

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO - Desenvolvimento de Competências
Especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:
Educa-Me – Projeto de Intervenção Comunitária

Damiana Sousa

Leiria, 2023

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO - Desenvolvimento de Competências
Especializadas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:
Educa-Me – Projeto de Intervenção Comunitária

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

Damiana Bajouco Sousa

N.º 5210792

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com relatório

Professora Orientadora: Clarisse Louro

Leiria, 2023

“Um trabalho dá-te um propósito e um significado. A vida é vazia sem ambos.”

Stephen Hawking

AGRADECIMENTOS

O processo de construção do conhecimento e de desenvolvimento das competências enquanto Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) não pode ser realizado isoladamente. É complexo e dinâmico pois implica a participação e colaboração de outros intervenientes para além do próprio. Como tal, torna-se imprescindível tecer alguns agradecimentos a quem me acompanhou nesta fase.

Às equipas dos locais de estágio, pela amabilidade e disponibilidade com que me receberam e pelo conhecimento partilhado que se revelou fundamental para a consecução do presente trabalho e para a continuidade do meu processo formativo, a todos muito obrigado. Em particular às enfermeiras especialistas que me orientaram pela acessibilidade demonstrada, pelo tempo, dedicação e partilha de conhecimentos.

À professora Clarisse Louro pelas orientações e pela disponibilidade demonstrada durante todo o meu percurso académico e mais em concreto, na elaboração deste relatório.

A todos aqueles que de alguma forma me apoiaram neste percurso académico.

O último agradecimento, mas não o de menor importância, à minha família, nomeadamente, ao meu marido, filhos, mãe e sogra por todo o carinho, apoio, compreensão, suporte, incentivo e pelos longos períodos em que tiveram de colmatar a minha ausência.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES PL– Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AE– Agrupamento de Escolas

AEC – Atividades de Enriquecimento Curricular

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS Centro - Administração Regional do Centro

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

CENDES-OPAS - Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing And Allied Health Literature*

CNS – Concelho Nacional de Saúde

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CP – Cuidados Paliativos

CPCJ - Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DDO - Doença de Declaração Obrigatória

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direção-Geral de Saúde

DM – Dieta Mediterrânica

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

ECCI – Equipa de Cuidados Comunitários Integrados

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EE – Enfermeiro Especialista

EESCSP - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

EIPAS – Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável

EpS – Educação para a Saúde

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FAO – *Food and Agriculture Organization of the United Nations*

IAN–AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IDG - Índice de Desenvolvimento Global

IHME - *Institute for Health Metrics and Evaluation*

IMC – Índice de Massa Corporal

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

IUHPE – *International Union for Health Promotion and Education*

NACJR - Núcleo de Apoio Crianças e Jovens em Risco

NASN – *National Association of School Nurses*

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Padrão Alimentar Mediterrânico

PES - Promoção e Educação para a Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PL – Pinhal Litoral

PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPSO – Programa Nacional da Promoção de Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PNPSO – Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PRECEDE – PROCEED - *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*

PSI – Plano de Saúde Individual

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RL – Revisão da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SBV – Suporte Básico de Vida

SHE – *Schools for Health in Europe*

SI – Sistemas de Informação

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP – Serviços de Saúde Pública

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

USP PL – Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

A profissão de enfermagem tem sofrido mudanças ao longo dos anos, o que tem levado à necessidade de incremento de competências, através da especialidade e do mestrado, por parte do enfermeiro para aumentar, manter ou reabilitar a saúde dos indivíduos e da comunidade, especializando-se em diversas áreas da prestação de cuidados.

Numa primeira parte deste relatório deu-se primazia à reflexão crítica das competências do Enfermeiro Especialista (EE), através das atividades desenvolvidas no estágio. Numa segunda parte, deu-se relevância ao projeto que foi desenvolvido no estágio tendo como problemática inicial a obesidade infantil, que cada vez mais tem aumentado a sua prevalência e incidência.

Este aumento deve-se às mudanças dos hábitos de vida, nomeadamente dos estilos de vida. Assim, cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), através das suas competências, e tendo a comunidade como foco dos cuidados, intervir nesta problemática. Para que esta intervenção resulte numa mudança de comportamentos saudáveis é necessário criarem-se parcerias com a comunidade, especialmente com a escola. Desta forma, reuniram-se esforços para promover hábitos de vida saudáveis, capacitando as crianças e respetiva família a alterarem os seus comportamentos.

Este estágio culminou com o desenvolvimento do projeto **Educa-Me**.

Este projeto teve como metodologia o planeamento em saúde e as suas diversas etapas. Aplicou-se um questionário para identificar as necessidades das crianças em estudo, nas áreas da alimentação e da atividade física. Após esta identificação foram delineadas estratégias e implementadas atividades que aumentassem a literacia na área da Dieta Mediterrânica (DM).

Palavras-chave: Hábitos alimentares, Dieta Mediterrânica, crianças, promoção da saúde escolar e enfermagem.

ABSTRACT

Changes in Nursing development have led to an increasing need of the nurses' capacities to promote, maintain or rehabilitate people and the community's health. This has pushed these health professionals to specializing in many areas of healthcare, increasing their graduation through specialization and mastering.

In the first part of this report, it was given primacy to a critical reflection about the specialized nurse competences that were developed during the internship activities. In the second part, it was given importance to the project that was developed during the internship, which had child obesity as its initial subject, having this lately seen its prevalence and incidence grow.

This increment is due to changes in life habits, which depends on many health conditions, such as lifestyle. So, through several competences and focus in the community, it is the specialized nurse in community health and public health's responsibility to deal with this problem, establishing partnerships between communities and schools. To do so, efforts have been made to promote healthy lifestyles, empowering children and their families to change and adopt healthy behaviours in one of the areas that most influences child obesity: eating habits and physical activity.

This internship culminated in the development of the Educa-Me project.

This project methodology was sustained by the health planning and its stages. In order to implement it, a survey was applied to identify the children's information needs about healthy food and physical activity. Its results allowed to plan the strategies and the activities to obtain and increase Mediterranean Diet literacy.

Keywords: Eating habits, Mediterranean Diet, children, school health promotion, nursing

ÍNDICE

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
ÍNDICE DE QUADROS.....	xv
ÍNDICE DE TABELAS.....	xvi
INTRODUÇÃO.....	17
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO.....	20
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	26
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS.....	26
2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal.....	26
2.1.2 Melhoria contínua da qualidade.....	28
2.1.3 Gestão dos cuidados.....	30
2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	31
2.2 COMPETÊNCIAS DO EESCSP.....	32
2.2.1 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	33
2.2.2 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....	37
2.2.3 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.....	38
2.2.4 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	39
3. EDUCA-ME – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	41
3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	41
3.1.1 Obesidade Infantil.....	41
3.1.2 Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM).....	45
3.1.3 O papel do enfermeiro na promoção da saúde.....	47
3.1.4 O papel promotor da família.....	48
3.1.5 O enfermeiro em saúde escolar.....	49
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE INTERVENÇÃO.....	50
3.3 PLANEAMENTO EM SAÚDE NO PROJETO EDUCA-ME.....	53
3.3.1 Fase Preparatória.....	55
3.3.2 Diagnóstico de Situação.....	62
3.3.3 Definição de Prioridades.....	73

3.3.4 fixação de Objetivos.....	78
3.3.5 Seleção de Estratégias.....	81
3.3.6 Elaboração de Programas e Projetos	85
3.3.7 Preparação da Execução.....	86
3.3.8 Execução.....	89
3.3.9 Avaliação.....	91
CONCLUSÃO.....	95

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – Indicadores da UCC

ANEXO II – PPT DARE⁺

ANEXO III – Autorização dos autores do instrumento de recolha de dados

ANEXO IV – Parecer da Comissão de Ética

ANEXO V – Parecer do MIME

ANEXO VI – Parecer do professor diretor do Agrupamento de Escolas

ANEXO VII - Roda dos alimentos

ANEXO VIII – Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário

ANEXO IX – 10 Princípios da DM

ANEXO X – Roda da DM

APÊNDICES

APÊNDICE I – *Flyer CP*

APÊNDICE II – PPT SBV

APÊNDICE III – PPT vacinação da gripe sazonal

APÊNDICE IV – PPT Epilepsia

APÊNDICE V – PPT Promoção de hábitos alimentares saudáveis

APÊNDICE VI – PPT Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis

APÊNDICE VII – Questionário sobre “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA - Projeto de
Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”

APÊNDICE VIII – Consentimento informado para os pais/encarregados de educação, bem
como, o assentimento da criança

APÊNDICE IX – Cronograma das atividades do projeto Educa-Me

APÊNDICE X – *Slogan* do projeto Educa-Me

APÊNDICE XI – *Flyer* da sessão de EpS com o logotipo do projeto Educa-Me

APÊNDICE XII – Panfleto entregue na sessão de EpS do projeto Educa-Me

APÊNDICE XIII – Fotografias dos trabalhos das crianças elaborados com os pais/familiares

APÊNDICE XIV – Fotografias da sessão de EpS do projeto Educa-Me

APÊNDICE XV – Questionário dos conhecimentos dos participantes na sessão de EpS do
projeto Educa-Me

APÊNDICE XVI - Questionário da avaliação da sessão de EpS do projeto Educa-Me

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - N.º de enfermeiros por 1000 habitantes, por local de trabalho.....	51
Figura 2 - Etapas do processo de planeamento em saúde.....	54
Figura 3 - Fases do processo com base na metodologia do planeamento em saúde.....	55
Figura 4 - Modelo PRECED-PROCEED, de Green e Kreuter, 1991.....	69
Figura 5 - Modelo de Literacia em Saúde.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Histograma do Índice de KIDMED, com curva de normalidade.....	76
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Palavras-chave e descritores MeSH e DeCS.....	60
Quadro 2 - Problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE.....	72
Quadro 3 - Critérios de priorização CENDES/OPAS (Adaptado de Melo, 2020, p. 21).....	73
Quadro 4 - Definição de prioridades nos diagnósticos identificados.....	74
Quadro 5 - Objetivos específicos e metas.....	80
Quadro 6 - Estimativa de custos com os recursos materiais.....	87
Quadro 7 - Plano operacional do projeto Educa-Me.....	88

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização de quem respondeu e de com quem vive a criança.....	64
Tabela 2 - Caracterização da escolaridade e situação profissional dos pais.....	64
Tabela 3 - Caracterização do estado de saúde da criança.....	65
Tabela 4 - Caracterização da alimentação da criança no último mês.....	65
Tabela 5 - Estatísticas relativas ao score do Índice de KIDMED.....	65
Tabela 6 - Caracterização da adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo.....	66
Tabela 7 - Caracterização da atividade da criança durante a semana.....	66
Tabela 8 - Caracterização da atividade da criança durante o fim-de-semana.....	67
Tabela 9 - Estatísticas relativas às horas de sono das crianças.....	67
Tabela 10 - Caracterização da atividade desportiva programada.....	68
Tabela 11 - Estatísticas relativas à frequência e duração da atividade desportiva programada.....	68
Tabela 12 - Caracterização da frequência e duração da atividade desportiva programada.....	68
Tabela 13 - Teste de normalidade de <i>Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors</i>	76
Tabela 14 - Correlações de <i>Spearman</i> relacionando a escolaridade dos pais com o Índice de KIDMED.....	77
Tabela 15 - Testes <i>Kruskal-Wallis</i> relacionando a situação profissional dos pais da criança com o Índice de KIDMED.....	78
Tabela 16 - Testes U de <i>Mann-Whitney</i> relacionando o estado de saúde da criança com o Índice de KIDMED.....	78
Tabela 17 - Teste U de <i>Mann-Whitney</i> relacionando a atividade desportiva programada regular e o Índice de KIDMED.....	79

INTRODUÇÃO

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido objeto de grande reflexão e de várias reformas, que se refletem em importantes avanços nas diferentes dimensões da qualidade e da satisfação dos utentes e dos profissionais (Ministério da Saúde, 2015).

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, o EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, permitindo avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública foi realizado o ensino clínico: Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do qual resultou a concretização do presente relatório. Este documento surge assim como materialização do desenvolvimento das competências para o grau de enfermeiro especialista e para o grau de mestre em enfermagem comunitária.

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos com o objetivo de cumprir a componente prática inerente ao curso e visam aprofundar os conhecimentos e competências em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2022). O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACES PL).

Com o presente relatório, pretende-se refletir sobre as atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional em enfermagem na área de enfermagem comunitária e saúde pública e tem os seguintes objetivos:

- Refletir acerca das atividades realizadas no contexto de estágio, resultantes da prática especializada de enfermagem, mais concretamente de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública;
- Realizar uma síntese crítica da organização e da estruturação dos locais onde decorreu o estágio, bem como, das atividades que constituíram o estágio, integrando uma componente investigativa;

- Apresentar o projeto Educa-Me como parte integrante do processo de desenvolvimento de competências do EESCSP.

Este relatório está dividido em 3 partes: a primeira corresponde à caracterização das Unidades Funcionais (UF) onde se desenvolveu o estágio, a segunda parte corresponde à reflexão crítica acerca das competências do EE (comuns e específicas) e a terceira diz respeito à realização do projeto de intervenção comunitária, englobando a investigação implicada no mesmo.

O projeto de intervenção comunitária realizado teve como metodologia o planeamento em saúde e surgiu como forma de manter ou melhorar a saúde das crianças num dos concelhos onde decorreu o estágio.

Após reunião com os professores do Agrupamento de Escolas (AE), bem como por sugestão das enfermeiras orientadoras, a temática direcionada foi a obesidade infantil. No entanto, não basta concentrar esforços apenas no problema, mas também nas condicionantes desse problema, como é o caso dos determinantes de saúde, que representam nos dias de hoje grandes desafios sobre os quais importa refletir e atuar (Direção-Geral de Saúde - DGS, 2015).

Com isto, pretendeu-se identificar qual a necessidade das crianças daquele Agrupamento de Escolas (AE) em termos de comportamentos alimentares e de atividade física que levam ao aparecimento da doença. Como é expectável, para o EESCSP não basta só identificar as necessidades, mas sim adotar estratégias e métodos de operacionalização das mesmas de forma a que a intervenção seja a mais eficiente e assim traga ganhos em saúde para aquela comunidade. Isto vai de encontro à abordagem considerada pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) onde foca que a magnitude do problema do excesso de peso, da obesidade e dos hábitos alimentares inadequados na população portuguesa obriga a uma intervenção imediata e mais abrangente dos serviços de saúde, assegurando mais respostas e de maior qualidade, e que estas sejam integradas pelos diferentes parceiros da comunidade (DGS, 2022).

Desta forma, o eixo estratégico 2 do PNPAS delinea como estratégias a implementar: informar e capacitar os cidadãos para obterem, compreenderem e utilizarem a informação de forma a fazerem escolhas alimentares saudáveis, nomeadamente para a adesão à DM (PNPAS, 2022). A isto dá-se o nome de literacia em saúde, como forma de promover e educar para a saúde, tendo como finalidade tornar as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à dos que delas dependem e à da sua comunidade (Lopes & Almeida, 2019).

Posto isto, a promoção da saúde, nomeadamente em meio escolar, é uma das estratégias do novo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021 – 2030 para capacitar as crianças, acreditando que estas são elementos fulcrais na promoção de saúde pública, pois são veículos de mudança de comportamentos, tanto a nível individual como no seio familiar (Serviço Nacional de Saúde - SNS, 2021).

Assim, foi desenvolvido um projeto com base na metodologia do planeamento em saúde, intitulado **Educa-Me**, cuja finalidade foi empoderar as crianças e suas famílias para uma tomada de decisão consciente no que concerne aos hábitos alimentares, promovendo e aumentando a literacia das mesmas sobre a DM. Este projeto foi progressivo, dinâmico e de carácter cíclico, na medida em que se foi adaptando ao longo da elaboração e implementação do mesmo.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

O estágio decorreu no SCES PL que, segundo o artigo 3 do Decreto-Lei n.º 28/2008, tem como missão garantir a prestação de CSP à população da área geográfica que lhes compete (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008). Os CSP prestam cuidados abrangentes às pessoas, famílias e comunidades, de acordo com as suas necessidades de saúde, durante o seu ciclo de vida e incorporando os diversos determinantes de saúde, capacitando-os para otimizarem a sua saúde, através de ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, o mais próximo do seu ambiente domiciliário (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2021).

Unidade de saúde pública

O ensino clínico decorreu num polo da Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral (USP PL), pertencente ao ACES PL que integra e intervém na área geodemográfica pertence ao NUT III (segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais ao nível nacional para fins estatísticos). A USP é uma única UF do ACES PL e está subdividida em 5 Serviços de Saúde Pública (SSP), um para cada concelho. Contudo, em dois concelhos a enfermeira de saúde pública é a mesma, tendo sido nestes SSP que se desenvolveu o estágio. Cabe à USP PL garantir a funcionalidade do sistema e dos circuitos de informação fundamentais para o cumprimento das diretrizes da DGS e Administração Regional de Saúde (ARS), destacando-se a elaboração de programas orientadores para as diversas UF do agrupamento, através de uma estreita intercooperação (ARS Centro, 2016).

O artigo 12 do Decreto-Lei n.º 137/2013 vem corroborar que compete à USP, na área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se integra, elaborar informação e planos na área da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da promoção, prevenção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde, de acordo com a legislação respetiva (Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de Outubro, 2013).

Assim, a USP PL tem como missão promover a utilização de todos os recursos ao seu alcance, incluindo os serviços de saúde do ACES PL e os da comunidade, com a finalidade de alcançar um elevado nível de saúde para a população. Usa como meios para a defender, proteger e promover: a investigação e vigilância epidemiológica; o planeamento em saúde; a avaliação do impacto das intervenções ao nível de saúde da comunidade; a autoridade de saúde; e outros

instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento fulcral na área de parcerias e estratégias intersectoriais (ARS Centro, 2016; SNS, 2022).

