítico-reflexivo da prática																	
Submissão do projeto à comissão de ética da ARSCentro																	
Pesquisa bibliográfica																	
Scoping Review																	
Entrega do relatório	31 de Março de 2023																

Apêndice XI – Planos de sessão

PLANO DE SESSÃO Nº 1 – VAMOS FALAR DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL? APRESENTAÇÃO DO PI.COME

PROJETO “PI. COME” – Projeto de intervenção Comunitária para promoção da literacia alimentar dirigido aos pais de crianças, em idade pré-escolar, com excesso de peso/obesidade.

Data: 4 de janeiro de 2022 **Hora:** 17h30 **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso e peso/obesidade, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego (UCCFM)

Local: Sala de atividades da UCC FM

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Rainho

Enfermeira Supervisora: EESC Fátima Claro

Objetivo Geral:

- Promover a literacia sobre alimentação saudável dos pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso de peso e/ou obesidade, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego.

Objetivos Específicos:

- Apresentar os Enfermeiros e o grupo de Pais;
- Apresentar o Projeto de intervenção comunitária “PI.Come” e respetiva contextualização da problemática;
- Aplicar Consentimento informado para participação no projeto;
- Relacionar a alimentação com as emoções através da partilha entre pais;
- Abordar as crenças alimentares;
- Abordar alguns dos princípios da alimentação saudável.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA:

Desde há muito que os enfermeiros, sobretudo, os de Cuidados de Saúde Primários, desenvolvem projetos de saúde junto da população, com vista à promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis, podendo estes estar ou não integrados nos programas nacionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao nível mundial, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, principalmente nos países onde a transição nutricional é mais evidente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022).

O excesso de peso, onde se inclui a obesidade, demonstra ser o maior problema de saúde pública em idade pediátrica atualmente (DGS, 2017).

A DGS considerou em 2012 a promoção da alimentação saudável como uma das áreas prioritárias em saúde, tendo criado o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) (DGS, 2019).

Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, “a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal”.

Sendo a promoção da literacia em saúde, uma importante oportunidade e um desafio a nível da saúde pública, junto das pessoas, comunidades e organizações, torna-se fundamental o desenvolvimento de projetos no âmbito dos cuidados de saúde primários.

De acordo com o diagnóstico de situação realizado, através da auscultação das necessidades identificadas por informantes-chave aos quais foram realizadas entrevistas e tendo em conta as características da Unidade, foi proposta a realização de um projeto de intervenção comunitária intitulado “PI.Come” que visa promover a literacia dos pais de crianças com excesso de peso.

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

Introdução: (15 minutos)

Receber os pais na sala de atividades da UCC Farol do Mondego. Fazer uma apresentação da enfermeira dinamizadora e da Enfermeira supervisora. Pedir aos pais que façam uma apresentação de si para o grupo dizendo o seu nome, idade, profissão, quantos filhos têm e qual o alimento que os representa. Segue-se um momento de partilha onde é pedido a cada participante que partilhe quais as emoções que surgem quando se fala de alimentação, com algumas questões de apoio para incentivar à partilha (Que emoções a comida me transmite? Como é a minha relação com a comida? Como é que a minha relação com a comida afeta a relação do meu filho com a comida? Relação do meu filho com a comida?). (10 minutos)

Depois de realizadas as apresentações segue-se a explicação do consentimento para a participação no projeto. Será entregue um exemplar do consentimento a cada um dos pais que participam na sessão. No final do preenchimento recolher os consentimentos entregues. (5 minutos)

Desenvolvimento: (34 minutos)

De seguida a dinamizadora da sessão deve fazer uma breve contextualização da problemática da obesidade, seguida da apresentação do projeto “PI.Come”, com explicação do porquê da temática, seleção dos participantes e objetivos. (10 minutos)

Após a apresentação do projeto, segue-se um brainstorming sobre “o que é alimentação saudável numa palavra? Serão escritas as palavras numa cartolina à medida que os pais vão partilhando em voz alta. (5 minutos)

De seguida a dinamizadora da sessão apresenta alguns conceitos e dados sobre a alimentação saudável, seguida da abordagem às crenças alimentares e princípios da alimentação saudável. (10 minutos)

Segue-se a visualização de um vídeo promovido pela liga portuguesa contra o cancro sobre alimentação saudável. (9 min)

Conclusão: (10 minutos)

Síntese dos conteúdos abordados.

Entrega do “TPC” para a próxima sessão que consiste em tirar uma fotografia ao frigorífico e outra à despesa para analisarmos na próxima sessão. Pedir para trazer consigo na próxima sessão, o alimento que não pode faltar em casa. Entrega dos smiles para a avaliação da sessão. Agendar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.

Avaliação:

Fornecer a cada elemento 3 Smiles [um a sorrir (cor verde), um neutro (cor amarela) e um triste (cor vermelha)], que classificam a sessão como muito boa, razoável e má, respetivamente. Pedir a cada participante que coloque numa caixa levada para o efeito, o smile correspondente ao grau de satisfação com a sessão.

Materiais:

Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, cartolina, canetas, folhas impressas com o consentimento informado para participação no projeto, smiles coloridos para a avaliação, projetor, computador, caixa para avaliação.

Bibliografia:

Direção Geral da Saúde, (2019). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde, (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde, (2017). Referencial de educação para a saúde. Lisboa. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

World Health Organization, (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Disponível em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-uma-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-texto-formulado-pela-mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria/>

PLANO DE SESSÃO Nº 2– EDUCAR PARA NUTRIR

PROJETO “PI. COME” – Projeto de intervenção Comunitária para promoção da literacia alimentar dirigido aos pais de crianças, em idade pré-escolar, com excesso de peso/obesidade.

PLANO DE SESSÃO Nº 2

Data: 11 de janeiro de 2022 **Hora:** 17h30 **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso e peso/obesidade, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego (UCCFM)

Local: Sala de atividades da UCC Farol do Mondego

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Rainho

Enfermeira Supervisora: EESC Fátima Claro

Objetivos Gerais:

- Abordar os princípios da alimentação saudável.
- Refletir sobre a importância da sopa e os fatores que influenciam a sua ingestão.

Objetivos Específicos:

- Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior;
- Realizar um momento de partilha denominado “que não pode faltar na minha despensa?”;
- Abordar a roda dos alimentos;
- Abordar os princípios da dieta mediterrânica;
- Apresentar e explicar a roda dos alimentos;
- Abordar a importância do consumo de sopa às refeições principais;
- Refletir sobre vantagens e desvantagens da publicidade/marketing;
- Informar sobre a regulamentação acerca da publicidade dirigida a menores de 16 anos em Portugal;
- Promover a partilha entre os participantes acerca dos aspetos abordados durante a sessão.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA:

A alimentação inadequada é uma das principais causas evitáveis das doenças crônicas não transmissíveis, nomeadamente da obesidade. Os dados mais recentes do Global Burden Disease, (2019), mostram que em Portugal, os hábitos alimentares inadequados estão entre os 5 fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e a mortalidade, contribuindo para 7,3% dos DALYs (*Disability-adjusted life years* –anos de vida perdidos por incapacidade) e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019. (DGS, 2022)

Um dos eixos definidos na Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) (2017), visa promover e desenvolver a literacia e autonomia dos consumidores para escolhas alimentares saudáveis. Esta capacitação prevê ser realizada através da promoção da literacia alimentar nas grávidas e pais, até aos 1000 dias de vida da criança, aumentando assim os conhecimentos e capacidade de decisão por escolhas mais saudáveis no que toca à alimentação. (DGS, 2017)

Portugal, pela sua localização geográfica, tem uma tradição ligada à alimentação mediterrânica que é considerada dos padrões alimentares mais completos e mais saudáveis. Contudo, os portugueses estão a afastar-se cada vez mais da dieta mediterrânica. O padrão alimentar de hoje baseia-se na rapidez com que temos acesso à comida e na fraca qualidade. Importa a aparência e o preço, ou seja, rápido, bonito e barato, o denominado conceito fast food. Independentemente de outros fatores de risco, a adoção de padrões alimentares desequilibrados, conducentes a situações de inadequação nutricional, tem importante impacto na morbilidade e mortalidade das populações, pelo que é de extrema importância a abordagem à temática focada na modificação de comportamentos, sustentado no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender.

A maioria das campanhas de marketing direcionadas para os mais jovens apresentam produtos cuja composição nutricional é desadequada, contribuindo para um balanço energético positivo e potenciando o aumento de peso e a obesidade infantil. As crianças mais novas não distinguem a publicidade da programação normal na televisão e, portanto, consideram-na uma referência tão válida como um programa educativo infantil. (PASSE, 2018)

Além de encorajar padrões alimentares pouco saudáveis, este tipo de atividade (ver televisão, estar no computador) reduz o metabolismo a níveis próximos do sono, constituindo assim uma medida indireta de quantificação de estilos de vida inativos e solitários. Para minimizar esta influência negativa nas preferências alimentares das crianças, os pais devem limitar o tempo de exposição ao marketing: evitar que crianças menores de 2 anos vejam televisão ou utilizem o computador, não lhes recorrendo frequentemente; limitar o tempo despendido em frente a um ecrã até um máximo de 1-2 horas por

dia; encorajar a utilização criteriosa do computador e de consolas de videojogos, bem como a seleção de programas televisivos. (PASSE, 2018)

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

Introdução: (5 minutos)

Receber os pais na sala de atividades da UCC Farol do Mondego.

Desenvolvimento: (50 minutos)

A dinamizadora começa por iniciar um momento de debate com o “que não pode faltar na minha despensa?”, onde os participantes enumeram alguns dos alimentos que não dispensam nas suas casas. (10 minutos)

De seguida faz a apresentação, recorrendo ao método expositivo, sobre os princípios da alimentação saudável, a dieta mediterrânica, a importância do consumo de sopa a todas as refeições, a importância da publicidade e marketing no incentivo ao consumo de alimentos não saudáveis. (25 minutos)

De seguida, o grupo é convidado a realizar um brainstorming sobre os aspetos positivos e negativos relacionados com os temas abordados ao longo da sessão. As contribuições são anotadas no quadro ou noutro suporte que permita tê-las visíveis para todos. (15 minutos)

Conclusão: (5 minutos)

Por fim será feita uma síntese dos conteúdos abordados e entrega dos smiles para avaliação da sessão. Relembrar a data da próxima sessão, agradecimentos e despedida.