A visão desta UF é a de ser reconhecida como uma instituição de referência no desenvolvimento da saúde, querendo ser, desta forma, um parceiro privilegiado junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do setor da saúde (ARS Centro, 2016; SNS, 2022).

Entre os valores que norteiam a conduta da USP PL há a destacar:

- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica nos serviços prestados à população do ACES; Cultura interna de multidisciplinaridade e de colaboração no trabalho;
- Cultura de partilha de informação em saúde com as instituições e organismos a que possa ser útil; Cultura de partilha de informação em saúde com a população;
- Flexibilidade na estrutura organizacional, preferencialmente organizada por equipas, permitindo a necessária adequação às especificidades geodemografias;
- Tendência à diferenciação técnica dos seus profissionais nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas; Intercooperação com as demais UF do ACES;
- Cultura de equidade e garantia de acessibilidade à população e Cultura de integridade na defesa dos interesses públicos (ARS Centro, 2016; SNS, 2022).

Os SSP têm como funções promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal (SNS, 2022), não esquecendo a autoridade de saúde (delegado de saúde) (Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de Outubro, 2013).

A USP PL é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra Médicos de Saúde Pública (SP), Técnicos de Saúde Ambiental, Enfermeiros de Saúde Pública, Assistentes Técnicos e uma Engenheira Sanitarista e podendo ainda integrar profissionais de outras categorias, que sejam necessários para a prossecução da sua missão.

O estágio decorreu nos polos Batalha e Porto de Mós da USP PL onde as equipas são constituídas pela enfermeira de saúde pública, pelo médico de saúde pública que é a autoridade de saúde, pela Técnica de Saúde Ambiental e pela Assistente Técnica. Nestes polos, a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) é constituída por assistentes técnicas e a Unidade de Recursos

Assistenciais Partilhados (URAP) é composta por Assistente Social, Psicólogo, Dentista e higienista oral.

Assim, as quatro áreas de intervenção da USP PL que estão descritas no Plano de Ação 2016-2018 (2016) são:

- Vigilância Epidemiológica;
- Saúde Ambiental;
- Promoção da Saúde;
- Planeamento em Saúde.

No que concerne aos Sistemas de Informação (SI) implementados da USP PL os mais utilizados são:

- o SiiMA rastreios;
- o Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), na emissão de cheques dentista;
- o Sistema Nacional de Apoio à Vigilância Epidemiológica (SINAVE) para registo de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO);
- o Sclínico (ícon vacinas, focos e diagnósticos de enfermagem, tendo como sujeito a comunidade).

Em relação aos focos e diagnósticos relacionados com a comunidade, os mais utilizados no Sclínico, nesta unidade, são: comportamento de procura de saúde; adesão à vacinação; gestão do regime terapêutico; adesão da comunidade ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); adesão da comunidade à escovagem dos dentes e ao banho fluoretado; conhecimento sobre prevenção de acidentes; e conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil.

A contratualização interna das UF dos ACES é concretizada através de um modelo de auto-organização, tendo como motivação o impulso de autonomia e de iniciativa própria dos profissionais, levando a uma maior satisfação dos utentes do SNS e a um grande empenho dos profissionais em alcançar os objetivos (Ministério da Saúde, 2009). Contudo, verificou-se que na USP PL está num processo de desenvolvimento no que concerne à sua contratualização interna, baseada nos Índices de Desenvolvimento Global (IDG).

Tendo por base o papel do EESCSP e a comunidade como alvo dos seus cuidados, o SSP onde decorreu o estágio fazia parte de diversos grupos de trabalho existentes na comunidade e para a comunidade. Destes fazem parte a Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos (EPVA), a Comissão Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Unidade de cuidados na comunidade

Segundo o artigo 11 do Decreto-Lei n.º 28/2008, revogado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, e a plataforma Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), a UCC onde decorreu o estágio tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que seja necessário acompanhamento próximo. Esta UF atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de outubro, 2013; SNS, 2022).

De acordo com o mesmo Decreto-Lei, a equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros demais profissionais, consoante as necessidades e disponibilidades de recursos humanos (Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de outubro, 2013).

A UCC onde se desenvolveu o estágio pertence à ARS Centro, mais concretamente ao ACES PL é constituída por uma equipa multidisciplinar que integram: dois (2) enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária, dois (2) enfermeiros especialistas em Reabilitação, um (1) enfermeiro especialista em Saúde Materna e um (1) enfermeiro especialista em Saúde Mental.

A UCC, bem como a USP, conta com a colaboração de uma técnica administrativa pertencente à equipa da UAG e com a colaboração da equipa da URAP, através da assistente social, do psicólogo, do dentista e do higienista oral.

Para além destas classes profissionais, a UCC também conta com uma médica especialista em medicina geral e familiar, pertencente a uma Unidade de Saúde Familiar (USF) do ACES PL que colabora na Equipa de Cuidados Continuados integrados (ECCI), da RCCI.

Esta UF tem como visão, ser uma unidade de referência na prestação de cuidados na comunidade, sendo os profissionais de saúde negociadores pró-ativos de comportamentos de saúde, estabelecendo parcerias com os utentes, individualmente ou em grupo, com o intuito de se aproximarem o mais possível das metas estabelecidas para o seu projeto de saúde, dadas as circunstâncias pessoais e sociais (SNS, 2022).

Segundo o BI-CSP, tem como valores:

- o respeito e a empatia pelos valores das pessoas e da comunidade;
- a horizontalidade, ou seja, articular e cooperar com as outras UF do ACES PL e com as estruturas da comunidade local;
- o trabalho em equipa perspetivando a qualidade dos cuidados;
- a eficácia, a eficiência e a excelência.

Tendo em conta a contratualização para 2022 e a adenda da UCC onde se desenvolveu o estágio são elencadas como principais áreas da matriz multidimensional com impacto no IDG: o desempenho assistencial; serviços; qualidade organizacional; formação profissional e atividade científica. Contudo, a primeira área diz respeito a 50% do impacto no IDG da UCC e as outras áreas somam os restantes 50%. A área “desempenho assistencial” engloba todas as subáreas (acesso, gestão da saúde, gestão da doença, intervenção comunitária e satisfação dos utentes), os respetivos indicadores do processo assistencial propriamente dito. Quanto aos processos não assistenciais, as subáreas e os respetivos indicadores abrangidos são os que englobam todas as atividades que não assistem diretamente o cliente (UCC D. Fuas Roupinho, 2022).

Assim sendo, são 31 os indicadores contratualizados para o ano de 2022 (ANEXO I), distribuídos pelas respetivas áreas e subáreas. Constata-se que os que têm maior valor para o IDG são os que pertencem às subáreas da ECCI e da saúde escolar. Nem todas as subáreas são abordadas pela UCC, mas todas as áreas têm algum indicador contratualizado por esta unidade, à exceção da área “atividade científica”.

No que consta aos SI, é através do Sclínico que os profissionais da UCC fazem todos os seus registos, principalmente a constante atualização do plano de cuidados, tanto a nível individual como da comunidade.

Sendo assim, existem domínios no programa Sclínico específicos para a intervenção em contexto individual ou da comunidade. A intervenção é direcionada a uma única pessoa

(individual) no caso das vacinas administradas, dos utentes da RNCCI, bem como, das crianças com necessidades específicas e especiais em que há necessidade de colaborar com a escola ou com assistente social. No entanto, a intervenção, também, pode ser direcionada a uma comunidade quando esta engloba um grupo específico de pessoas que se relacionam entre si, com as mesmas características e que partilham serviços, instituições e o meio ambiente (Stanhope & Lencaster, 2011). Assim, os focos mais utilizados na UCC, onde o estágio decorreu, são: comportamento de procura de saúde, adesão à vacinação; gestão do regime terapêutico, adesão da comunidade ao PNSE e adesão da comunidade à escovagem dos dentes e ao banho fluoretado.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em Portugal, existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, reconhecida pela OE que, por sua vez, atribui o título de EE. São adquiridas competências que permitem a estes profissionais de saúde prestar cuidados especializados, tornando-se mais valias para os serviços de saúde onde desempenham funções (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018). Assim, numa perspectiva da excelência do cuidar, torna-se importante definir o papel do enfermeiro especialista que é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

O Regulamento n.º 140/2019 que legisla as competências comuns dos enfermeiros especialistas, pressupõe que estes, para além das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, partilhem um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todas as áreas de prestação de cuidados de saúde. Estas competências são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, 2019).

Segundo o mesmo regulamento, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu Artigo 8º, a OE preconiza que os enfermeiros tenham de adotar uma postura e conduta ética e responsável, respeitando os direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015).

Esta postura e conduta tem que estar espelhada na prestação de cuidados dos enfermeiros que devem orientar-se pelos princípios éticos que se regem pelos valores do respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (OE, 2015). Assim, os enfermeiros no seu exercício profissional devem ter por base os princípios do respeito pela autonomia, dignidade e liberdade da pessoa (Nunes, 2011),

Enquanto futura EESCSP, em todas as intervenções efetuadas, bem como em todos os contactos que foram feitos ao indivíduo e à comunidade, foi tido por base o código deontológico, o enquadramento jurídico da situação específica, as normas, as crenças e os valores do mesmo para que fossem tomadas as melhores decisões éticas. Para além disso, foi igualmente necessário, ter em conta que a experiência de situações semelhantes anteriormente leva a que haja uma maior consciencialização das opções a tomar. Este foi um dos pontos de maior dificuldade no ensino clínico, por não terem sido adquiridas experiências semelhantes na área de CSP, pois o foco de ação a nível profissional, são os cuidados de saúde diferenciados, mais especificamente a área de urgência/emergência. Contudo, esta é uma área em que os problemas/dilemas éticos e, conseqüentemente, as decisões éticas a tomar são uma constante da prática diária, o que faz com que, a experiência noutros contextos por vezes seja facilitador e aumente a abrangência de estratégias a adotar por parte das equipas da USP e UCC.

Considera-se, assim, que esta competência foi desenvolvida, pois várias foram as vezes que surgiram dilemas éticos onde o contributo dado na colaboração e na partilha de experiências fundamentadas, com a equipa multidisciplinar, foi impulsionador de tomadas de decisão éticas e conscientes. Um exemplo disso foi na prestação de cuidados a indivíduos de outras nacionalidades, como foi o caso dos refugiados ucranianos e de um grupo de realojados timorenses, em contexto USP.

Desta forma, na estrita relação da multiculturalidade, da vulnerabilidade e dos princípios éticos que levam à tomada de decisão consciente dos cuidados de enfermagem é de crucial importância lembrar a Teoria de Médio Alcance de Madeleine Leininger e o seu modelo *Sunrise*, intitulada de Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Rodrigues, 2021). Leininger, nesta teoria, refere que se deve ter em mente os valores, as expressões, as crenças e as ações ou práticas baseadas no modo de vida cultural sobre o indivíduo, as famílias e os grupos para que a prestação de cuidados de enfermagem seja eficaz, satisfatória e culturalmente coerente (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & Barnieri-Figueiredo, 2014).

Outra das atividades decorrente do ensino clínico onde se desenvolveu esta competência foi na realização do projeto de intervenção comunitária, em que este foi submetido e aprovado pela comissão de ética do Instituto Politécnico de Leiria (IPL). Desta forma, foram salvaguardados os valores, as crenças, a igualdade e o respeito pelos direitos humanos das pessoas envolvidas no projeto.

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade

A qualidade é uma dimensão indissociável da área da saúde e, segundo o Despacho n.º 5613/2015, define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional de excelência que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo (Despacho n.º 5613/2015, 27 de maio, 2015). Este Despacho refere, ainda, que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e evidenciam essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Estes constituem um instrumento que auxilia e define o papel do enfermeiro especialista juntos dos clientes/grupos/comunidades, dos outros profissionais e dos políticos.

Os enunciados descritivos dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (ECSP) vão ao encontro do conceito de qualidade e de melhoria contínua da mesma, identificando-se, desta forma, sete categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidados dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica (Regulamento n.º 348/2015, 19 de junho, 2015).

A formação de carácter obrigatório sobre os padrões de qualidade vai de encontro à premissa de que cabe às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que levem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Assim, aquando do estágio na USP, foi promovida uma formação pela OE sobre os padrões de qualidade especializados na área da ECSP, constatando-se a importância que a gestão de topo dá a esta temática na prática de cuidados de enfermagem. O facto desta temática ter sido abordada na fase teórica do mestrado tornou-se uma mais valia na equipa, tanto na USP,

como, à posteriori, na UCC. Assim, a mestranda colaborou na incorporação de conhecimentos sobre diretivas na área da qualidade, auxiliando os pares (enfermeiros das UF) na consolidação desta matéria, bem como, na adequação da teoria à prática.

No que consiste à prática dos cuidados de enfermagem, é visível que existe uma preocupação dos profissionais de saúde, na USP e na UCC, com a qualidade dos mesmos, tal como refere o Despacho n.º 9390/2021 onde consta o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este tem como princípio que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde atuais e a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes é reconhecida, internacional e nacionalmente (Despacho n.º 9390/2021, 24 de setembro, 2021).

De acordo com o exposto, é imprescindível falar de governação clínica como o processo através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de qualidade de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (Rodrigues & Felício, 2017).

Sendo assim, enquanto futura EESCSP, foi tido em conta que a gestão do ambiente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes promove a envolvimento adequada ao bem-estar e gere o risco (Regulamento n.º 140/2019, 6 de Fevereiro, 2019). Assim, para desenvolver esta competência, em toda a prática de cuidados prestada, individualmente e à comunidade, houve uma preocupação acrescida de que estes cuidados, bem como o ambiente envolvente, fossem seguros. Desta forma, o utente foi envolvido nos cuidados, transmitindo-lhe segurança e promovendo todas as ações que levassem à minimização e, até mesmo, ausência do erro, conseguindo prevenir-se os incidentes, aumentando a qualidade dos cuidados prestados.

De forma a se obterem ganhos em saúde e bem-estar para todos, tanto para os profissionais como para a comunidade, é definido, anualmente, um plano de melhoria contínua e de afetação dos recursos necessários para a sua implementação (Plano de Ação ou contratualização interna). Este plano é operacionalizado por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o IDG que se pretende alcançar (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, - ACSS, 2020).

A realização de um *flyer*, (APÊNDICE I) por parte da mestranda, foi outra das atividades desenvolvidas que contribuiriam para a melhoria contínua dos cuidados e, conseqüentemente,

para o desenvolvimento desta competência. Esta atividade teve como objetivo a referenciação de utentes da rede de Cuidados Paliativos (CP) para a UCC, por parte das outras UF pertencentes ao município. Este documento fazia parte integrante da contratualização para o ano 2022 realizada por esta UF, como forma de aumentar a qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

Embora exista um grande interesse por parte dos profissionais de saúde na monitorização da qualidade dos cuidados de saúde, existe pouca monitorização de cuidados, logo também não há uma uniformização na monitorização de indicadores de qualidade (Rocheta, 2018). Contudo, o facto de existir uma reunião anual (na qual a mestranda teve a possibilidade de participar) para avaliação da concretização dos indicadores contratualizados para aquele ano, faz com que haja uma maior consciencialização dos aspetos a melhorar na qualidade dos cuidados prestados.

Como tal, a utilização de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde não pode ser considerada em si mesma como um fim, mas sim como um meio, numa procura constante de melhoria dos cuidados prestados, sendo esta um processo amplo, dinâmico e que requer do profissional de enfermagem conhecimentos baseados na evidência (Dias, 2014). Para a mesma autora, estes refletem a forma como os enfermeiros contribuem para a saúde da população e como planeiam, atuam e avaliam a sua ação no processo de decisão autónoma.

A procura de conhecimento científico foi uma constante ao longo do ensino clínico, através das atividades que foram realizadas, bem como, com a realização do projeto de intervenção comunitária, levando a um maior desenvolvimento na procura de melhoria contínua da qualidade.

2.1.3 Gestão dos cuidados

A gestão em enfermagem adquire diferentes domínios: individual, centrada na prestação de cuidados; gestão de recursos humanos e materiais; liderança, autonomia e pro-atividade (Soto-Fuentes et al. 2014 citado por Freitas, 2018). Com efeito, considera-se ter desenvolvido esta competência na medida em que na prestação de cuidados foram tidos em conta os recursos existentes, as situações e o contexto de forma a otimizar a resposta e a articulação da equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão, tendo como visão a garantia da qualidade dos cuidados.

Para desenvolver e aprofundar esta competência, foram de crucial importância, a formação na especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, da qual a mestranda é detentora, e a

experiência profissional no serviço de urgência e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). A prática de cuidados nestes dois serviços requer uma elevada gestão de cuidados e a sua priorização, tendo em conta a adequação dos recursos existentes (dotações-seguras). Assim, a detenção deste tipo de experiência profissional fez com que houvesse uma constante participação e colaboração nas decisões de saúde, melhorando e aumentando a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. Isto leva a uma melhor gestão dos cuidados prestados, de forma a que estes sejam os mais eficientes, promovendo a equidade e a sustentabilidade em saúde.

O uso de funções de gestão pelo EE é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). Neste sentido, foram diversas as atividades em que foi permitido colaborar para desenvolver esta competência, nomeadamente, na coordenação da vacinação Covid-19 e gripe sazonal em lares e unidades de cuidados continuados. A calendarização, ao nível do ACES PL, para o rastreio visual da Ambliopia às crianças foi outra das atividades realizadas que serviram para desenvolver esta competência.

O papel do enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados engloba, também, a gestão destes na equipa multidisciplinar. Neste domínio, é importante referir que a mestranda, durante o estágio, procurou desenvolver competências nesta área, na medida em que, quando pertinente e necessário, fez o encaminhamento devido dos utentes/comunidade para os profissionais de saúde imprescindíveis para a efetividade dos cuidados e o aumento dos ganhos em saúde.

A colaboração, enquanto EESCSP, na identificação dos determinantes sociais e económicos que influenciam a sociabilização em contexto escolar, de uma criança, tendo surgido necessidade de encaminhar a situação para o psicólogo que dá apoio à UCC, é um exemplo do desenvolvimento desta competência do EE.

Nesta competência, é de realçar o papel do EESCSP enquanto gestor de cuidados no domicílio, à pessoa que integra a ECCI. Neste sentido, a mestranda procurou capacitar os idosos e a família dos doentes paliativos na gestão da sua medicação.

2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O artigo 8º do capítulo II do Regulamento n.º 140/2019 define que o último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é o do desenvolvimento das aprendizagens

profissionais, alicerçado no autoconhecimento, na assertividade e na prática clínica baseada na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, 2019).

Através desta competência do EE, surge a chamada ‘competência emocional do enfermeiro’, como sendo um conjunto de capacidades que permite ao enfermeiro conhecer, regular, atingir e gerir fenómenos emocionais de modo a construir e manter relações interpessoais (Xavier, Nunes, & Basto, 2014). Reconhecer as suas limitações, gerir as emoções e adotar estratégias que levem a uma resposta eficiente, tanto na relação com o utente/comunidade, como na relação com a equipa, foi uma constante preocupação da mestranda para o desenvolvimento desta competência. A capacidade de autoconhecimento e o conhecimento dos fatores que influenciam o relacionamento interpessoal, levando a uma assertividade na relação foi favorecida pelas formações anteriores realizadas na área da gestão de conflitos.

Um exemplo do desenvolvimento desta competência é o relacionamento profissional que foi estabelecido com toda a equipa multidisciplinar da USP e da UCC, bem como, com os intervenientes no projeto de intervenção comunitária. Desta forma, foi possível o estabelecimento das parecerias existentes no projeto.

A relação terapêutica e empática estabelecida com os utentes e com a comunidade, também, foi uma forma de desenvolver esta competência, na medida em que as intervenções efetuadas, bem como o processo de tomada de decisão tiveram conhecimento válido, atual e pertinente, baseado na evidência científica recente.

A pesquisa da evidência proporciona uma base científica para a prática, utilizando de forma consciente, explícita e cuidadosa a melhor e mais atual evidência na tomada de decisão relativa aos cuidados de enfermagem (Stanhope & Lencaster, 2011). Um exemplo disto está espelhado no processo de planeamento em saúde na qual o projeto de intervenção comunitária assentou. Através deste aumento de conhecimento válido reconhecido pela comunidade a intervir, foi possível que esta depositasse confiança na mestranda e nas sugestões por ele elencadas permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica e empática.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESCSP

As competências específicas do EE são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de

especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, 2019).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho, 2018) são:

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;
- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

De acordo com o regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho da OE, compete ao EESCSP, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos através da realização dos objetivos do PNS (Regulamento n.º 428/2018, 16 de julho, 2018). Desta forma, no decorrer do estágio e com a elaboração do projeto de intervenção comunitária considera-se que todas estas competências foram desenvolvidas e colocadas em prática. Apesar disso, no ensino clínico foram realizadas algumas atividades que contribuiriam para o desenvolvimento das competências específicas do EESCSP e que irão ser abordadas em cada competência específica.

2.2.1 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades é um objetivo dos cuidados de saúde, pois já na carta de *Ottawa*, em 1986, esta é definida como promoção de saúde, uma vez que é considerada como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de forma a controlarem e melhorarem a sua saúde (Rodrigues 2021). Outros autores defendem a capacitação comunitária, não só centrada numa ação de desenvolvimento de capacidades individuais e das comunidades, exigindo uma constante monitorização do agente que capacita (enfermeiro) mas, também numa ação de informar garantindo que estes tenham autonomia para uma tomada de decisão consciente sobre o que os afeta (Stanhope & Lencaster, 2011).

Tendo em conta o exposto, o EESCSP tem competência para liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

Assim, durante o estágio foram diversas as solicitações neste âmbito. Uma das atividades que responde a este domínio foi participar no projeto UBUNTU, dinamizado por uma escola secundária inserida na área geográfica de intervenção da UCC onde se desenvolveu o estágio. O projeto da Academia de Líderes UBUNTU é um projeto de educação não-formal orientado para a capacitação de jovens com elevado potencial de liderança, provenientes de meios desafiantes ou que neles queiram trabalhar e assenta na premissa “Eu sou porque tu és”. Este projeto leva a uma introspeção desafiando a forma como cada um se vê a si mesmo e se relaciona com os outros, tornando-se capaz de cuidar, escutar, confiar e permitir a reconciliação consigo e com os outros, promovendo a dignidade humana (Academia de Líderes UBUNTU, 2023).

Este projeto vai ao encontro do PNSE que tem como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, tendo como um dos seus eixos estratégicos a capacitação na área da saúde mental e competências emocionais (DGS, 2015).

A colaboração da UCC com outras entidades da comunidade é uma mais-valia para obter uma melhoria da saúde daquela comunidade e foi premente na prestação de cuidados. Um dos exemplos disso foi a colaboração com a universidade sénior em dois momentos distintos, de forma a fornecer mais e melhor informação em saúde, aumentando a literacia da população mais idosa em duas temáticas.

A primeira temática abordada foi a aprendizagem do Suporte Básico de Vida (SBV), sendo uma das áreas prioritárias em questão de cidadania, pois, por vezes, a vida do outro depende da nossa ação (APÊNDICE II).

A outra temática abordada foi a vacinação da gripe sazonal (APÊNDICE III), em que a prevenção individual leva à prevenção grupal (imunidade de grupo). Ou seja, a saúde do outro depende das nossas ações enquanto *pivôs* da sociedade, na medida em que quem, por algum motivo, não se puder vacinar possa usufruir da imunidade e proteção dos outros. Esta ideia vai ao encontro do Plano Nacional de Vacinação (PNV) que apresenta a vacinação como um direito e um dever dos cidadãos e que estes são participantes ativos na tomada de decisão de se

vacinarem, com a consciência que estão a proteger a sua saúde, a saúde pública e a praticar um ato de cidadania (DGS, 2020).

Outras das solicitações do EESCSP de forma a mobilizar as suas competências ao auxílio da comunidade ainda sobre o tema de SBV, foi capacitar os alunos do 10º ano do Escola Secundária de um dos municípios onde decorreu o ensino clínico, bem como o pessoal docente e não docente desta escola. Na atividade direcionada para o pessoal docente e não docente foram criadas parcerias e *stakeholders* com profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), por serem vistos como peritos na matéria. Segundo a teoria de enfermagem de Patrícia Benner sobre a aquisição de competências, o perito tem a capacidade de reconhecimento de padrões com base num passado extremamente repleto de experiências, evidenciando um pensamento clínico ágil e intuitivo (Cunha, 2017).

Capacitar grupos e comunidades é um processo difícil, principalmente no que consta a grupos vulneráveis. Estes grupos comunitários são sub-grupos de uma população com maior predisposição para adquirir problemas de saúde como resultado da exposição a risco ou que tem piores resultados, perante esses problemas, do que a população em geral (Stanhope & Lencaster, 2011). Contudo, também, é nestes grupos que a intervenção do EESCSP tem maior ênfase, é mais desafiadora, motivadora e que os ganhos em saúde são mais visíveis, não descurando os outros grupos comunitários.

No desenvolvimento desta competência foi possível intervir em grupos/comunidades com necessidades específicas, com diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas, como foi o caso de um grupo de ucranianos refugiados e um grupo de realojados timorenses. A diferença linguística por vezes pode ser uma barreira aos cuidados, pois a comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão que possibilita o acesso à informação, ao conhecimento e à satisfação das necessidades da pessoa, bem como o acesso da mesma ao princípio do respeito pela autonomia e ao consentimento informado, assegurando a sua satisfação e a confiança mútua (José, 2010). No entanto, denota-se a importância que existe nas duas UF em que a comunicação não seja uma barreira. Um exemplo disso foi o esforço promovido pela enfermeira da USP em colaboração com a mestranda, através da solicitação da colaboração do ACES PL, na tradução para português dos boletins de vacinas pertencentes aos grupos alvo de intervenção, bem como, na tradução do PNV português para ucraniano e timorense. Assim, foram criados instrumentos inovadores e adequados à disseminação e gestão da informação em saúde. Esta intervenção assegurou que o acesso destes aos cuidados de saúde

fosse adequado, eficaz, integrado, continuado e ajustado, de forma a tomarem decisões em saúde conscientes e responsáveis.

Outro exemplo de uma atividade que contribuiu para o desenvolvimento desta competência foi a implementação de um projeto de formação para profissionais de saúde, de educação e de encarregados de educação sobre a Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) nas crianças e adolescentes - DARE+, capacitando esta comunidade educativa na gestão desta doença. Este projeto tem como estratégia de intervenção uma sessão de Educação para a Saúde (EpS) que é composta por uma apresentação multimédia (*powerpoint*- ANEXO II) e um *workshop* que ensina a atuar em caso de emergência (hipo ou hiperglicemia). Para Melo (2014), o papel do educador para a saúde é delinear e implementar atividades de aprendizagem que forneçam preparação, instrução e desenvolvimento de habilidades. Para tal, este projeto visa promover a participação ativa de todos os intervenientes na gestão da DM1 na seleção das estratégias de prevenção, autocontrolo e tratamento.

Saliento que esta atividade foi de encontro aos objetivos do PNSE e do Programa Nacional para a Diabetes (DGS, 2020), nomeadamente, na elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI) que, segundo o Despacho n.º 8297-C/2019, deve ser elaborado com base no plano terapêutico (da consulta da especialidade do hospital) e deve ter a participação dos pais/encarregados de educação, de elementos da equipa de saúde escolar e de elementos da escola, envolvendo, sempre que possível, a criança ou jovem com Diabetes Mellitus tipo (DM1) (Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro, 2019).

Utilizando a EpS como forma de capacitar os indivíduos e a comunidade foram diversas as atividades desenvolvidas no ensino clínico que serviram para desenvolver esta competência. Desta forma, foi elaborada uma sessão de EpS cujo o tema foi a Epilepsia (APÊNDICE IV).

Para comemorar o dia da alimentação saudável, em colaboração com duas escolas do concelho da área de abrangência da UCC, foi elaborada uma sessão de EpS sobre promoção de hábitos de alimentação saudável direcionada às crianças, em contexto escolar. Esta sessão consistia na participação num jogo através da plataforma interativa *Kahoot* e de uma apresentação multimédia (APÊNDICE V). A atividade escolhida serviu para aplicar um instrumento inovador e adequado à disseminação de informação, capacitando as crianças para uma tomada de decisão responsável e consciente e ajudou ao desenvolvimento desta competência específica do EESCSP.

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

A gestão de programas e projetos exige um complexo desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa para potenciar o alcance das metas que respondem às necessidades de saúde da população (Melo, 2020). A coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário, indo de encontro aos objetivos do PNS, é outra das competências específicas do EESCSP que se desenvolveu ao longo das atividades desenvolvidas no estágio, bem como, através da implementação do projeto de intervenção comunitária.

A administração das vacinas da gripe sazonal e Covid-19 aos residentes e profissionais das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), permitiram o desenvolvimento constante desta competência.

A participação ativa com a escola na equipa de Promoção de Educação para a Saúde (PES) é crucial para a gestão, implementação e coordenação dos programas nacionais na área da saúde escolar, em que o EESCSP assume um papel essencial. Estes programas são: Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO); PNPAS; Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF); Programa Nacional de Saúde dos Jovens –PNSJ; Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) e PNSE. Tendo em conta os objetivos destes programas e as necessidades das crianças e jovens foram elaboradas sessões de EpS, com o intuito de aumentar os conhecimentos da comunidade escolar sobre determinada temática identificada como prioritária.

Assim, uma destas sessões foi sobre a “Sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis”, para os alunos do 10º ano, e teve como estratégia uma apresentação multimédia (APÊNDICE VI). Esta atividade, para além de ir ao encontro dos objetivos do PNSE, também cumpre com os critérios do Programa Nacional para a Infeção do VIH, SIDA e Tuberculose onde se pode ler que umas das suas missões é “reforçar e aumentar a abordagem de saúde pública...melhorando a efetividade das mensagens de prevenção e promoção da saúde, incluindo práticas de sexo seguro” (DGS, 2017, pp. 11).

Outro dos programas onde o EESCSP tem a competência de implementar, gerir e monitorizar as intervenção dirigidas às crianças/jovens, em contexto escolar, é o PNPSO. Neste contexto, o enfermeiro promove boas práticas em saúde oral e garante a equidade no acesso aos cuidados orais, prevenindo, assim, as doenças da cavidade oral. Para que isto seja possível, no ensino clínico, foi realizada uma atividade, com a colaboração do higienista oral, direcionada a todas

as crianças das idades-alvo com direito aos cheques dentista. Estes cheques funcionam como uma estratégia de intervenção nacional e têm como objetivo a prevenção das doenças orais, mantendo a equidade e a universalidade no acesso aos cuidados de saúde oral (DGS, 2021).

A atividade desenvolvida consistiu na visualização de um filme elaborado e promovido pelo projeto SOBE⁺ (projeto elaborado com o intuito de aumentar a literacia sobre os hábitos saudáveis de higiene oral, das crianças do pré-escolar e do 1º ciclo) e pela distribuição da solução fluoretada (usada na prevenção de doenças orais em crianças).

De forma a desenvolver esta competência, indo ao encontro do Plano Nacional de Saúde da População Idosa (PNSPI), houve a possibilidade de colaborar na equipa de ECCI, prestando cuidados de enfermagem, no domicílio, a utentes com necessidade de cuidados paliativos e reabilitação, inscritos na RNCCI.

Este programa tem como um dos eixos estratégicos adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas, prestando-lhes cuidados domiciliários em contexto de doença ou de dependência (DGS, 2006). Assim, tendo por base esta ideologia, foram criadas as ECCI, que estão integradas na UCC. A intervenção destas equipas é multidisciplinar e a sua finalidade é promover e/ou recuperar a saúde das pessoas com necessidade de cuidados continuados e em situação de dependência ou em risco de perda de autonomia, incluindo os cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 136/2015, 28 de julho, 2015).

2.2.3 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A epidemiologia é encarada como o estudo da distribuição dos estados de saúde e das causas dos desvios da saúde em populações, permitindo controlar problemas de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Melo (2020) acrescenta que a epidemiologia deixou de se focar nas doenças infecciosas e introduz as doenças associadas aos comportamentos que advém da interação com os fatores ambientais, socioeconómicos e culturais (determinantes de saúde).

Desta forma, a vigilância epidemiológica tem vindo a ser desenvolvida com os estudos realizados pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública através dos diagnósticos de saúde elaborados (Melo, 2020). Sendo assim, afirma-se que o projeto de intervenção comunitária elaborado é um exemplo do desenvolvimento desta competência, pois, na elaboração do diagnóstico de situação foi feito um levantamento de dados epidemiológicos

no que concerne aos hábitos de alimentação e de atividade física, de uma comunidade específica, da área geodemográfica onde a UCC e um dos polos da USP estão inseridos.

Sabendo que a epidemiologia utiliza vários métodos de recolha de informação no desenvolvimento de estudos, como vigilância, observação, rastreios, teste de hipóteses, investigação analítica, experimentação e predição (Porta et al, 2014 citado por Melo, 2020), uma das atividades realizadas no estágio que contribuiu para o desenvolvimento desta competência foi colaborar no rastreio visual da Ambliopia a crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos. Através deste rastreio foram fornecidos dados que irão contribuir na vigilância epidemiológica desta doença.

Outra das atividades em que foi possível participar e que contribuiu para a vigilância epidemiológica foi a recolha de dados sobre os determinantes de saúde que influenciam a nutrição infantil para o estudo intitulado de *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* Portugal. Este estudo insere-se no COSI da OMS/Europa e resulta de um conjunto de atividades do sistema de vigilância nutricional infantil.

O realojamento de imigrantes timorenses numa pousada da juventude surgiu como mais uma oportunidade para desenvolver esta competência, tendo sido ativados esforços sociais e de saúde, no rastreamento de doenças e de riscos para a saúde destes indivíduos e da população em geral. Desta forma, foi programada uma visita domiciliária à pousada onde foram realizados testes Covid-19 a todos os indivíduos de forma a conter um possível surto desta doença. Assim como, foram solicitados e transcritos documentos comprovativos das vacinas que estes eram portadores. Com esta informação, procedeu-se à administração das vacinas para as quais estes não estavam imunes, tendo por base o esquema vacinal definido no PNV.

Em relação às restantes atividades a que a mestranda gostaria de ter participado para desenvolver esta competência, nomeadamente, participar nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental e conhecer o Observatório de Saúde Pública de Leiria, não foi possível de participar, por motivos de dinâmica da USP PL.

2.2.4 Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O planeamento em saúde é uma atitude ou um posicionamento face aos recursos sócio-económicos de uma realidade mutável, levando a uma transformação por finalidades pré-

estabelecidas e assumidas politicamente. Neste processo, identifica-se o estado de saúde atual de uma comunidade e o nível de saúde desejado e é neste percurso que este se operacionaliza, desenvolvendo-se diversas etapas da metodologia do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes,1993).

Esta competência específica do EESCSP foi desenvolvida e alcançada através da implementação de um projeto de intervenção comunitária, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, direcionada a uma comunidade vulnerável que são as crianças. Este projeto teve início, na USP e, à posteriori, operacionalizou-se no âmbito da saúde escolar da UCC onde o estágio decorreu, tendo como parceria major o AE da área geodemográfica correspondente aos cuidados daquela UF.