Avaliação:

Fornecer a cada elemento 3 Smiles [um a sorrir (cor verde), um neutro (cor amarela) e um triste (cor vermelha)], que classificam a sessão como muito boa, razoável e má. Pedir a cada participante que coloque numa caixa levada para o efeito, o smile correspondente ao grau de satisfação com a sessão.

Materiais:

Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, cartolina, canetas, folhas impressas com o consentimento informado para participação no projeto, smiles coloridos para a avaliação, projetor, computador, caixa para avaliação.

Bibliografia:

Direção geral da Saúde (2017). Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/Estrat%C3%A9gia-integrada-para-a-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Saud%C3%A1vel.pdf>

Araujo, A. (2012). A alimentação saudável em idade escolar: “saber comer para melhor crescer”. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15654/1/Relat%C3%B3rio_Mestrado%20Comunit%C3%A1ria_An_a_Rita.pdf

Direção Geral da Saúde, (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Disponível em

Direção Geral da Saúde, (2017). Referencial de educação para a saúde. Lisboa. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

Administração Regional de Saúde do Norte, (2018). Estilos parentais e Promoção da Saúde Manual do Dinamizador Encarregados de educação. Porto. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3571/3/PASSE%20EE.pdf>

PLANO DE SESSÃO Nº 3 – “VAMOS ÀS COMPRAS?”

RÓTULOS, LANCHES E PLANEAMENTO

PROJETO “PI. COME” – Projeto de intervenção Comunitária para promoção da literacia alimentar dirigido aos pais de crianças, em idade pré-escolar, com excesso de peso/obesidade.

Data: 25 de janeiro de 2022 **Hora:** 17h30 **Duração:** 60 minutos

População Alvo: Pais de crianças em idade pré-escolar, com excesso e peso/obesidade, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Farol do Mondego (UCCFM)

Local: Sala de atividades da UCC FM

Enfermeira Dinamizadora: Enf^a Ana Rita Rainho

Enfermeira Supervisora: EESC Fátima Claro

Objetivo Geral:

- Capacitar os pais para a elaboração de refeições simples e nutritivas.
- Capacitar os pais de forma a fazerem escolhas acertadas para uma alimentação saudável e equilibrada, tendo por base a leitura correta de rótulos.

Objetivos Específicos:

- Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior;
- Identificar os elementos presentes nos rótulos;
- Explorar o decifrador de rótulos;
- Abordar a importância da leitura correta de rótulos alimentares com a atividade “vamos às compras?”;
- Identificar elementos para a construção de lanches saudáveis;
- Fornecer dicas para auxiliar a preparação de lanches saudáveis;
- Promover a partilha entre os participantes acerca dos aspetos abordados durante a sessão;
- Realizar um lanche saudável.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA:

A alimentação é um dos determinantes mais importantes da nossa saúde e, nos primeiros anos de vida, tem uma importância ainda maior. A alimentação na infância e na adolescência tem um papel

determinante no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens e é neste período que se moldam os nossos gostos e preferências alimentares e que programamos a nossa saúde futura. Durante o período da infância, os pais ou encarregados de educação são os modelos que as crianças tendem a imitar. De um modo geral, quando os pais têm hábitos alimentares saudáveis, os filhos também. (DGS, 2021)

Em Portugal, 29,6% das crianças entre os 6 e os 9 anos apresentam excesso de peso, incluindo obesidade, uma percentagem que, apesar de elevada, tem vindo a decrescer pela implementação de importantes medidas de saúde pública no nosso país. (DGS, 2021)

Dentro destas medidas temos a alteração da oferta alimentar em ambiente escolar, a alteração do imposto sobre as bebidas açucaradas, a restrição da publicidade alimentar dirigida a crianças menores de 16 anos e iniciativas na área da promoção da literacia alimentar e nutricional. (DGS, 2021)

Neste sentido, a preparação dos lanches em casa pode ser uma oportunidade para reduzir a presença, de produtos alimentares que apresentem baixo valor nutricional, hipercalóricos e ricos em gordura, açúcares e sal, que promovem o ganho de peso e o aparecimento no futuro de doenças associadas a hábitos alimentares inadequados. (DGS, 2021)

A rotulagem alimentar e nutricional apresenta grande importância, na medida em que permite aos consumidores fazerem as escolhas alimentares mais adequadas às suas necessidades e preferências [Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN), 2017].

Pretende-se promover a transferência de conhecimento capacitando a população para a tomada de decisão o que se poderá traduzir em medidas aplicáveis para a obtenção de ganhos em saúde. (DGS, 2022)

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: (55 minutos)

Introdução: 5 minutos

Receber o grupo de pais, na sala de atividades da UCC Farol do Mondego, fazer uma breve saudação de boas-vindas e agradecimento pela presença aos elementos presentes. Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior.