De seguida, serão abordadas todas as etapas do planeamento em saúde direcionado ao projeto de intervenção elaborado, denominado **Educa-Me**.

3. EDUCA-ME – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O projeto Educa-Me é um projeto de intervenção numa comunidade constituída por um grupo vulnerável de pessoas, as crianças e surgiu de uma preocupação das professoras do AE de um dos municípios onde decorreu o estágio e das enfermeiras da USP e da UCC em relação à obesidade infantil. Esta problemática foi apontada pela equipa PES como uma área prioritária a intervir naquele AE. Como mestranda na área de ECSP, tendo por base as competências do EESCSP, procedeu-se à elaboração e implementação de um projeto baseado na metodologia do planeamento em saúde com o intuito de capacitar e empoderar as crianças e respetiva família na adoção de estilos de vida saudáveis que levem, no futuro, à diminuição da obesidade infantil.

3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1.1 Obesidade Infantil

A obesidade está relacionada a um acúmulo excessivo da camada de tecido adiposo no organismo e diagnostica-se através da medição do Índice de Massa Corporal (IMC). Pode ser considerada como uma epidemia, devido a ser uma doença de caráter epidemiológico crescente, devido a predisposição a outras patologias (OMS, 2022; Paiva, Couto, Masson, Monteiro, & Freitas, 2018). De facto, em Portugal, no ano de 2019, cerca de um terço de todas as mortes foram atribuídas a fatores de risco comportamentais, como o excesso de peso e a obesidade (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde - OCDE, 2021).

O Relatório Europeu da Obesidade 2022 aponta que uma em cada três crianças em idade escolar, um em cada quatro adolescentes e quase 60% da população adulta sofrem de sobrepeso ou obesidade. Este é o principal fator de risco ligado a maior morbidade e mortalidade, causando 7% do total de anos vividos com incapacidade (OMS, 2022).

Em 2015 e de acordo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico INSEF, cerca de dois terços da população adulta portuguesa (67,6%), sofria de excesso de peso ou obesidade (DGS, 2022).

Em 2018, 22 % dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, um valor superior à média europeia (OCDE, 2021).

Os dados do estudo COSI, em 2019, mostram que, a nível nacional, as crianças com 8 anos de idade são as que apresentam maiores valores médios de IMC e que na região centro, dos 6-8 anos de idade, há cerca de 13,4% de crianças obesas e 15,6% em pré-obesidade (Rito, Mendes & Baleia, 2021).

Segundo os dados do PNS, a obesidade é um dos problemas de saúde que tem aumentado na Região Centro para todas as idades e no Plano Regional de Saúde do Centro constata-se que no grupo etário dos 0 aos 14 anos, 3% sofre de obesidade infantil (ARS Centro, 2018).

Nos anos de pré-adolescência e da adolescência constata-se um maior crescimento, acompanhado pelo aumento do apetite, das necessidades nutricionais e do sedentarismo, influenciado por alterações físicas e adaptações psicossociais próprias desta faixa etária. Os quais são os principais fatores que levam à obesidade (Stanhope & Lencaster, 2011).

De acordo com as projeções do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), para a população portuguesa, no ano de 2030, espera-se que 13,8% das mortes sejam causadas por erros alimentares e 12% por excesso de peso e obesidade (DGS, 2022). O relatório “*The Heavy Burden of Obesity – The Economics of Prevention*” da OCDE, em Portugal, vem corroborar esta ideia, fazendo uma estimativa em que, entre 2020 e 2050, o excesso de peso e as doenças associadas a este possam vir a contribuir para uma diminuição da esperança média de vida em cerca de 2,2 anos. O mesmo relatório refere ainda que 10% da despesa total da saúde (equivalente a 207 € per capita por ano) é utilizada para o tratamento de doenças relacionadas com o excesso de peso, uma percentagem superior à média dos países da OCDE (8,4%), valor que representa 3% do Produto Interno Bruto (PIB) (DGS, 2022).

As doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios músculo-esqueléticos e alguns tipos de cancro, são as principais causas de mortalidade e morbidade na União Europeia. Estas representam 86% das mortes e 77% dos encargos causados pelas doenças, pelo que é necessário que os governos prestem apoio às populações, para que estas possam permanecer saudáveis e independentes pelo maior tempo possível (OMS, 2020).

O Plano Local de Saúde Pinhal Litoral (PL) 2018-2020, também, mantém algumas destas doenças no seu diagnóstico de situação, mas procedendo à priorização das mesmas a obesidade aparece em 2º lugar. Como tal, de um modo geral, a ação dos serviços de saúde, em estreita colaboração com os parceiros, deve procurar, entre outras estratégias, promover hábitos de vida saudáveis (ARS Centro, 2016).

Os determinantes em saúde exercem influência no sobrepeso e na obesidade e têm como principais fatores de risco para estas doenças as características socioeconómicas, como situação económica e nível educacional (OMS, 2020). Outros autores, apresentam outros determinantes de saúde associados à obesidade, como, fatores metabólicos, fisiológicos, alimentares, comportamentais e também sociais (Ferreira & França, 2021).

Os determinantes de saúde são fatores que influenciam, positivamente ou negativamente, a saúde individual e coletiva (Loureiro & Miranda, 2018). O modelo sugerido por Dahlgren & Whitehead sugere que estes podem ser classificados em fatores biológicos, individuais, de estilo de vida, sociais e económicos, ambientais e de acessibilidade (Dahlgren & Whitehead, 1991 citado por Melo, 2020). Os determinantes modificáveis, nomeadamente os de estilo de vida, onde se inclui os ambientais, a alimentação e a atividade física, estão entre o foco de intervenção em Saúde Pública, devendo essa intervenção ser planeada com uma visão alargada uma vez que os diferentes determinantes se interrelacionam (Loureiro & Miranda, 2010). Os problemas de peso estão diretamente associados aos hábitos alimentares e ao estilo de vida, envolvendo fatores sociais, ambientais e socioculturais, sendo considerado um grave problema de saúde pública (Paulo, Honório & Rocha, 2019; Ferreira & França, 2021).

O baixo nível de atividade física também é um fator que tem contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e de obesidade (OCDE, 2021). Quando se combina a prática de exercício físico com a restrição calórica, é possível reduzir o sobrepeso, tendo impacto na qualidade de vida (Paulo, Honório & Rocha, 2019; Ferreira & França, 2021).

Quatro a cinco milhões de mortes por ano poderiam ser evitadas se a população global fosse mais ativa fisicamente (OMS, 2020). Muitos são os fatores responsáveis pelo aumento na incidência da obesidade, como a prática de assistir à televisão durante várias horas por dia, a difusão dos jogos eletrónicos e a utilização de alimentos processados e industrializados, no contexto domiciliário (Stanhope & Lencaster, 2011).

Segundo o Despacho n.º 6401/2016, o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, sublinhando que para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada (Despacho n.º 6401/2016, 06 de maio, 2016).

Assim, muitos têm sido os esforços desenvolvidos tendo em conta os determinantes em saúde. Um exemplo disso está espelhado no relatório *HEALTH 2020* em que considera que a

abordagem tem que integrar a saúde em todas as políticas com o objetivo de a melhorar, reduzindo o efeito absoluto dos determinantes em todas as pessoas, direcionando as ações para os mais afetados, de forma a se alcançar uma saúde para todos (OMS, 2020).

No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, o objetivo 2: erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável é, nos países desenvolvidos algo a considerar. Tal objetivo é uma preocupação devido à alimentação desadequada às necessidades da população que cada vez mais se tem tornado sedentária. Estes comportamentos resultam no aumento de pessoas com excesso de peso e obesidade, inclusive em crianças. (Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental, 2016).

O PNPAS e o PNPAF são programas nacionais de saúde prioritários, que se desenvolvem no âmbito do PNS e pretendem contribuir para a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, particularmente a obesidade (DGS, 2020; ARS Centro, 2018). Controlar a prevalência do excesso de peso e da obesidade na população infantil e escolar e aumentar o número de pessoas que consomem fruta e hortícolas diariamente são algumas das metas estabelecidas nos programas prioritários ao nível da promoção da alimentação e da promoção da atividade física (DGS, 2020).

Os objetivos e as ações a desenvolver no âmbito dos programas prioritários e projetos específicos são transversais a toda a atividade da ARS Centro e estão alinhados com as grandes orientações estratégicas do Ministério da Saúde: reduzir a mortalidade prematura; aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos e reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis (ARS Centro, 2018). Desta forma, o Plano Regional de Saúde do Centro definiu entre os objetivos e metas a atingir para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos: prevenir o excesso de peso e obesidade (infantil), promovendo a atividade física e a redução do sedentarismo, através da promoção da alimentação saudável, nomeadamente, da DM (ARS Centro, 2018).

Para que os objetivos dos planos e programas ao nível nacional, na área da alimentação, se concretizem, o Despacho n.º 11418/2017 emana a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS). Esta está organizada por eixos estratégicos, entre eles os eixos 2 e 3, que apontam como estratégia, tal como o eixo estratégico 1 do PNSE, melhorar a qualidade e acessibilidade da informação disponível ao consumidor, de modo a informar e capacitar os cidadãos, promovendo a literacia e autonomia para o exercício de escolhas

saudáveis (DGS, 2015). Desta forma, as atividades desenvolvidas passam por estratégias de educação alimentar em ambiente escolar através da promoção da DM, tendo em conta a sua preparação e confeção de alimentos, conhecendo melhor o processo de produção dos alimentos (Despacho n.º 11418/2017, 29 de dezembro, 2017).

Assim, o EESCSP tem que ter em conta todas as variáveis que possam favorecer ou que sejam barreiras no processo de aumentar os ganhos em saúde, nomeadamente no que concerne aos determinantes de saúde e a relação destes com os conceitos meta paradigmáticos que sustentam o exercício profissional do enfermeiro (a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem) (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

3.1.2 Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM)

A DM é uma componente dos determinantes do estilo de vida que combina nutrição correta com um baixo sedentarismo, com efeitos benéficos na prevenção de doenças cardiovasculares, doenças neuro-degenerativas, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), obesidade e cancro (Azekour, Outaleb, Eddouks, Khallouki, & Bouhali, 2020).

A DM não é uma dieta específica, mas sim um conjunto de hábitos alimentares, ou seja, um padrão alimentar. Tradicionalmente, este padrão era seguido por pessoas residentes nos diferentes países que fazem fronteira com o Mar Mediterrâneo e é caracterizado por um elevado consumo de frutas, legumes, carboidratos complexos, leguminosas e com um consumo moderado de peixe, sendo o consumo de azeite o principal alimento (Azekour, et al, 2020).

Ancel Keys é o pai da DM e fala pela primeira vez neste padrão alimentar em 1959. Desde então, muitos foram os estudos científicos efetuados, os acontecimentos marcantes e os avanços neste modelo cultural até aos dias de hoje.

Em 2002, a *International Task Force on the Mediterranean Diet* discute pela primeira vez uma redefinição e atualização do conceito de DM (Real & Graça, 2019).

Em 2004, foi elaborada por Serra-Majem e colaboradores a primeira ferramenta de avaliação da adesão ao PAM que inclui fatores alimentares associados ao estilo de vida (Índice de KIDMED). Este instrumento foi elaborado para implementar em crianças e jovens espanhóis, entre os 2 e os 24 anos (Serra-Majem, Bach-Faig, & Raidó-Quintana, 2012).

Em 2010, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) inscreveu a DM na lista de Património Cultural Imaterial da Humanidade (UNESCO, 2010) e a *Food and Agriculture Organization* (FAO) incluiu a DM na lista das dietas mais sustentáveis do mundo (Real & Graça, 2019).

Em 2020, a autora Mariana Rei, aquando do seu mestrado em EpS procedeu à reprodutibilidade e validade do Índice KIDMED, para a população adolescente portuguesa (Rei, 2020).

A pirâmide da DM, tal como a roda dos alimentos deste padrão alimentar, mantém as proporções e frequência de consumos recomendadas e incorpora elementos culturais do estilo de vida, tendo em conta a forma como se selecionam, cozinham e são ingeridos. Assim, esta forma saudável de ver a alimentação inclui 4 eixos: a moderação na ingestão, a sociabilidade à mesa, as atividades culinárias com produtos sazonais e de confeção simples e a atividade física em forma de lazer (Serra-Majem, Bach-Faig & Raidó-Quintana, 2012).

Neste sentido, o PNPAS 2022-2030 visa promover o estado de saúde da população portuguesa atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação, de forma a que os cidadãos vivam, cresçam, aprendam e trabalhem em ambientes alimentares saudáveis. Só assim, serão capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos e práticas culinárias saudáveis, estando mais capacitados para fazerem escolhas alimentares que tragam benefícios e ganhos em saúde (DGS, 2022).

Desta forma, o PNPAS 2022-2030 definiu como metas, entre outras:

- aumentar o conhecimento sobre os princípios da DM em pelo menos 20% até 2027;
- aumentar a adesão à DM em 20% até 2030;
- aumentar a proporção de crianças e jovens alvo de intervenção em saúde escolar, no que concerne à alimentação até 2030.

Como indicadores definiu que 50% da população conheça os princípios da DM e que 26% da população tenha elevada adesão a esta dieta (DGS, 2022).

Contudo, os problemas relacionados com os estilo de vida, como fumar, comer em excesso e o padrão alimentar, não podem ser resolvidos pedindo apenas às pessoas que façam escolhas promotoras de saúde. Devem ser proporcionadas as escolhas saudáveis, pois a maioria destas pessoas precisa de ajuda para mudar os seus hábitos, como o apoio da família, os amigos, os sistemas de cuidados de saúde comunitários e as políticas sociais (Stanhope & Lencaster, 2011).

3.1.3 O papel do enfermeiro na promoção da saúde

A promoção da saúde pode ser encarada como uma prática que engloba a comunicação, a capacitação e as atividades políticas, através de um conjunto de princípios que respeitam a equidade e o empoderamento das pessoas e/ou comunidades (Melo, 2020).

Assim, a promoção da saúde é um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde e pode ser vista como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

Na complexa relação entre os níveis de prevenção da saúde à escala mundial (prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária), a promoção da saúde, bem como a proteção da doença, está incluída ao nível da prevenção primária (Stanhope & Lencaster, 2011). Embora a prevenção primária tenha como objetivo ensinar as pessoas como evitar ou alterar comportamentos de risco, a promoção distingue-se da proteção, na medida em que os instrumentos utilizados ao exercício da prestação de cuidados são diferentes. Enquanto que, na proteção da saúde são utilizados termos com conotação negativa, como “ausência de doença”, na promoção da saúde são utilizados termos que nos induzem a um bem-estar em saúde, ou seja, dão uma visão positiva de saúde, como o comportamento promotor de saúde, os hábitos de saúde, as práticas de saúde e o estilo de vida saudável (Stanhope & Lencaster, 2011).

Assim, a promoção de uma boa nutrição e de hábitos alimentares é essencial para a saúde das crianças, visto que na fase da pré-adolescência, como na adolescência, estas demonstram uma maior responsabilidade na escolha de um estilo de vida saudável. Esta aumenta se participarem em atividades de EpS (Stanhope & Lencaster, 2011).

De acordo com o Guia de Bolso para a Promoção da Saúde, de Glenn Laverack, citado por Melo (2014, pp.18) a “educação para a saúde fornece as informações técnicas mais recentes, motivando as pessoas a mudar comportamentos prejudiciais à saúde, dando-lhes a confiança para fazer essas mudanças”. Sendo assim, os enfermeiros preocupam-se com a aprendizagem por parte da comunidade, pois esta permite, através do aumento da informação, capacitar os indivíduos na tomada de decisão e assim modificarem o seu comportamento (Stanhope & Lencaster, 2011). A EpS é apontada como um dos instrumentos mais eficazes para a promoção da saúde (Melo, 2020) e pode ser entendida com a promoção da literacia em saúde (Queiroz, 2011).

A literacia em saúde é uma das principais prioridades da DGS e da ARS Centro, pois, está comprovado que baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com uma menor preocupação de ação para a promoção da saúde e levam a uma diminuição da qualidade de vida e a uma diminuição da eficácia e eficiência dos serviços de saúde (DGS, 2019; ARS Centro, 2018), sendo um fator de risco para diversas doenças, nomeadamente, para a obesidade (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

O eixo estratégico 2 do PNPAS 2022-2030 é informar e capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis, levando a que estas sejam capazes de promover a sua saúde através da adoção de comportamentos alimentares saudáveis (DGS, 2022). O objetivo geral 1 do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 vai de encontro ao eixo do PNPAS, que é adotar estilos de vida saudáveis e engloba como áreas prioritárias a alimentação saudável e a atividade física, dando ênfase à intervenção nas crianças como grupo vulnerável (DGS, 2018).

Contudo, a forma como os pais entendem a informação que lhes é dada muitas vezes está na base da adoção de estilos de vida menos saudáveis. É aqui que o EESCSP, através das competências que adquire, tem o desafio de ser educador, para não ser mais tarde provedor, ajudando as famílias, através da promoção de saúde, a prevenirem-na na esperança de que a doença não venha a ser uma realidade (Mayer, D, Villaire, & MSLM, 2010).

3.1.4 O papel promotor da família

Na infância, fase mais importante para a formação dos hábitos da criança, os pais têm um papel fundamental no seu estilo de vida, sendo responsáveis por orientá-las para a alimentação saudável e por criarem condições para a prática de exercício físico (Paiva, Couto & Masson, 2018). Os estilos e comportamentos parentais têm um papel elementar na promoção de comportamentos saudáveis nas crianças (Frontini & Luz, 2019). Geralmente as crianças acompanham os hábitos dos pais e familiares, o que dificulta as mudanças dos mesmos, e, por vezes, estes determinam os padrões comportamentais na vida adulta (Ferreira & França, 2021).

Como se pode verificar na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, em que a criança aprende por observação direta dos comportamentos que considera modelos, sendo fundamental intervir com as famílias reforçando aos hábitos saudáveis já adquiridos (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

O Plano de Ação do ACES PL vai de encontro a esta ideia quando refere que se deve capacitar os pais, as crianças e a restante comunidade educativa, através de estratégias que englobem o ambiente familiar e escolar. Esta capacitação deverá ser promovida através da adequada seleção e confeção de alimentos saudáveis, de forma a que se dê privilégio às práticas alimentares promotoras de saúde, para que aquando da tomada de decisão no momento da escolha e consumo dos alimentos, a criança esteja empoderada a realizar as escolhas mais saudáveis e sustentáveis (ARS Centro, 2016).

3.1.5 O enfermeiro em saúde escolar

Quando o foco da intervenção da Saúde estava centrado na prevenção e no controlo das doenças transmissíveis, a saúde escolar foi uma mais-valia para a melhoria dos IDG da população infantil e juvenil. Contudo, com as condições de salubridade existentes, hoje em dia, em Portugal, o desafio da saúde escolar passa por ações de promoção da saúde que primem a intervenção sobre os determinantes da saúde com maior peso nas doenças crónicas não transmissíveis, criando condições que possibilitassem aos alunos melhorar a sua saúde e o seu bem-estar físico, mental e social (DGS, 2015).

Sendo as escolas um local privilegiado para a aquisição de conhecimentos e competências essenciais para a adoção de hábitos alimentares saudáveis (Esperança, 2019), cabe ao enfermeiro em saúde escolar apresentar estratégias e ações que minimizem os problemas de saúde nos grupos de intervenção prioritária (crianças e adolescentes), capacitando, também, toda a comunidade educativa (DGS, 2022; Paiva et al., 2018).

Desta forma, o EESCSP, na prestação de cuidados à comunidade escolar, intervém com as crianças, sob a forma de educador, conselheiro, consultor e gestor de caso, tendo como guias as orientações emanadas pela *National Association of School Nurses* (NASN), sediada em Washinton, onde integra o copro profissional de enfermeiros escolares (Stanhope & Lencaster, 2011).

De acordo com o exposto, os enfermeiros na prestação de cuidados em contexto escolar usam o processo de enfermagem atendendo aos três níveis de prevenção da doença. Na prevenção primária, as atividades são essencialmente de promoção da saúde, identificando as necessidades das crianças e suas famílias. Na prevenção secundária, procuram identificar as crianças em risco de problemas evitáveis. Como prevenção terciária, os enfermeiros fazem a ligação entre os

cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários, de forma a evitar que as lesões já ocorridas se instalem (Stanhope & Lencaster, 2011).

Desta forma, na prestação de cuidados, o EESCSP e a comunidade estão envolvidos para uma tomada de decisão conjunta, procurando mudanças saudáveis, sendo necessárias atenções específicas na área da saúde escolar (Stanhope & Lencaster, 2011).

Assim, ao nível local, surgem as equipas PES que visam orientar e facilitar as escolhas dos alunos e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa (Direção-Geral da Educação - DGE, 2017).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE INTERVENÇÃO

Contextualizar a população onde o projeto se insere é estar atento a todas as condicionantes, bem como aos determinantes de saúde e aos recursos que a comunidade oferece para que a tomada de decisão ao longo no processo de planeamento em saúde seja refletida (Rodrigues, 2021). Sendo assim, será realizada uma curta caracterização e contextualização do concelho onde o projeto de intervenção se desenrolou.

O concelho onde foi implementado o projeto de intervenção comunitária faz parte dos cinco concelhos que compõem a área de intervenção do PL e situa-se na faixa litoral, no sudoeste da Região Centro, que se estende por uma área de 1737 Km². O PL é, segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), uma das dez sub-regiões NUTS III que constituem a região NUTS II designada por Região Centro (ACES PL, 2022).

O concelho alvo de intervenção foi o de Porto de Mós e tem 261, 83 Km² de área territorial. Este município é um dos menos populosos do ACES PL, com cerca de 9% da população total da NUT III PL (ARS Centro, 2021).

Quanto à tipologia de áreas urbanas, verifica-se que este concelho tem uma área predominantemente rural e com algumas dificuldades de acesso devido ao Maciço Calcário Estremenho, tendo o seu ponto mais alto do PL, que corresponde à Serra de Aire e Candeeiros (atinge uma altitude de 650m) (ARS Centro, 2021; ACES PL, 2022).

Analisando alguns indicadores deste concelho, verifica-se que é o concelho com menor poder de compra e que se destaca no PL pela fabricação de outros produtos minerais não metálicos, com cerca de 27% do número de sociedades desta atividade (ARS Centro, 2021).

Ao nível do ensino, constata-se que este concelho é o que tem maior taxa de concretização do 3º ciclo (13,27%), mas que tem das menores taxas do término do ensino superior (6,65%) (ARS Centro, 2021; ACES PL, 2022).

Ao nível do nº de enfermeiros disponíveis para a comunidade, através da figura 1 verifica-se que é o concelho em que o rácio enfermeiro-utente é menor (ARS Centro, 2021).

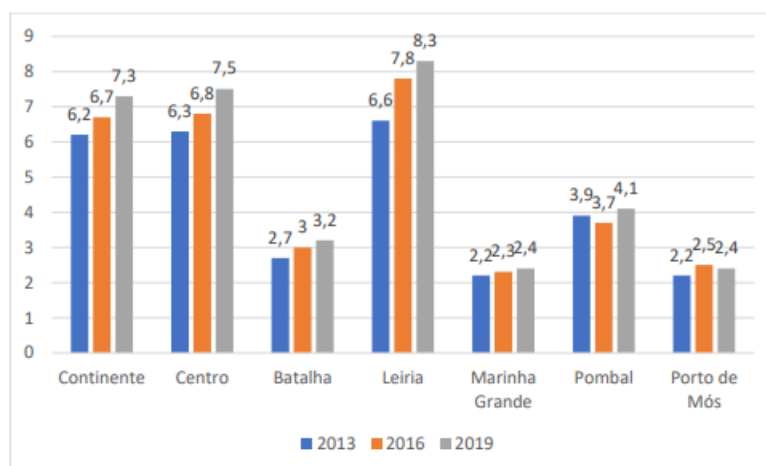


Figura 1: N.º de enfermeiros por 1000 habitantes, por local de trabalho
Fonte: ACES PL, 2021, pp. 15

Segundo os dados do Registo Nacional de Utentes (RNU), em 2021, encontravam-se 25981 utentes inscritos nos CSP daquele concelho (ARS Centro, 2021).

Em relação ao que o município tem à disposição da população, segundo o site da câmara municipal, fazem parte:

- diversas farmácias;
- clínicas dentárias;
- clínicas de medicina física e reabilitação;
- 1 USF;
- 1 UCC;
- 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- 1 USP;
- 3 corporações de bombeiros;
- 1 Biblioteca;

- 1 Museu Municipal;
- 1 piscina municipal;
- percursos pedestres;
- 2 Unidades de Cuidados Continuados, integrada na RNCCI;
- diversos lares de idosos.

Ao nível dos transportes públicos, estes são gratuitos a todos os estudantes do concelho que frequentem as escolas do concelho até ao 9º ano de escolaridade.

Este concelho tem um parque escolar que é constituído por 2 redes escolares: uma pública e uma de ensino cooperativo com contrato de associação. No total, este parque escolar é composto por 2 centros escolares (com a valência de jardim-de-infância e 1º ciclo), 14 jardins-de-infância, 13 escolas do 1º ciclo do ensino básico, 1 escola do 2º ciclo do ensino básico, 2 escolas secundárias (uma com 2º e 3º ciclo e secundário e uma com 3º ciclo e secundário) e ainda uma escola secundária (com 2º e 3º ciclo e secundário) do ensino particular e cooperativo. O nº total de alunos do 1º ciclo do ensino básico é de 801.

No que concerne aos recursos disponíveis no domínio da saúde, tendo por base a alínea g) do nº 2 do artigo 23º do Anexo I da Lei nº 75/2013, de 12 de setembro, compete a este município participar nos programas de promoção de saúde pública, comunitária e vida saudável e promover ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades de base comunitária que apelem ao envolvimento da população em atividades de exercício físico. Desta forma, são vários os projetos desenvolvidos pelo município neste âmbito, um deles é o fornecimento de fruta no lanche da manhã a todos os alunos do pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico.

Para além da componente letiva que está prevista na estrutura curricular definida pelo Ministério da Educação, este município, no âmbito das suas competências, oferece um conjunto de Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) nas Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico, entre elas no domínio do desporto (Educação Física e Desportiva – Nutriser). Estas atividades vão ao encontro da OMS, onde refere que a educação física de qualidade e os ambientes escolares desportivos podem fornecer benefícios físicos e de literacia em saúde para estilos de vida ativos e saudáveis (OMS, 2018).

O objetivo desta breve descrição é poder realizar uma análise à comunidade de forma a identificar as ameaças, as oportunidades, as fraquezas e as forças desta para que sejam tidas em conta no planeamento em saúde, de modo a reduzir riscos e aproveitar oportunidades (Rodrigues, 2021).

3.3 PLANEAMENTO EM SAÚDE NO PROJETO EDUCA-ME

O projeto Educa-Me é um projeto de investigação e intervenção comunitária, baseado na metodologia do planeamento em saúde, que nasceu devido à forte solicitação, por parte dos professores do AE da comunidade, bem como, da intervenção e colaboração da UCC na prevenção da obesidade infantil. Conforme os estudos e as políticas de saúde, através dos planos nacionais, regionais e locais, esta é uma área de intervenção prioritária que visa a relação desta com alguns determinantes de saúde.

O planeamento em saúde é um processo que consiste em planificar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de opções de ação com o intuito de intervir numa realidade de saúde, de forma a manter ou modificar determinada situação de saúde. Assim, este é um processo social complexo, resultado das relações de conflito, de alianças e de articulação entre as diferentes forças de uma dada realidade (Rodrigues, 2021).

O planeamento em saúde é de extrema importância devido aos recursos que são escassos, sendo necessário utilizá-los da forma mais eficaz e mais eficiente, para resolver o maior número de problemas de saúde ao mínimo custo e com uma eficácia máxima em termos de população abrangida. Isto implica a coordenação de esforços preventivos dos vários setores socioeconómicos que condicionam a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

O planeamento em saúde divide-se em três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. A elaboração do plano é a etapa com maior número de sub-etapas, cada uma delas com especificidades que exigem rigor e a utilização de diferentes técnicas na sua implementação: o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas ou projetos e a preparação da execução e a avaliação. Estas sub-etapas não são estanques, pois há a necessidade de constantes ajustes ao longo do planeamento, bem como, aquando do término da fase de avaliação é necessário voltar à primeira fase do planeamento, realizando os respetivos ajustes do mesmo.

Desta forma, o planeamento é um processo dinâmico, cíclico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1993), como se pode ver na figura 2.

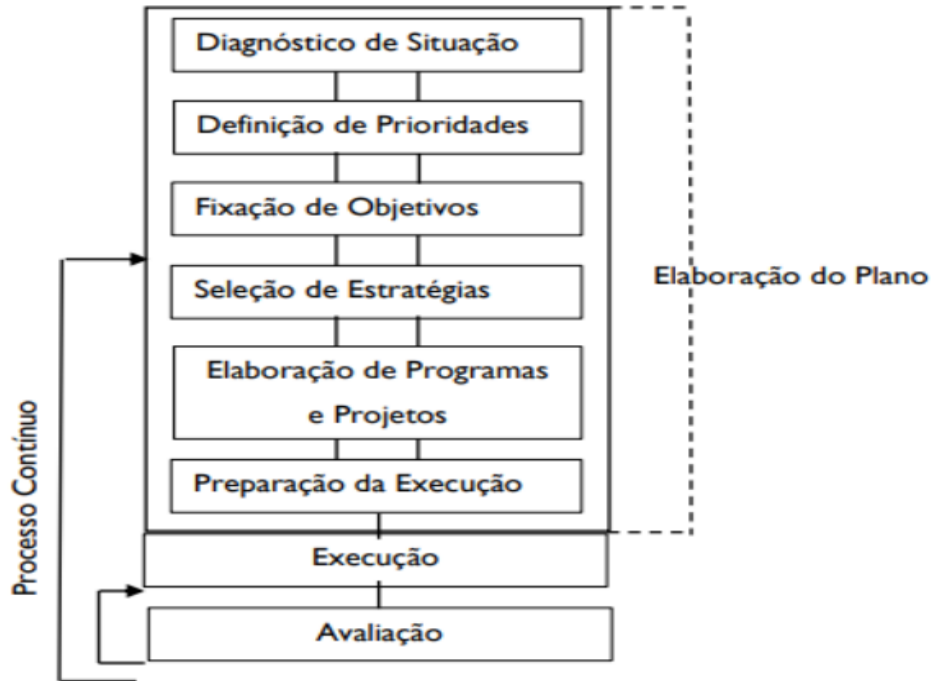


FIGURA 2: Etapas do processo de planeamento em saúde
Fonte: Imperatori e Giraldes, 1993, pp. 29

Para além da esquematização das etapas enunciadas por estes autores, o planeamento em saúde pode estar esquematizado de outra forma, contudo, o processo de planeamento, a metodologia do planeamento em saúde e os procedimentos são os mesmos a ter em conta na organização de um estudo com base neste tipo de metodologia. Um exemplo disso, é a esquematização apresentada na figura 3, em que dá especial atenção à fase preparatória.

Nesta esquematização, a fase preparatória é de extrema importância, pois implica a criação de condições essenciais e de princípios orientadores para se poder seguir para a etapa seguinte, a fase do diagnóstico de situação (Santos, 2011).

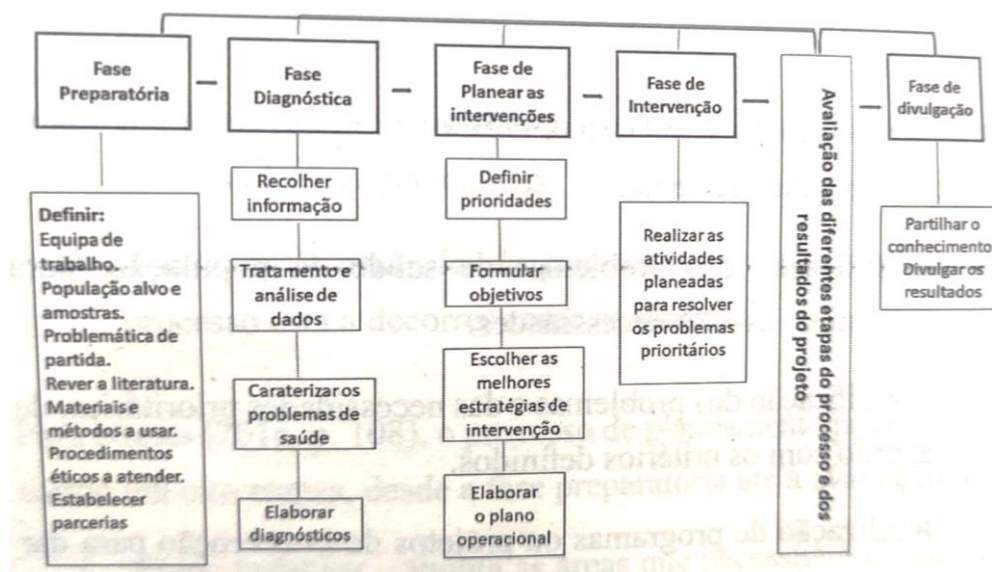


Figura 3 – Fases do processo com base na metodologia do planeamento em saúde
 Fonte: Rodrigues, 2021. pp 68

Desta forma, no planeamento em saúde no projeto Educa-Me foi tida em conta a fase preparatória. Esta fase contempla diversos procedimentos necessários e cruciais para a elaboração das restantes etapas do planeamento em saúde. É nesta fase que se fazem todos os contactos necessários e que se inicia a criação de parcerias que tão importantes são na concretização efetiva de um projeto. De seguida, são explanados todos os procedimentos realizados no projeto durante a fase preparatória.

3.3.1 Fase Preparatória

Metodologia

A metodologia de investigação é o desenho que permite ao investigador a realização efetiva do seu projeto e engloba as fases e os procedimentos de uma determinada investigação (Vilelas, 2022).

O projeto teve como base a metodologia do Planeamento em Saúde e, com isto, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Assim, foi elaborado um estudo intitulado de “Obesidade infantil: promoção da alimentação saudável e da atividade física - Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”.

Após a revisão bibliográfica que norteia o planeamento em saúde, existe uma melhor preparação para a definição da questão de investigação e dos objetivos do estudo, bem como

para a determinação do tipo de estudo, população e amostra, variáveis e instrumento de colheita de dados.

Questão de investigação e objetivos

A necessidade de encontrar uma solução para a problemática a estudar leva à formulação de uma questão de investigação. Assim, foi formulada a seguinte questão de investigação em formato PI[C]O: “Quais as intervenções de enfermagem (I) na promoção dos hábitos alimentares saudáveis e da atividade física (O) das crianças (P), em contexto escolar(C)?”, a qual funcionou como guia orientador para a elaboração desta revisão da literatura.

Após a formulação da questão de investigação e para precisar e orientar o estudo, são necessários definir objetivos. Objetivo é como um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer e atingir no decorrer do estudo, tendo por base a pesquisa realizada (Vilelas, 2022).

Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos:

- Conhecer os hábitos alimentares e da atividade física das crianças em estudo;
- Identificar quais as necessidades das crianças no que concerne à alimentação e à atividade física;
- Reconhecer, através da priorização das necessidades, qual a necessidade das crianças na área da alimentação e da atividade física a intervir;
- Identificar os fatores socioeconómicos que influenciam os hábitos de alimentação e de atividade física das crianças;
- Conhecer o nível de adesão ao PAM/DM;
- Relacionar os determinantes em saúde com a adesão ao PAM/DM;
- Implementar um projeto de intervenção comunitária que visa capacitar e empoderar as crianças para a adoção de comportamentos saudáveis na área da alimentação e da atividade física, tendo por base o diagnóstico de saúde.

Tipo de estudo

Este estudo integra-se num projeto de intervenção comunitária, baseado na metodologia do

Planeamento em Saúde, no âmbito do ensino clínico nas USP e UCC.

Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, transversal de natureza descritiva.

Um estudo quantitativo define-se como sendo um processo sistemático de recolha de dados observáveis, mensuráveis e quantificáveis, recorrendo ao uso de técnicas estatísticas com vista à descrição e à explicação do fenómeno observado (Vilelas, 2022). Para o mesmo autor, um estudo descritivo possibilita a observação, o registo e a análise de elementos e factos encontrados, procurando especificar as características importantes das pessoas, grupos comunidades ou qualquer outro fenómeno analisado. Um estudo correlacional é útil para verificar a relação de dependência entre duas características (variáveis).

População e amostra

A técnica de amostragem é um processo de seleção de uma parte de uma dada população de sujeitos ou unidades que asseguram a representatividade da população. É utilizada para reduzir o número de indivíduos estudados e dessa forma reduzir os custos e o tempo despendido (Vilelas, 2022).

A população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem um conjunto de critérios de seleção (Vilelas, 2022). Como população alvo deste estudo, definiram-se todas as crianças dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do Ensino Básico do AE pertencentes ao concelho onde se encontra a UCC e um dos polos da USP e previu-se uma amostra intencional, de forma a conhecer a taxa de prevalência da obesidade infantil daqueles anos, naquele concelho.

Assim, este estudo incidiu sobre todas as crianças daqueles 2 anos de escolaridade (402 crianças). A escolha da população alvo foi baseada em diversos estudos que referem que esta é a faixa etária onde se observam as maiores taxas de obesidade infantil em Portugal. Um exemplo desses estudos é o COSI Portugal que aponta a faixa etária dos 8-10 anos como aquela que apresenta maiores índices de obesidade e excesso de peso (Rito, et al, 2019).

De forma a garantir um padrão de qualidade no estudo realizado, foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão dos participantes no presente estudo. Assim:

- Critérios de inclusão:
 - Estar matriculado nos 3º e 4º anos de 1º ciclo do ensino básico do AE;
 - Os pais deverão consentir a participação das crianças no estudo, bem como, as

crianças têm de dar o seu assentimento no estudo.

- Critérios de exclusão:
 - Não terem sido recolhidos todos os dados do questionário;
 - Não ter frequentado as aulas durante o período da recolha de dados;
 - Apresentarem alguma incapacidade física/cognitiva que os impossibilite de participar no projeto e de participarem nas atividades delineadas pela investigadora.

Após a implementação dos critérios de inclusão e exclusão, tendo em conta o preenchimento do instrumento de recolha de dados, a amostra ficou reduzida a 88 crianças.

Instrumento de recolha de dados

Um instrumento de recolha de dados refere-se a uma técnica que permite extrair a informação e conhecer os fenómenos da realidade que se deseja estudar (Vilelas, 2022).

Neste estudo, o instrumento de colheita de dados a utilizar foi um questionário constituído por 3 partes, num total de 38 questões, de resposta fechada e aberta e foi aplicado em formato *Google Forms*. No entanto, foram distribuídos alguns em formato papel, para os que não pudessem ou não conseguissem responder em formato digital (APÊNDICE VII).

- A primeira e a terceira parte do questionário consistem numa adaptação dos questionários do estudo “Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF)”, (Módulos “You – Questionário Geral”, que engloba as dimensões sociodemográficas, estado de saúde e escolhas alimentares, e “Modulo MOVE – Diário de Atividade Física”, que permite recolher informação da dimensão atividade física, onde apresenta questões sobre comportamentos sedentários e atividades desportivas) (Lopes, et al, 2017);

- A segunda parte consiste numa adaptação do questionário de avaliação do Nível de Adesão à DM – “ÍNDICE KIDMED” (validado e traduzido para Portugal), do estudo “Reprodutibilidade e validade do Índice KIDMED, numa amostra de adolescentes portugueses” (Rei, 2020). Este índice engloba 16 questões de verdadeiro e falso e a cada resposta é atribuída uma pontuação, dando no final um score que varia entre os -4 e os 12 valores. Scores ≤ -3 pontos apresentam uma adesão baixa ao PAM, entre 4-7 pontos apresentam uma moderada adesão e ≥ 8 pontos têm uma elevada adesão.

Todos os questionários utilizados têm a devida autorização dos autores (ANEXO III).

O questionário formulado teve por base as estratégias de promoção defendidas pelas políticas de saúde, IAN -AF (Schools for Health in Europe - SHE, 2021).

Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Nesta fase do planeamento em saúde foram tidos em conta os pressupostos constantes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, desde os procedimentos éticos preconizados, a escolha da metodologia até aos instrumentos e processos de colheita de dados. Este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética do IPL, com a referência n.º CE/IPLEIRIA/08/2023 (ANEXO IV).

Foram feitos os pedidos de autorização, com parecer favorável, nomeadamente ao MIME – Monitorização dos Inquéritos em Meio Escolar (ANEXO V) e, posteriormente, ao presidente do AE (ANEXO VI), tendo ambos pareceres favoráveis.

De seguida, e para que, tanto a fase de recolha de dados, como a fase de intervenção pudessem ser de facto uma realidade foram pedidas autorizações para participação no estudo, por parte das crianças aos respetivos pais/encarregados de educação, bem como o assentimento das mesmas (APÊNDICE VIII). Desta forma, foram asseguradas todas as questões éticas que o estudo implicava, nomeadamente, o anonimato do participante, o respeito pela privacidade e confidencialidade dos dados e da possibilidade da desistência no estudo a qualquer altura.

Revisão da Literatura (RL)

Após a elaboração da questão de investigação, de traçados os objetivos e definida a população-avo, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura de forma a mapear os estudos já realizados na mesma temática, levando assim a uma prática de cuidados baseada na evidência, aumentando a efetividade das estratégias e das atividades a delinear para o projeto de intervenção.

A prática baseada na evidência aplicada à enfermagem “...inclui a melhor evidência disponível proveniente de uma série de fontes, incluindo estudos de investigação, evidência decorrente da experiência e perícia em enfermagem e de líderes da comunidade” (Stanhope & Lancaster, 2011. pp. 291).

Posto isto, foram definidas as seguintes palavras-chave: **hábitos alimentares, atividade física, promoção da saúde em contexto escolar, crianças, enfermagem.**

Posteriormente, procedeu-se à confirmação dos termos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH):

Quadro1 - Palavras-chave e descritores MeSH e DeCS

Palavras Chave	Key Words	MeSH Terms	DeCS
Hábitos alimentares	Heating habits	Feeding behaviour	Feeding behaviour
Atividade física	Physical activity	Exercise	Exercise
Promoção da saúde em contexto escolar	Health promotion in a school context	School health services	School health services
Crianças	Children	Child	Child
Enfermagem	Nursing	Nurs	Nurs

Confirmados os descritores, seguiu-se então uma pesquisa nas bases de dados científicas presentes na plataforma da EBSCOhost da OE - *CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing And Allied Health Literature)*, *MEDLINE Complete*, *COCHRANE Database of Systemic Reviews* e *MEDICLATINA*. Para a pesquisa foram utilizados os descritores MeSH terms com o operador booleano AND: **Feeding Behaviour AND Exercise AND School health services* AND child* AND nurs***.

Na pesquisa para esta RL foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos com texto integral;
- Artigos de revistas académicas;
- Artigos em que a população-alvo tenham sido crianças dos 6 aos 12 anos ou adolescentes.

Critérios de exclusão:

- Artigos que não se encontravam disponíveis em texto completo;
- Artigos em que a população-alvo foram crianças com idades inferiores a 6 anos e adultos;
- Artigos em que relacionem como variável dependente uma patologia que não seja a obesidade.

Através desta pesquisa encontraram-se um total de 7 artigos, dos quais após leitura do Título e Resumo e com base nos critérios de inclusão e exclusão foram pré-selecionados 5, rejeitando-se 2 artigos devido a estes não se enquadrarem no âmbito da revisão. Como o número de artigos encontrados foi reduzido e de forma a conhecer-se a evolução dos cuidados de enfermagem nesta área adotou-se por não se colocar como filtro a data de publicação.

De seguida, passou-se à leitura integral do conteúdo, sendo que, de acordo com a pertinência para a temática, mantiveram-se 5 artigos finais a analisar.

Numa breve análise, constata-se que os artigos encontrados na RL corroboram as estratégias e os objetivos dos planos e programas portugueses, desde os estratégicos até aos operacionais. Esta ideia de capacitação, através de EpS aumentando a literacia sobre hábitos de alimentação saudável e de atividade física nas crianças, envolvendo a família e usando a escola como meio está patente nos artigos encontrados.

Nestes, também é claro a importância do enfermeiro em saúde escolar, enquanto educador, gestor de casos e elo, tanto de confiança para as crianças como de ligação com os parceiros da comunidade.

Borra, LisaKelly, Shirrefs, Neville & Geijer (2003) referem que, em primeiro lugar, para que os pais adiram a um programa de mudança de comportamentos, ao nível da alimentação e da atividade física, é necessário que estes se consciencializem sobre o sobrepeso e a obesidade dos seus filhos. Estes autores acreditam que uma abordagem onde as vitórias das crianças são celebradas, através do encorajamento positivo contínuo levaria a um aumento de mudanças no estilo de vida.

Yates, Carnish, Miller, & Friesen (s.d.) corroboram a afirmação dos autores anteriores, afirmando que reuniões mensais de motivação e atividades de destaque têm uma grande influência na implementação e nos resultados do programa. O objetivo deste programa de intervenção em crianças em contexto escolar, era fornecer educação, diversão, competição e recompensas em um esforço para mudar a cultura e a forma de pensar sobre a saúde e as escolhas de estilo de vida.

Nabors, Burbage, Woodson, & Swoboda (2015) apresentam os enfermeiros com um papel fundamental na divulgação de informações e na elaboração e condução de programas, em contexto escolar, de forma a melhorarem o conhecimento da criança sobre alimentação saudável e atividade física.

Tsai, Boonpleng, McElmurry, Park, & McCreary (2009) mantêm a opinião de que, para haver resultados efetivos, os pais têm que estar consciencializados da problemática da obesidade nos seus filhos. Outra das ideias presentes no estudo realizado por estes autores é a de que os enfermeiros em saúde escolar são um recurso importante, pois apresentam capacidades e potencial para intervir em grandes números de alunos e famílias, estando em posição de

influenciar as escolhas estratégicas de promoção da saúde, adotadas pela escola. Desta forma, os programas mais eficazes são aqueles em que os enfermeiros intervêm nas crianças com excesso de peso ou sobrepeso, prestando-lhes planos de atividade física de alimentação adaptados às necessidades das mesmas.

3.3.2 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação em saúde procura traçar o perfil de saúde de uma população, comunidade ou grupo, permitindo identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde, e elucidar as intervenções prioritárias que poderão levar a potenciais ganhos em saúde (Portugal, Nunes & Andrade, 2017; Imperatori e Giraldes). É a primeira etapa do planeamento em saúde e servirá de referência no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para se realizar um diagnóstico de situação que seja efetivo é necessário ter em conta que existem dois tipos de diagnósticos, o de saúde pública (necessidades reais da comunidade) e o de saúde comunitária (necessidades expressas pela comunidade). O diagnóstico de situação exige o cruzamento destes dois (Melo, 2020).

Sendo assim, tendo em conta o conhecimento antecipado das necessidades expressas, através das enfermeiras de USP e UCC, bem como dos professores do agrupamento alvo de intervenção, faltava identificar as necessidades reais da comunidade. Isto foi possível com a análise dos dados obtidos através do questionário, realizando-se, desta forma, uma caracterização da população estudada. Esta foi dividida em: caracterização sociodemográfica, caracterização do estado de saúde, caracterização das escolhas alimentares, caracterização e adesão do índice de KIDMED e caracterização das atividades desportivas/comportamentos de sedentarismo.

Dos dados obtidos em todas as questões do domínio da caracterização das escolhas alimentares para a sua análise e interpretação foi tido em conta o consumo preconizado pela roda dos alimentos emanada pela DGS (ANEXO VII), bem como a recomendação dada pela Associação Portuguesa dos Nutricionistas para o consumo de sopa de legumes e/ou hortaliças ao almoço e ao jantar. Esta indica que a sopa é um prato rico em vitaminas e minerais por permitir a ingestão de um conjunto vasto de hortícolas de forma simples (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013).

Em relação aos dados obtidos nas questões do domínio da caracterização da atividade física/sedentarismo e do nº de horas de sono, para avaliar os comportamentos sedentários das crianças, foram tidas em conta as recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário em crianças com menos de 5 anos de idade (ANEXO VIII) (WHO, 2019). Apesar de não corresponder à faixa etária em estudo, tendo por base os estudos analisados e ao facto de não existirem recomendações para estas idades, considerou-se que era a forma mais adaptada a esta faixa etária de avaliar este tipo de comportamentos.

Para a atividade física, a avaliação teve por base as recomendações da OMS, através do Plano de Ação Global para a atividade física 2018-2030, onde recomenda que, para crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos de idade, são preconizados, no mínimo, 60 minutos de atividade física, três dias por semana (OMS, 2018).

Análise estatística

Os dados recolhidos do questionário foram trabalhados no programa estatístico de dados IBM - *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS), versão 28.0 e para o tratamento destes recorreu-se à estatística descritiva e inferencial/indutiva. A estatística descritiva dos dados é “o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida de uma amostra ou de uma população, sem distorção nem perda de informação” (Vilelas, 2022, pp. 399).

Na análise descritiva salientam-se os dados sociodemográficos das crianças e dos pais, as características referentes ao estado de saúde da criança, a caracterização das escolhas alimentares, a adesão ao PAM através do índice de KIDMED, o tempo que as crianças dispõem na atividade física, bem como o nº de horas que dormem. Nestas três últimas variáveis procedeu-se à análise de medidas estatísticas, como mínimo e máximo, medidas de dispersão (desvio padrão) e medidas de tendência central (média) (Vilelas, 2022).

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Caracterização de com quem vive a criança

Relativamente aos elementos que responderam ao questionário, em 97,7% das situações foi a mãe, ou a madrasta (companheira do pai). Já para a coabitação, 59,1% das crianças moram com

os pais e irmãos ou meios-irmãos; 21,6% apenas com os pais e 13,6% com os pais e outros familiares. 5,7% das crianças habitam apenas com a mãe.

Tabela 1 - Caracterização de quem respondeu e de com quem vive a criança

	Frequência	
	nº (88)	% (100.0)
Quem responde ao questionário		
Mãe / Companheira do pai	86	97,7
Pai / Companheiro da mãe	2	2,3
Com quem vive a criança		
Mãe	5	5,7
Mãe e pai	19	21,6
Pais e irmãos/meios-irmãos	52	59,1
Pais e outros familiares	12	13,6

Escolaridade dos pais e situação profissional

No que se refere à escolaridade dos pais, salienta-se o ensino superior nas mães e o ensino secundário nos pais, ambos com 33,0%. Já para a situação profissional, 87,5% das mães e 84,1% dos pais estão empregados.

Tabela 2 - Caracterização da escolaridade e situação profissional dos pais

	Mãe		Pai	
	nº	%	nº	%
Escolaridade				
1º ciclo	1	1,1	---	---
2º ciclo	2	2,3	10	11,4
3º ciclo	13	14,8	16	18,2
Ensino secundário	25	28,4	29	33,0
Curso profissional	16	18,2	10	11,4
Ensino superior	29	33,0	11	12,5
Situação profissional				
Empregado	77	87,5	74	84,1
Desempregado	4	4,5	2	2,3
Outro	3	3,4	3	3,4

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Relativamente ao facto de a criança possuir atualmente alguma doença, a maioria dos progenitores respondem negativamente com 88,6%. Dos que possuem alguma doença, 2 elementos possuem asma, e os restantes uma outra doença não especificada.

Tabela 3 - Caracterização do estado de saúde da criança

		Frequência	
		nº (88)	% (100.0)
Atualmente tem alguma doença	Sim	10	11,4
	Não	78	88,6

CARACTERIZAÇÃO DAS ESCOLHAS ALIMENTARES

Pela análise da tabela 4 e no que se refere às 4 vertentes de escolha alimentar referidas no último mês, para fruta, sumo de fruta/vegetais e sopa de legumes domina claramente o consumo de 1-3 vezes por mês. Já para o consumo de vegetais no prato, o seu domínio é diário (1x/dia) com 23,9%. Com 87,5% das crianças ingerem quantidade de fruta abaixo do recomendado; 78,4% das crianças não têm um consumo adequado de sopa de legumes e 86,4% das crianças não ingerem a quantidade preconizada no que concerne aos vegetais no prato.