Desenvolvimento: (40 minutos)

Apresentar os objetivos para a sessão e introduzir a temática com a atividade “Vamos às compras?”. Nesta atividade serão disponibilizados vários rótulos de alimentos e analisados com o auxílio do

decifrador de rótulos para alimentos e bebidas. Permitir a troca de ideias entre os pais fazendo a ponte entre os alimentos que compram e os rótulos dos que são apresentados. Será feita, posteriormente, uma parte expositiva acerca da rotulagem alimentar, quais as informações que deve conter e quais os aspetos que devemos ter em atenção na altura de comprar os alimentos. (20 minutos)

O dinamizador faz uma breve descrição das várias opções que podem ser usadas para confeccionar os lanches de forma mais saudável e acessível a todos. Serão apresentados exemplos de lanches que podem ser feitos tendo por base o princípio de uma alimentação saudável e equilibrada. Será também comparado um lanche menos saudável com um mais saudável tanto a nível nutricional com a nível económico.

Por fim serão fornecidas algumas dicas úteis para permitir uma melhor organização e gestão das refeições em casa. (20 minutos)

Conclusão: 15 minutos

Síntese dos conteúdos abordados. Fornecido aos participantes uma tabela para auxílio no planeamento de refeições semanais (Anexo I), em formato papel. Convidar os participantes a lanchar um lanche mais saudável no final da sessão. Entrega dos smiles para a avaliação da sessão. Agradecimentos e despedida. Realizar pedido para preenchimento do questionário que será enviado após a sessão.

Avaliação:

Fornecer a cada elemento 3 Smiles [um a sorrir (cor verde), um neutro (cor amarela) e um triste (cor vermelha)], que classificam a sessão como muito boa, razoável e má. Pedir a cada participante que coloque numa caixa levada para o efeito, o smile correspondente ao grau de satisfação com a sessão.

Materiais:

Desinfetante para as mãos, cadeiras com suporte para escrita, folhas, canetas, smiles para avaliação da sessão, projetor, computador, alimentos para o lanche saudável, rótulos de alimentos para análise, caixa para avaliação.

Bibliografia:

Direção Geral da Saúde (2021). Guia de lanches escolares saudáveis. Lisboa. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_documentos/guialanchesescolares.pdf

Associação Portuguesa de Nutricionistas, (2017). Rotulagem Alimentar- um guia para uma escolha consciente. Coleção E-books APN: N.º 42. Disponível em https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Rotulagem.pdf

Direção Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para a promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. Lisboa. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

ANEXOS

Anexo I - PLANEAMENTO SEMANAL DE REFEIÇÕES

PLANEAMENTO SEMANAL DE REFEIÇÕES - Projeto de Intervenção Comunitária “Pi.Come”

	PEQUENO-ALMOÇO	LANCHE DA MANHÃ	ALMOÇO	LANCHE DA TARDE	JANTAR
SEGUNDA-FEIRA					
TERÇA-FEIRA					
QUARTA-FEIRA					
QUINTA-FEIRA					
SEXTA					
SÁBADO					
DOMINGO					

Apêndice XII – Divulgação do Projeto aos participantes



Projeto de intervenção comunitária

Pi.Come

Convido-@ a participar na sessão de apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária "Pi.Come" pela Enfª Ana Rita Rainho no próximo dia 4 de janeiro de 2023 às 17:30 h, na sala de trabalho de [REDACTED]

Sendo este Projeto de elevada pertinência, a sua presença é fundamental.

Contamos consigo!

Contacto: Ana Rainho
[REDACTED]

Apêndice XIII– Apresentação sessão nº 1

Pi. Come
Projeto de Intervenção Comunitária na área da alimentação saudável

1 * 00:18

Pi. Come
Sessão #1 - Apresentação do Projeto Pi.Come
Vamos falar de alimentação saudável?

2 * 00:08

Objetivos

- Apresentar os Enfermeiros e o grupo de Pais;
- Apresentar o Projeto de intervenção comunitária "Pi.Come" e respetiva contextualização da problemática;
- Aplicar Consentimento Informado para participação no projeto;
- Aplicar o Questionário de Alimentação Infantil (QAI), de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012).

3 * 00:21

Objetivos

- Relacionar a alimentação com as emoções através da partilha entre pais;
- Abordar crenças alimentares;
- Abordar os princípios da alimentação saudável;

4 * 00:08

Quem sou eu

5 * 00:08

Que emoções surgem quando falamos de alimentação?

6 * 00:08

7 * 02:05

Enquadramento

Ap nível mundial, a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar, principalmente nos países onde a transição nutricional é mais evidente.

O relatório de obesidade 2022 publicado pela OMS, destaca que a prevenção e controlo da obesidade deve centrar-se numa estratégia de prevenção ao longo do ciclo de vida, dirigida para fases do ciclo de vida de maior vulnerabilidade como a pré-conceção, gravidez, infância e adolescência, bem como na modificação dos ambientes que potenciam comportamentos menos saudáveis.