Tabela 4 - Caracterização da alimentação da criança no último mês

Frequência	Fruta		Sumo de fruta/vegetais		Sopa de legumes		Vegetais no prato	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nunca	--	--,--	10	11,4	--	--,--	4	4,5
< 1 vez/mês	--	--,--	7	8,0	1	1,1	13	14,8
1-3 vezes/mês	30	34,1	27	30,7	28	31,8	16	18,2
1 vez/semana	1	1,1	7	8,0	4	4,5	5	5,7
2-3 vezes/semana	3	3,4	9	10,2	3	3,4	11	12,5
4-6 vezes/semana	8	9,1	8	9,1	12	13,6	6	6,8
1 vez/dia	20	22,7	13	14,8	21	23,9	21	23,9
2 vezes/dia	15	17,0	4	4,5	18	20,5	11	12,5
≥ 3 vezes/dia	11	12,5	2	2,3	1	1,1	1	1,1

CARACTERIZAÇÃO DO ÍNDICE DE KIDMED

Análise do score do índice de KIDMED

A variável índice de KIDMED com score obtido a partir dos 16 itens supra referidos, com uma variação teórica entre (-4) e (12) pontos, revela um valor médio de 7,97 pontos \pm 2,13 pontos de desvio padrão. Um valor a oscilar entre um mínimo de 2 e um máximo de 11 pontos (Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao score do Índice de KIDMED

	n	Min.	Max.	Média	Dp
Índice de KIDMED	88	2	11	7,97	2,13

Caracterização da adesão ao PAM

Já relativamente aos grupos de coorte obtidos a partir do score supracitado, pela análise da tabela 6 salienta-se que 65,9% das crianças apresenta elevada adesão ao PAM, 31,8% revelam adesão moderada e 2,3% manifestam baixa adesão ao PAM.

Tabela 6 - Caracterização da adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo

	Frequência	
	nº (88)	% (100.0)
Adesão baixa	2	2,3
Adesão moderada	28	31,8
Adesão elevada	58	65,9

CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA/SEDENTARISMO

Caracterização da atividade da criança durante a semana

Pela análise da tabela 7, no que se refere à atividade sedentária diária da criança, salienta-se o domínio das que não usam PC (38,6%); não ouvem música (55,7%); não usam telefone (84,1%); não realizam trabalho de secretária (43,2%); e não tocam nenhum instrumento musical (79,5%). 15 minutos é o tempo dominante a ler (48,9%); e sentados em viagem (54,5%). Enquanto 30 minutos dominam atividades com ver TV (36,4%); e brincar ativamente (33,0%). Contudo, as crianças passam mais do que 1h: a ver TV (17,1%); em frente ao PC (7,9%); a escrever (4,5%); a ler (2,2%) e a brincar ativo (23,8%).

Tabela 7 - Caracterização da atividade da criança durante a semana

Frequência	TV		PC		Ouvir música		Telefone		Escrever		Ler		Instrumento musical		Sentado carro		Brincar ativo	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhum	5	5,7	34	38,6	49	55,7	74	84,1	38	43,2	19	21,6	70	79,5	27	30,7	3	3,4
≤ 15 min.	13	14,8	12	13,6	27	30,7	10	11,4	15	17,0	43	48,9	10	11,4	48	54,5	16	18,2
30 minutos	32	36,4	12	13,6	7	8,0	3	3,4	26	29,5	19	21,6	6	6,8	12	13,6	29	33,0
1 hora	23	26,1	22	25,0	5	5,7	1	1,1	5	5,7	5	5,7	2	2,3	1	1,1	18	20,5
2 horas	13	14,8	6	6,8	--	--	--	--	1	1,1	1	1,1	--	--	--	--	14	15,9
3 horas	2	2,3	1	1,1	--	--	--	--	2	2,3	1	1,1	--	--	--	--	4	4,5
4 horas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3	3,4
5 horas	--	--	1	1,1	--	--	--	--	1	1,1	--	--	--	--	--	--	--	--
≥ 6 horas	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1,1

Caracterização da atividade da criança durante o fim-de-semana

O tempo despendido nas atividades de fim-de-semana são similares aos tempos semanais, contudo, com claro aumento dos períodos de tempo usados na visualização da TV, utilização do PC e nas brincadeiras ativas. Assim, as crianças passam mais de 1h: a ver TV (35,2%); ao PC (24,9%); a ouvir música (4,6%); ao telefone (2,3%); a escrever /4,6%); a ler (2,3%); sentado no carro (1,1%) e a brincar ativo (45,5%).

Tabela 8 - Caracterização da atividade da criança durante o fim-de-semana

Frequência	TV		PC		Ouvir música		Telefone		Escrever		Ler		Instrumento musical		Sentado carro		Brincar activo	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Nenhum	4	4,5	26	29,5	42	47,7	70	79,5	31	35,2	14	15,9	71	80,7	28	31,8	3	3,4
< 15 min.	7	8,0	8	9,1	22	25,0	13	14,8	17	19,3	35	39,8	9	10,2	27	30,7	6	6,8
30 minutos	28	31,8	15	17,0	12	13,6	2	2,3	27	30,7	26	29,5	5	5,7	24	27,3	27	30,7
1 hora	18	20,5	17	19,3	8	9,1	1	1,1	9	10,2	11	12,5	3	3,4	8	9,1	12	13,6
2 horas	19	21,6	15	17,0	2	2,3	2	2,3	2	2,3	2	2,3	--	--,--	1	1,1	18	20,5
3 horas	6	6,8	4	4,5	2	2,3	--	--,--	2	2,3	--	--,--	--	--,--	--	--,--	13	14,8
4 horas	3	3,4	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	5	5,7
5 horas	3	3,4	3	3,4	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	3	3,4
≥ 6 horas	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	--	--,--	1	1,1

Caracterização das horas de sono das crianças

A variável repouso das crianças durante a semana revela um valor médio de 9,18 horas $\pm 0,85$ horas de desvio padrão. Um valor a oscilar entre um mínimo de 7 e um máximo de 12 horas. Já para o fim-de-semana, constata-se um valor médio de 9,76 horas $\pm 1,49$ horas de desvio padrão. Um valor a oscilar entre um mínimo de 8 e um máximo de 16 horas. (Tabela 9). Em suma, as crianças dormem ligeiramente mais nos fins-de-semana.

Tabela 9 – Estatísticas relativas às horas de sono das crianças

	N	Min.	Max.	Média	Dp
Durante a semana	88	7	12	9,18	0,85
Durante o fim-de-semana	88	8	16	9,76	1,49

Caracterização da atividade desportiva programada

Já relativamente à prática de alguma atividade desportiva programada, salienta-se que a maioria das crianças apresentam uma atividade semanal regular programada com 70,5%. Sendo assim, 29,5% das crianças não têm atividade desportiva programada, fora do contexto escolar.

Tabela 10 - Caracterização da atividade desportiva programada

		Frequência	
		nº (88)	% (100.0)
Atividade desportiva programada	Não	26	29,5
	Sim	62	70,5

Quantificando essa atividade desportiva programada, a frequência revela um valor médio de 2,10 vezes/semana \pm 1,00 vezes/semana de desvio padrão. Um valor a oscilar entre um mínimo de 1 e um máximo de 7 vezes/semana. Já para a duração, constata-se um valor médio de 2,68 horas \pm 1,48 horas de desvio padrão. Um valor a oscilar entre um mínimo de 1 e um máximo de 7 horas semanais. (Tabela 11).

Tabela 11 – Estatísticas relativas à frequência e duração da atividade desportiva programada

	n	Min.	Max.	Média	Dp
Quantas vezes por semana	62	1	7	2,10	1,00
Quantas horas por semana	62	1	7	2,68	1,48

Ainda relativamente à frequência e duração da atividade desportiva programada, salienta-se 1 a 2 vezes por semana com 47,7%; com a duração de 1 a 2 horas semanais com 35,2%.

Tabela 12 - Caracterização da frequência e duração da atividade desportiva programada

Atividade desportiva programada		Frequência	
		nº (62)	% (100.0)
Frequência semanal	1 a 2 vezes	42	47,7
	3 a 5 vezes	19	21,6
	Mais de 5 vezes	1	1,1
N.º de horas semanais	1 a 2 horas	31	35,2
	3 a 5 horas	28	31,8
	Mais de 5 horas	3	3,4

Em saúde comunitária e saúde pública, de acordo com as características do diagnóstico de situação, do contexto e das finalidades, selecionam-se referenciais teóricos que irão orientar a prática clínica e todo o processo de planeamento em saúde, organizando os indicadores resultantes da recolha do material empírico com base nas variáveis que se pretende analisar (Rodrigues, 2021).

Assim, para a formulação do diagnóstico e tomada de decisão, foi adotado um dos modelos mais utilizados na orientação do planeamento de programas de saúde, nomeadamente de programas de EpS que é o *PRECEDE-PROCEED* (acrónimo de *Predisposing, Reinforcing and*

Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development), proposto por Green e Kreuter (1991). Este modelo baseia-se no princípio de que os programas de promoção da saúde visam reduzir os fatores de risco relacionados com os comportamentos ou com o meio (Rodrigues, 2021) e tem-se mostrado ser bastante útil para a promoção da saúde em subgrupos comunitários, como as escolas (Brito, 2014). Assim, adotou-se como referencial da tomada de decisão clínica em Enfermagem o Modelo *PRECED-PROCEED*, pois no projeto Educa-Me, tal como no modelo, primeiro têm de ser identificados os fatores que intervêm nos comportamentos de risco (comportamentos com evidência científica de serem determinantes de doença ou problema) e depois implementar intervenções que aumentem e facilitem a adoção de comportamentos saudáveis, para reduzir ou evitar o risco (Green et al., 1994, citado por Brito, 2014).

Este modelo tem em conta dois aspetos fundamentais de intervenção comunitária: o planeamento (*PRECEDE*) e a avaliação (*PROCEED*) (Brito, 2014). Desta forma, este modelo orienta o profissional de saúde, a pensar racionalmente sobre o estado de saúde que se pretende atingir e a planear as intervenções em função disso (Brito, 2014; Rodrigues, 2021). Este modelo baseia-se no paradigma que os programas de promoção da saúde têm como finalidade reduzir os fatores de risco relacionados com os comportamentos ou com o meio e classifica os determinantes de saúde em três grandes grupos: fatores predisponentes; fatores facilitadores e fatores de reforço. Uma das estratégias major deste modelo é a EpS (Brito, 2014).

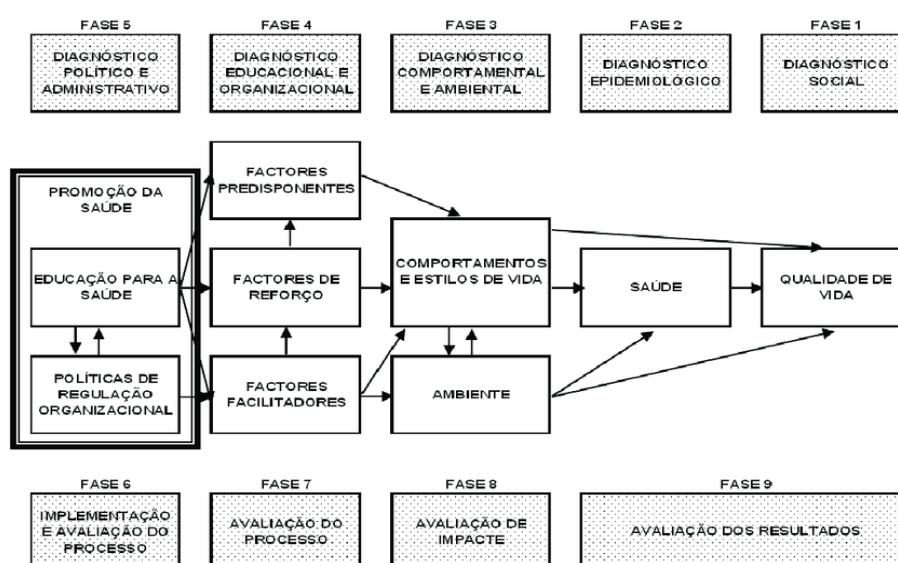


Figura 4 - Modelo *PRECEDE-PROCEED*, de Green e Kreuter, 1991

Fonte: Brito, 2014, pp. 49

Na figura 4 pode-se constatar que existem 9 fases principais neste modelo, que se relacionam com as fases do planeamento em saúde e que em cada uma delas estão descritos os fatores a ter em conta, ficando aqui espelhado o planeamento como cíclico. Assim, na primeira fase que é o diagnóstico social há que ter em conta os problemas da comunidade a intervir, nomeadamente os problemas relacionados com a qualidade de vida, envolvendo os agentes da comunidade. Neste caso, no projeto Educa-Me, foram ouvidas as enfermeiras da USP e da UCC, bem como, os professores que fazem parte integrante da equipa PES do AE em estudo.

A segunda fase é a do diagnóstico epidemiológico. Esta corresponde à fase do diagnóstico de situação onde se recorreu à vigilância epidemiológica, com o conhecimento das taxas dos indicadores epidemiológicos referente a determinado problema, bem como, com a análise estatística dos determinantes de saúde relacionados com o problema em questão. Como refere Brito (2014), conhecendo-se a intensidade da associação dos fatores de risco ao aparecimento de doença é possível apoiar a tomada de decisão na distribuição de responsabilidades entre os diferentes setores e profissionais que participam na promoção da saúde.

A fase seguinte é a do diagnóstico comportamental e ambiental. Nesta fase do planeamento em saúde é feita a determinação das necessidades/problemas de saúde da comunidade, através da priorização dos fatores de risco ambientais e comportamentais que podem estar relacionados com os problemas de saúde identificados. Desta forma, identificam-se os comportamentos da comunidade (diagnóstico comportamental), bem como as políticas de saúde (diagnóstico ambiental) que são mais pertinentes para controlar os determinantes de saúde, ou de qualidade de vida, identificados nas fases anteriores (Brito, 2014). Assim, nesta fase do projeto Educa-Me foi aplicado o questionário de diagnóstico, tendo em conta os comportamentos de hábitos de alimentação e de atividade física. Estes são uns dos determinantes de saúde (estilos de vida) que influenciam a obesidade infantil. Com os dados recolhidos nesse questionário, foram priorizados os problemas comportamentais nas áreas supracitadas e procedeu-se à priorização das necessidades e fixação de objetivos específicos/metapas a alcançar. No que concerne à fase do diagnóstico ambiental, foram tidas em conta as políticas de saúde existentes, como a abolição de máquinas de *vending* nas imediações escolares.

Na quarta fase, fase de diagnóstico educacional e organizacional têm que se ter em conta os três fatores que influenciam o comportamento, ou seja, a pessoa tem uma razão inicial para agir (impulsão ou motivação – fator predisponente) e essa razão pode ser insuficiente para manter o comportamento, pois a pessoa pode não ter habilidades e/ou recursos para tal (fator facilitador).

Neste processo, há que ter em conta que o comportamento pode ser incentivado, facilitado ou reforçado (intenção de comportamento) pelos recursos ou pelo efeito desse comportamento (fator de reforço). Este fator de reforço pode ser uma reação pessoal ou social (Brito, 2014).

Analisando o projeto de intervenção comunitária implementado, nesta fase foram tidos em conta todos estes fatores. Para avaliar os fatores predisponentes foi realizado um jogo interativo com 4 das turmas para levantamento das necessidades, ao nível dos conhecimentos, através de um questionário na plataforma online “Kahoot”. Este questionário foi realizado para comemorar o Dia da Alimentação Saudável e constatou-se, através das respostas obtidas, que existia um baixo conhecimento sobre algumas áreas da alimentação, nomeadamente no que concerne aos grupos e tipo de alimentos que constituem a roda dos alimentos, assim como, sobre o PAM.

Em relação às atitudes ou crenças, nessa intervenção, em diálogo retórico com as crianças, foi constatado que 85% considera ter aptidão e capacidade para modificar hábitos alimentares.

No que concerne aos fatores facilitadores foram tidos em conta todos estes aspetos no planeamento do projeto Educa-Me, nomeadamente aquando da definição dos critérios de inclusão no estudo. Com isto, as crianças que participaram no estudo tinham capacidades cognitivas que as levassem a entender a informação disponibilizada.

Ainda dentro dos fatores facilitadores, foi verificado que os serviços e recursos, tanto do concelho como do AE a intervir, tinham capacidade de resposta para que o PAM fosse o padrão alimentar das crianças. Pois, o município tem um projeto onde a fruta do lanche da manhã, em contexto escolar, é oferta do mesmo e a escola alvo de intervenção promove, por si só, a adesão a uma alimentação saudável que vai de encontro ao PAM, através das estratégias implementadas pela professora coordenadora da mesma.

Nos fatores de reforço, percebeu-se que em cada turma existe um cartaz com o nome, foto das crianças e o dia do mês que serve para a professora colocar uma bola verde ou vermelha consoante o lanche que a criança leva para a escola e dado o *feedback* aos pais através da caderneta do aluno (online).

A fase seguinte, que é a do diagnóstico político e administrativo, permite fazer o cronograma das intervenções de EpS, definir os recursos, responsabilidades, assim como o orçamento (Brito, 2014). No planeamento em saúde que foi realizado no projeto Educa-Me é possível

constatar esta fase do modelo nas fases de elaboração de projetos e programas e preparação para a execução.

Termina assim a fase *PRECEDE* do planeamento dum projeto de promoção da saúde e inicia-se a fase *PROCEED*, que corresponde à fase de execução e avaliação. A avaliação, segundo Green e Kreuter (1991), é dividida em três tipos: avaliação de processo, avaliação de produção e avaliação de resultados (Brito, 2014). A avaliação do processo consiste na avaliação das atividades no que concerne à sua efetividade, sendo esta realizada no planeamento em saúde traçado através da aplicação do questionário de avaliação da sessão de EpS. A avaliação de produção consiste na avaliação do projeto através da avaliação dos objetivos gerais e, no caso do planeamento traçado não foi possível realizar no projeto Educa-Me, pois o horizonte temporal para a execução foi reduzido, sendo uma das barreiras do projeto. A avaliação de resultados é feita através da avaliação dos indicadores de atividade definidos na fase de fixação de objetivos do processo de planeamento em saúde, tendo sido avaliada no projeto Educa-Me.

Assim, após a análise dos dados colhidos e da decisão clínica se embasar no modelo apresentado, foram identificados os problemas de saúde e, posteriormente, formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2, versão 2019) (Quadro 2).