Fonte: Relatório de Saúde, 2022

8 * 01:02

OBESIDADE INFANTIL

O excesso de peso, onde se inclui a obesidade, demonstra ser o maior problema de saúde pública em idade pediátrica, atualmente.

1 em cada 3 crianças tem excesso de peso

Fonte: OMS, 2022

9 * 00:13

Consumo alimentar inadequado

11,4% das refeições são inadequadas	7,3% das refeições são inadequadas
13 275 refeições inadequadas	243 567 refeições adequadas

10 * 00:08

Consumo alimentar inadequado

56% das refeições têm um consumo de hidratos de carbono inferior e/ou superior	41% das refeições têm um consumo de proteínas inferior e/ou superior	24% das refeições têm um consumo de gorduras inferior e/ou superior
72% das crianças e 77% as adolescentes	41% das crianças e 49% as adolescentes	24% das crianças e 29% as adolescentes

11 * 00:08

Números em Portugal

Excesso de peso e obesidade em Portugal	Excesso de peso infantil
1 em 2 crianças tem excesso de peso	1 em 3 crianças tem excesso de peso

12 * 00:08

Até 2030

15% hipertensão arterial	14% alimentação insustentável
12% álcool	12% excesso de peso
11% tabagismo	10% obesidade

Objetivo de sustentabilidade 8%

13 * 00:19

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

A DGS considerou em 2012 a promoção da alimentação saudável como uma das áreas prioritárias em saúde, tendo criado o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS).

Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 12% obesidade, sendo ambas as condições mais prevalentes nos rapazes do que nas raparigas.

Fonte: DGS, 2019

14 * 00:35

Segundo o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2018-2021, "a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal".

15 * 00:17

A OMS define Literacia em saúde como o conjunto de "competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde".

Fonte: OMS, 2007

16 * 00:08

Pi.Come

17 * 00:08

PI. COME

Projeto de Intervenção Comunitária dirigido aos pais de crianças em idade pré-escolar com excesso de peso/obesidade.

18 * 00:08

PI. COME

Promover o aumento da literacia dos pais de crianças com excesso de peso, na área de abrangência de uma UIC, através da realização de um projeto de intervenção comunitária.



19 * 00:18

Seleção dos participantes

Pais de crianças em idade pré-escolar (nascidas entre 2017-2020)

Crianças com IMC de 17

Inscritas na USF Buarcos

Residentes no Município da Figueira da Foz



20 * 00:31

Objetivos

- Identificar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação das crianças, através do Questionário de Alimentação Infantil (QAI), de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012);
- Realizar 4 sessões presenciais tendo como foco a aquisição de conhecimentos dos pais sobre a alimentação saudável das crianças;
- Registar as perceções sentidas e experienciadas pelos pais num diário de campo;
- Atualizar o projeto através da aplicação do mesmo questionário de avaliação inicial.



21 * 00:40

O que é alimentação saudável?



22 * 00:15

Alimentação saudável

A alimentação saudável pressupõe ser completa, variada e equilibrada, proporcionando a energia adequada e o bem-estar físico ao longo do dia.

Alimentos ricos em fibra como produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura devem ser os "alimentos base" do quotidiano para uma boa alimentação.



23 * 00:20

Alimentação saudável



24 * 00:15

Necessidades energéticas

Mulheres 1500 a 1800 calorias

Homens 2000 a 2500 calorias

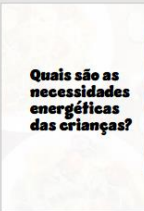


25 * 00:26

Quais são as necessidades energéticas das crianças?

Variam entre 1.000 calorias, para as crianças de 2 anos de idade, 1.200 aos 3 anos e 1.700 calorias para as crianças no final dos 6 anos.

As necessidades de energia da criança dependem dos requisitos impostos pelas funções do organismo, pelo crescimento e também pelo gasto de energia inerente à atividade física.



26 * 00:29


Quantas vezes deve comer uma criança?

- Pequeno-almoço
- Meio da manhã
- 2 Refeições Principais
- Meio da tarde



27 * 00:58

O que é alimentação saudável?



28 * 00:15

Obrigada 😊



29 * 00:15

Apêndice XIV – Apresentação sessão nº 2

Pi. Come

Projeto de Intervenção Comunitária na área da alimentação saudável

1 * 00:10

Pi. Come

Sessão nº2 - Educar para nutrir

2 * 00:08

Objetivos

- Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior;
- Realizar um momento de partilha denominado "que não pode faltar na minha despensa?";
- Abordar a roda dos alimentos;
- Abordar os princípios da dieta mediterrânica;

3 00:20

Objetivos

- Abordar a importância do consumo de sopa às refeições principais;
- Refletir sobre vantagens e desvantagens da publicidade/marketing;
- Informar sobre a regulamentação acerca da publicidade dirigida a menores de 16 anos em Portugal;
- Promover a partilha entre os participantes acerca dos aspetos abordados durante a sessão.

O que não pode faltar na minha despensa?

Roda dos alimentos

Roda dos Alimentos

- > 7 grupos de alimentos;
- > É um guia;
- > Encontra-se em forma de círculo e divide-se em diferentes segmentos que agrupam alimentos com características semelhantes.

7

Roda dos Alimentos

- > Os grupos de alimentos que devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação (grupos de maior dimensão)
- > Os grupos de alimentos que devem estar presentes em menor quantidade (grupos de menor dimensão)

8

Roda dos alimentos

O que nos ensina?

9 *

Proporções

12

Porções

Carne e derivados 4 x 11 porções/dia

- 1 ovo (100g)
- 1 Fatia Fria de Carne (100g)
- 1 x 1/2 Bifeiras // Sambaio médio (100g)
- 1 Fatia Fria de Carne (100g)
- 1 colher de sopa de sardinha de pequeno calibre (100g)
- 1 bifeiras // Sopa Maria // Sopa à sold (100g)
- 1 colher de sopa de carne // Sopa crua (100g)
- 1 colher de sopa de carne // Sopa cozinhada (100g)

13

Porções

Legumes e frutas 3 x 3 porções/dia

- 1 colher de sopa de hortícolas crua (100g)
- 1 colher de sopa de hortícolas cozinhada (100g)

14

Porções

Frutas e frutos 3 x 5 porções/dia

- 1 peça de fruta // Sambaio médio (100g)

15

Porções

Leite e derivados 2 x 3 porções/dia

- 1 colher de sopa de leite (200ml)
- 1 colher de sopa de leite cozinhado (200ml)
- 1 colher de sopa de leite (200ml)
- 1/2 copo de leite // Sambaio médio (100g)
- 1/2 copo de leite // Sambaio médio (100g)

16

Porções

Carne, peixe e frutos do mar 1,5 x 4,5 porções/dia

- Carne // peixe crua (100g)
- Carne // peixe cozinhada (100g)
- ovo // Sambaio médio (100g)

17

Porções

Leguminosas e oleos 1 x 3 porções/dia

- 1 colher de sopa de leguminosas secas crua (100g) // Sopa de feijão, Feijão, Sambaio (100g)
- 1 colher de sopa de leguminosas cozinhadas crua (100g) // Sopa de feijão, Sambaio (100g)
- 1 colher de sopa de leguminosas secas // Sopa cozinhada (100g)

18

Porções

Leguminosas e oleos 1 x 3 porções/dia

- 1 colher de sopa de sardinha // Sopa (100g)
- 1 colher de sopa de sardinha (100g)
- 1 colher de sopa de sardinha (100g)
- 1 colher de sardinha de montado // Sopa (100g)

19

Dieta mediterrânica



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



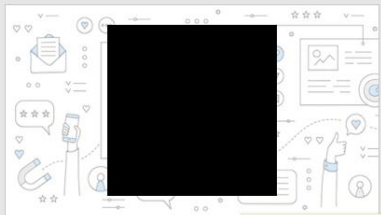
33



34



35



36

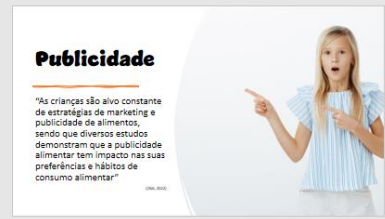


37

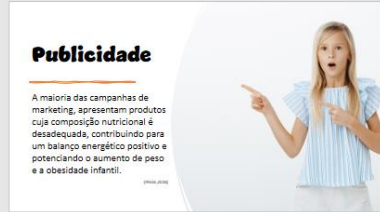


38

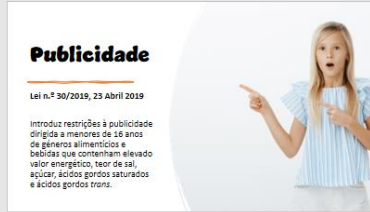
00:05



39



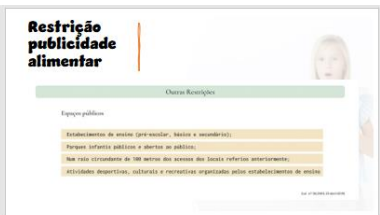
40



41



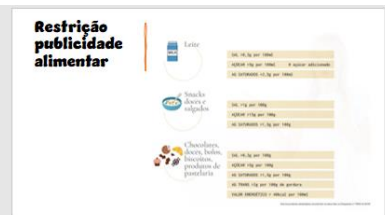
42



43



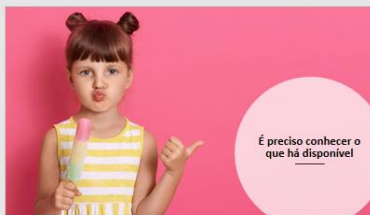
44



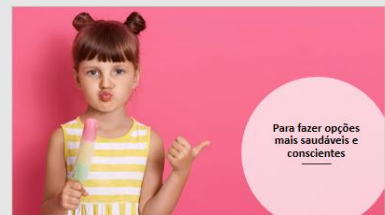
45



46



47



48



49



50

Apêndice XV – Apresentação sessão nº 3

Pi. Come

Projeto de Intervenção Comunitária na área da alimentação saudável

1 * 00:10

Pi. Come

Sessão n.º4 – Vamos às compras? Lanches e pequenos-almoços saudáveis

2 * 00:08

Objetivos

- Relembrar os aspetos abordados na sessão anterior;
- Identificar os elementos presentes nos rótulos;
- Explorar o decodificador de rótulos;
- Organizar ida às compras com a atividade "vamos às compras";

3 00:09

Objetivos

- Identificar elementos para a construção de lanches saudáveis;
- Identificar elementos para construção de pequenos-almoços saudáveis;
- Promover a partilha entre os participantes acerca dos aspetos abordados durante a sessão;
- Realizar um lanche saudável.

Vamos às compras?

Vamos às compras?

Vamos às compras?

7

Vamos às compras?

8

Vamos às compras?

9

Vamos às compras?

Vamos às compras?

10

Rotulagem alimentar

11

Rotulagem alimentar

O rótulo deve fornecer todas as informações que permitam ao consumidor conhecer o produto e fazer escolhas conscientes.

Existem informações de carácter obrigatório e outras que são opcionais.

13

Rotulagem alimentar

- Denominação do género alimentício;
- Lista de ingredientes;
- Ingredientes ou derivados de uma substância ou produto que provoquem alergias ou intolerâncias;
- Quantidade de determinados ingredientes ou categorias de ingredientes;
- Quantidade líquida do género alimentício;
- Data de durabilidade mínima ou a data-limite de consumo;

14

Rotulagem alimentar

- Condições especiais de conservação e/ou as condições de utilização;
- Nome ou a firma e o endereço do operador da empresa do setor alimentar;
- País de origem ou o local de proveniência;
- Modo de emprego;
- Título alcoométrico;
- Declaração nutricional;

15

Decodificador de rótulos

	ALIMENTOS por 100g			
	GRÉSMIA (glúten)	GRÉSMIA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MEDIO	entre 3,17-3g	entre 1,5-5g	entre 5-22,5g	entre 0,5-1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Decodificador de rótulos

	BEBIDAS por 100ml			
	GRÉSMIA (glúten)	GRÉSMIA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MEDIO	entre 1,5-8,75g	entre 0,75-2,5g	entre 2,5-11,25g	entre 0,5-0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Como utilizar?

- Compare a informação do rótulo do alimento ou bebida por 100g/100ml, com a informação disponibilizada do decodificador (gordura, gordura saturada, açúcares e sal).
- Prefira alimentos e bebidas com nutrientes maioritariamente na categoria VERDE;
- Modere aqueles com um ou mais nutrientes na categoria AMARELA;
- Evite aqueles com um ou mais nutrientes na categoria VERMELHA.



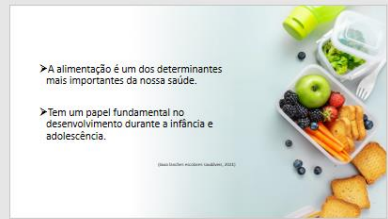
Rofulagem na prática...

19



Lanches

20



➤ A alimentação é um dos determinantes mais importantes da nossa saúde.

➤ Tem um papel fundamental no desenvolvimento durante a infância e adolescência.

(BRASILIANI, RODRIGUES, 2010)

21



➤ A escola é um espaço próprio para a promoção de uma alimentação saudável e para a adoção de comportamentos alimentares equilibrados.

(BRASILIANI, RODRIGUES, 2010)

19



Lanches



LANCHES SÃO AS MENORES REFEIÇÕES DO DIA, MAS NÃO MENOS IMPORTANTES



REFEIÇÕES FEITAS ENTRE OS PERÍODOS DAS REFEIÇÕES PRINCIPAIS

20



Serão os lanches importantes?

A preparação dos lanches em casa pode ser uma oportunidade para reduzir a presença de produtos alimentares com pouco valor nutricional

21



Lanches

➤ As escolhas alimentares dos lanches da manhã e da tarde devem ser baseadas não só nas preferências das crianças e jovens, mas também nas necessidades nutricionais das mesmas.

➤ O lanche da tarde poderá ser idêntico ao pequeno-almoço, enquanto que o lanche da manhã deverá ser uma refeição mais ligeira.

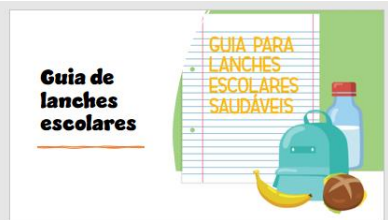
25



Lanches

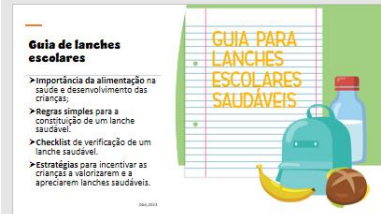
- Leite e derivados
- Fruta
- Cereais e derivados
- Hortícolas
- Frutos gordos e oleaginosos
- Leguminosas

26



Guia de lanches escolares

27



Guia de lanches escolares

- Importância da alimentação na saúde e desenvolvimento das crianças
- Regras simples para a constituição de um lanche saudável
- Checklist de verificação de um lanche saudável
- Estratégias para incentivar as crianças a valorizarem e a apreciarem lanches saudáveis.

(2016, 2021)

25



Um desafio

26



27



Alimentos com baixo valor nutricional

- Doce tipo**
Elevada quantidade de sódio e gordura
- Doce tipo**
Elevada quantidade de açúcar e gordura
- Doce tipo**
Bebidas refrigerantes, refrigerantes e sumos de frutas
Elevada quantidade de açúcar

31



Ajuda no desenvolvimento cognitivo

32



Um desafio para os pais

33



Vamos comparar?

31

Comparações nutricionais

	200 ml		200 ml
Energia kcal	344	Energia kcal	377
Lactose (g)	2,4	Lactose (g)	3,2
Carboidratos (g)	58,2	Carboidratos (g)	2
% Açúcares de Carbono (g)	27	% Açúcares de Carbono (g)	5
% Açúcares (g)	23	% Açúcares (g)	5
Ferro (g)	1	Ferro (g)	—
Fósforo (g)	7	Fósforo (g)	3,4
Cálcio (mg)	236	Cálcio (mg)	120

Ingredientes: Leite (1,1%), Maizena, gordura, Açúcar, Caramelo, Manteiga em Pó (0,5%), Sal, Sólido em pó, Amido, Emulsificante (Carragena), Sal, Aromas.

Ingredientes: Leite pasteurizado parcialmente desnatado.

32

Comparações nutricionais

	Porção 6g		Porção 20g
Energia kcal	233,9	Energia kcal	203,2
Lactose (g)	4,8	Lactose (g)	4,3
Carboidratos (g)	55,2	Carboidratos (g)	4
% Açúcares de Carbono (g)	34,2	% Açúcares de Carbono (g)	2,7
% Açúcares (g)	34,3	% Açúcares (g)	3,1
Ferro (g)	1,4	Ferro (g)	2,3
Fósforo (g)	2,3	Fósforo (g)	5,3

Ingredientes: Farinha de trigo, açúcar, gordura vegetal (gordura vegetal), amido, sódio, malto em pó (0,2%), amido de milho, amido de milho Anidrido, hexadecileno (diclorato de potássio), bicarbonato de sódio, bicarbonato de sódio, sal, emulsificante (lectina de soja, lactina de gema), amido (potássio).

Ingredientes: Farinha de trigo, água e sal.

33

Comparações nutricionais

Produto	Valor	Produto	Valor
Energia kcal	294,2	Energia kcal	292,2
Carboidratos (g)	11,2	Carboidratos (g)	11,2
Proteínas (g)	5,9	Proteínas (g)	6
Ácidos gordos totais (g)	13,4	Ácidos gordos totais (g)	12,1
Ácidos gordos saturados (g)	20,8	Ácidos gordos saturados (g)	6,2
Fibra (g)	2,4	Fibra (g)	2,9
Sódio (g)	2,5	Sódio (g)	12,2

VS

37

*

Comparações nutricionais

Produto	Valor	Produto	Valor
Energia kcal	294,2	Energia kcal	292,2
Carboidratos (g)	11,2	Carboidratos (g)	11,2
Proteínas (g)	5,9	Proteínas (g)	6
Ácidos gordos totais (g)	13,4	Ácidos gordos totais (g)	12,1
Ácidos gordos saturados (g)	20,8	Ácidos gordos saturados (g)	6,2
Fibra (g)	2,4	Fibra (g)	2,9
Sódio (g)	2,5	Sódio (g)	12,2

8 pacotes de açúcar

38

*

Vamos fazer contas...

Produto	Preço por lanche	Mensal
"Oreos" + leite achocolatado	0,72 €	15,84 €
Pão com queijo + leite simples	0,74 €	16,28 €

39

Distribuição de porções por lanche

GRUPO DE ALIMENTOS	3-6 ANOS	7-10 ANOS
Lanche da manhã	1 pacote de leite 1 fruta	1 pacote de leite 1 fruta 2 frutos secos
Lanche da tarde	1/2 pão de leite com queijo Pãozinho de secadura 2 nozes	1 pão de leite com queijo Pãozinho de secadura 2 nozes 1 banana
TOTAL	2 porções de lacteínas 1 porção de fruta 0,5 porções de carnes e derivados 0,5 porções frutos gordos	2 porções de lacteínas 2 porções de fruta 1,5 porções de carnes e derivados 0,5 porções frutos gordos

43

Exemplos de Lanches

44

Opções saudáveis e práticas

45

Opções saudáveis e práticas

Dicas úteis

Listas e Planeamento

Checklist

- ✓ Lista de compras;
- ✓ Ementa semanal;
- ✓ Lista do frigorífico/dispensa;
- ✓ Faça você mesmo.

Sites e livros

- ✓ www.apn.org.pt
- ✓ www.alimentacaosaudavel.dgs.pt
- ✓ <https://nutrimento.pt/>

Obrigada

Apêndice XVI – Escala de avaliação dos participantes

Má (1)	Razoável (2)	Muito boa (3)