Quadro 2 – Problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE.

Problema	Foco	Diagnóstico
87,5% das crianças dos 3º e 4º anos do AE ingerem fruta menos que 3 vezes por dia	Padrão Alimentar	Comportamento alimentar infantil comprometido em 87,5%, por ingestão diminuída de fruta.
78,4% das crianças dos 3º e 4º anos do AE ingerem sopa menos que uma vez dia		Comportamento alimentar infantil comprometido em 78,4%, por ingestão diminuída de sopa.
86,4% das crianças dos 3º e 4º anos do AE ingerem vegetais no prato 1 vez por dia		Comportamento alimentar infantil comprometido em 86,4%, por ingestão diminuída de vegetais no prato.
34,1% das crianças dos 3º e 4º anos do AE têm uma baixa ou moderada adesão ao padrão alimentar mediterrânico		Comportamento alimentar infantil comprometido em 34,1%, por baixa ou moderada adesão ao padrão alimentar mediterrânico.
29,5% das crianças dos 3º e 4º anos do AE não praticam atividade desportiva programada	Padrão de exercício	Padrão de exercício físico comprometido em 29,5%, por não prática de atividade desportiva programada.
47,7% das crianças dos 3º e 4º anos do AE praticam atividade desportiva programada 1-2 vezes por semana		Padrão de exercício físico comprometido em 47,7%, por nº reduzido de vezes semanais que praticam atividade desportiva programada.
35,2% das crianças dos 3º e 4º anos do AE praticam atividade desportiva programada 1-2 horas por semana		Padrão de exercício físico comprometido em 35,2%, por nº reduzido de horas semanais que praticam atividade desportiva programada.
17,1% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas a ver TV, num dia de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 17,1%, por nº elevado de horas diárias sentadas a ver TV, de semana.
9% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas ao PC, num dia de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 9%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao PC, de semana.
4,5% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas a escrever, num dia de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 4,5%, por nº elevado de horas diárias sentadas a escrever, de semana.
35,2% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas a ver TV, ao fim de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 35,2%, por nº elevado de horas diárias sentadas a ver TV, ao fim de semana

24,9% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas ao PC, ao fim de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 24,9%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao PC, ao fim de semana
2,3% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas ao telefone, ao fim de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 2,3%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao telefone, ao fim de semana
4,8% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas a escrever, ao fim de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 4,8%, por nº elevado de horas diárias sentadas a escrever, ao fim de semana
1,1% das crianças dos 3º e 4º anos do AE passam mais do que 1h diária sentadas no carro, ao fim de semana.		Padrão de exercício físico comprometido em 1,1%, por nº elevado de horas diárias sentadas no carro, ao fim de semana
50% das crianças do AE dormem 9,18h por dia, de semana	Padrão de sono	Padrão de sono comprometido em 50% por baixo nº de horas de sono diárias, de semana

3.3.3 Definição de prioridades

É fundamental priorizar pois é frequente identificarem-se diversos diagnósticos de enfermagem e nem sempre os recursos são suficientes para dar resposta a todos eles. Torna-se importante hierarquizar os problemas tendo em conta o horizonte temporal bem como os recursos disponíveis, pois existe dificuldade em escolher entre problemas de saúde diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existem diversos critérios de priorização, mas para a priorização dos diagnósticos no projeto Educa-Me recorreremos aos critérios de priorização do Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde (CENDES-OPAS).

Este método de priorização dos problemas tem em conta três critérios: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. A magnitude está relacionada com a dimensão e a importância do problema e pode ser calculada através das taxas de mortalidade, incidência e prevalência; a transcendência é o reconhecimento que determinada população dá ao problema, segundo grupos etários, e é influenciada pela sua gravidade; a vulnerabilidade relaciona-se com a possibilidade de haver um efeito efetivo provocado pela intervenção, ou seja, possibilidade de prevenção (Ahumada et al. 1965 citado por Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, foi atribuída uma pontuação de 0 a 3 em cada um dos critérios de acordo com o seguinte quadro (quadro 3):

Quadro 3 – Critérios de priorização CENDES/OPAS (Adaptado de Melo, 2020, p. 21).

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0 a 50% - 0 De 50 % a 65% - 1 De 65% a 75% - 2 Acima de 75% - 3	A resolução do problema: Influencia a melhoria dos outros problemas - 0 Influencia pouco a melhoria dos outros problemas - 1 Influencia a melhoria dos outros problemas - 2 Influencia muito a melhoria dos outros problemas - 3	A resolução do problema: Não depende da nossa intervenção - 0 Depende pouco da nossa intervenção - 1 Depende da nossa intervenção - 2 Depende muito da nossa intervenção - 3

Neste projeto, para avaliar a magnitude de cada diagnóstico de enfermagem (problema de saúde) foi aplicada a taxa de prevalência. No que concerne à transcendência foram auscultadas as professoras responsáveis pelo 1º ciclo do ensino básico do AE onde decorreu a intervenção, bem como, pelas enfermeiras da USP e da UCC.

Aquando da atribuição de pontuação para a vulnerabilidade foi tido em conta o efeito que a intervenção teria sobre os outros problemas. Sendo assim, foi diversa a bibliografia analisada, nomeadamente, no que concerne aos princípios da DM (ANEXO IX), dos quais fazem parte a frugalidade e cozinha simples que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas e o elevado consumo de produtos (hortícolas e fruta). Para além destes princípios, também foi tido em conta o cartaz da roda da alimentação mediterrânica promovido pelo PNPAS (ANEXO X), onde a atividade física faz parte integral deste padrão alimentar. Os valores atribuídos constam no quadro 4.

Quadro 4 - Definição de prioridades nos diagnósticos identificados.

Lista de diagnósticos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Comportamento alimentar infantil comprometido em 87,5%, por ingestão diminuída de fruta.	3	0	0	3
Comportamento alimentar infantil comprometido em 78,4%, por ingestão diminuída de sopa.	3	0	0	3
Comportamento alimentar infantil comprometido em 86,4%, por ingestão diminuída de vegetais no prato.	3	0	1	4
Comportamento alimentar infantil comprometido em 34,1%, por baixa ou moderada adesão ao padrão alimentar mediterrânico.	0	3	2	5
Padrão de exercício físico comprometido em 29,5%, por não prática de atividade desportiva programada.	0	2	0	2
Padrão de exercício físico comprometido em 47,7%, por nº reduzido de vezes semanais que praticam atividade desportiva programada.	0	2	0	2
Padrão de exercício físico comprometido em 35,2%, por nº reduzido de horas semanais que praticam atividade desportiva programada.	0	2	0	2
Padrão de exercício físico comprometido em 17,1%, por nº elevado de horas diárias sentadas a ver TV, de semana.	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 9%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao PC, de semana.	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 4,5%, por nº elevado de horas diárias sentadas a escrever, de semana.	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 35,2%, por nº elevado de horas diárias sentadas a ver TV, ao fim de semana	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 24,9%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao PC, ao fim de semana	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 2,3%, por nº elevado de horas diárias sentadas ao telefone, ao fim de semana	0	1	1	2

Padrão de exercício físico comprometido em 4,8%, por n° elevado de horas diárias sentadas ao escrever, ao fim de semana	0	1	1	2
Padrão de exercício físico comprometido em 1,1%, por n° elevado de horas diárias sentadas no carro, ao fim de semana	0	0	0	0
Padrão de sono comprometido em 50% por baixo n° de horas de sono diárias, de semana	0	1	0	1

Após a aplicação dos critérios de priorização (Quadro 4), tendo em conta o tempo disponível para as intervenções (horizonte de programação), surgiu então o diagnóstico de situação para a nossa intervenção neste projeto: **Comportamento alimentar infantil comprometido em 34,1%, por baixa ou moderada adesão ao PAM.**

Tendo o diagnóstico de situação concluído, surgiu o projeto “**Educa-Me**”, onde o **Educa** relaciona-se com o facto de ser um projeto no âmbito da escola (**educação**) e ter como estratégia de intervenção a **educação** para a saúde e o **Me** de **Mediterrânica**, logo, tem a haver com o tema do projeto (Dieta **Mediterrânica**).

Após a análise descritiva dos dados obtidos foram elaboradas duas (2) hipóteses:

H1 – Os determinantes sociais e económicos (escolaridade dos pais, situação profissional dos pais) e biológicos (estado de saúde da criança) têm influencia na adesão ao PAM (Índice de KIDMED).

H2 – Os determinantes estilos de vida (atividade desportiva programada regular) têm influencia na adesão ao PAM (Índice de KIDMED).

A finalidade é perceber se alguma das variáveis independentes tem influencia na variável dependente (Índice de KIDMED), para que na fase de elaboração de estratégias e, posteriormente na execução, fossem tidos em conta, como barreiras ou como oportunidades.

Assim, procedeu-se à análise inferencial dos dados obtidos através da testagem das hipóteses, pela estatística indutiva. Procedeu-se, assim, à verificação da validade de algumas hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo (escolhas alimentares, atividade física, doença conhecida, fatores socioeconómicos), à nossa variável dependente (índice de KIDMED).

As questões/hipóteses foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente *Testes U de Mann-Whitney*, *Testes de Kruskal-Wallis* e *Correlações de spearman*.

Optámos por testar as nossas questões através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente, e a amostra é relativamente pequena, como nos mostra a seguir o teste da normalidade.

TESTE DA NORMALIDADE

Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (tabela 13) verifica-se que a distribuição de dados referentes à variável dependente (Índice de KIDMED), não se encontram enquadrada na normalidade ($p < 0,05$).

Tabela 13 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

Índice de KIDMED	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	P
	0,186	0,000***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Visto isto, e pela análise do gráfico (1) assume-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal, o que limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

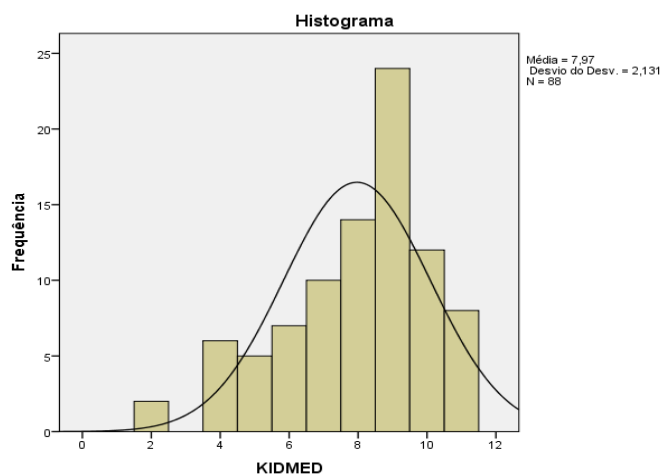


Gráfico 1 – Histograma do Índice de KIDMED, com curva de normalidade

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da questão em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes das questões, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Os níveis de significância utilizados foram:

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $*p < 0.05$ – significativo
- ◆ $**p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $***p < 0.001$ – altamente significativo

H1 – Os determinantes sociais e económicos (escolaridade dos pais, situação profissional dos pais) e biológicos (estado de saúde da criança) têm influencia na adesão ao PAM (Índice de KIDMED).

Escolaridade dos pais

Para saber a influência da escolaridade da mãe na adesão ao PAM, efetuou-se uma correlação de *Spearman*, de onde se constata uma correlação positiva, que nos diz que com o aumento das habilitações literárias da mãe, aumenta a adesão ao PAM ($R\hat{o}=0,046$). Já para a relação com a escolaridade do pai, constata-se uma correlação negativa ($R\hat{o}=-0,164$), que nos diz o oposto, ou seja, a adesão ao PAM diminui com o aumento da escolaridade do pai. Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) em ambas as situações.

Tabela 14 – Correlações de *Spearman* relacionando a escolaridade dos pais com o Índice de KIDMED

Variáveis	Índice de KIDMED Rho (Rô)	Teste
Escolaridade da mãe (p)	0,046 0,675	Correlação de <i>Spearman</i>
Escolaridade do pai (p)	-0,164 0,157	Correlação de <i>Spearman</i>

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Situação profissional dos pais

Quanto à situação profissional da mãe versus adesão ao PAM, foi efetuado um teste de *Kruskal-Wallis*, de onde salientamos pelas ordenações médias um Índice de KIDMED mais elevado, logo, melhor adesão ao PAM, nas inquiridas com outra situação profissional (domésticas,

estudantes ou reformadas); seguidas das empregadas. Já as desempregadas são as que manifestam menores valores de índice de KIDMED, ou seja, menor adesão ao PAM. Já para os pais, a maior adesão ao PAM é por parte dos desempregados, seguido dos de outra situação. Os empregados são os que manifestam menor adesão (menor Índice de KIDMED). Contudo, mais uma vez, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

Tabela 15 – Testes *Kruskal-Wallis* relacionando a situação profissional dos pais da criança com o Índice de KIDMED

Variáveis	Índice de KIDMED Ordenação média	Teste
Situação profissional da mãe		
Empregada	42,32	<i>Kruskal-Wallis</i>
Desempregada	37,25	
Outra	54,00	
(p)	0,644	
Situação profissional do pai		
Empregado	39,10	<i>Kruskal-Wallis</i>
Desempregado	66,00	
Outra	44,83	
(p)	0,235	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Estado de saúde da criança

Relativamente ao estado de saúde atual da criança, foi utilizado um Teste U de *Mann-Whitney*, de onde se salienta, pelas ordenações médias, um nível de adesão ao PAM mais elevado nas crianças que manifestam doença (45,10) comparativamente às crianças sem doença atual (44,42). Contudo, também aqui, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

Tabela 16 – Testes U de *Mann-Whitney* relacionando o estado de saúde da criança com o Índice de KIDMED

Variáveis	Índice de KIDMED Ordenação média	Teste
Criança atualmente com doença		
Sim	45,10	<i>Mann-Whitney</i>
Não	44,42	
(p)	0,936	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

H2 – Os determinantes estilos de vida (atividade desportiva programada regular) tem influencia na adesão ao PAM (Índice de KIDMED).

Em relação à influência da atividade desportiva programada na adesão ao PAM, utilizou-se um Teste U de *Mann-Whitney*, de onde se salienta, pelas ordenações médias, um nível de adesão ao PAM mais elevado nas crianças com atividade desportiva regular (45,58) comparativamente às crianças sem atividade (41,92). Contudo, também aqui, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

Tabela 17 – Teste U de *Mann-Whitney* relacionando a atividade desportiva programada regular e o Índice de KIDMED

Variáveis	Índice de KIDMED Ordenação média	Teste
Atividade desportiva programada regular		<i>Mann-Whitney</i>
Não	41,92	
Sim	45,58	
(p)	0,534	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Termina esta análise inferencial e através dos resultados obtidos é possível verificar que não existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e a dependente, o que significa que, os determinantes de saúde analisados, na amostra estudada, não têm influencia na adesão ao PAM.

3.3.4 Fixação de Objetivos

Esta é uma etapa fundamental do planeamento em saúde que se realiza após a elaboração do diagnóstico dos principais problemas e da definição de prioridades dos mesmos, chegando ao problema prioritário a intervir. É com a correta e quantificada fixação de objetivos que fará com que a execução do plano seja efetiva e que se consiga avaliar os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos podem ser categorizados em: finalidade (grande área temática do projeto), objetivos gerais (foco de atenção principal do projeto), objetivos específicos (dimensões do diagnóstico do foco principal) e metas (dão tempo aos objetivos específicos) (Melo, 2020). Contudo, os objetivos específicos, também, podem ser designados por metas e traduzem-se em indicadores de atividade, sendo mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990 & Parreira, 2005 citados por Rodrigues, 2021).

Desta forma, na definição dos objetivos, utilizou-se a metodologia SMART - objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (Rodrigues, 2021). Assim, delineou-se como **objetivo geral**:

- melhorar o padrão alimentar nas crianças dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do AE em estudo.

Posteriormente, foi elaborado o **objetivo específico e meta** a atingir.

Quadro 5 - Objetivo específico e meta

Diagnóstico	Objetivo específico/Meta
Comportamento alimentar infantil comprometido em 34,1%, por baixa ou moderada adesão ao PAM.	Diminuir a proporção de crianças com baixa ou moderada adesão ao PAM de 34,1%, para 20% (ganho em saúde de 14,1%), em 2 meses

Na determinação dos objetivos e para a construção do projeto Educa-Me é necessário delinear-se indicadores de avaliação, de forma a que se consiga proceder à avaliação nos períodos determinados (Melo, 2020). Os indicadores de resultado são os que permitem a quantificação dos problemas de saúde, ou seja, são as metas (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). Enquanto que, os indicadores de atividade ou de execução são os que medem a atividade desenvolvida com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Desta forma, foram delineados os seguintes indicadores de atividade:

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças dos 3º e 4º anos do AE à resposta ao questionário de diagnóstico

$$\frac{\text{n.º de crianças dos 3º e 4º anos do AE em que os pais responderam ao questionário de diagnóstico}}{\text{n.º total de crianças dos 3º e 4 anos do AE}} \times 100$$

- Taxa de adesão das crianças e dos seus pais/familiar, das turmas alvo de intervenção, à realização de um trabalho sobre o PAM, para expor no centro escolar

$$\frac{\text{n.º de crianças das turmas alvo de intervenção que realizaram o trabalho sobre o PAM}}{\text{n.º total de crianças das turmas alvo de intervenção}} \times 100$$

- Taxa de EpS realizadas

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de EpS realizadas}}{\text{n.}^\circ \text{ de EpS programadas}} \times 100$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção à sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de crianças das turmas alvo de intervenção em que os pais/familiar estiveram presentes nas EpS}}{\text{n.}^\circ \text{ total de crianças das turmas alvo de intervenção}} \times 100$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS ao preenchimento do questionário de conhecimentos do PAM, entregue no início na sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de pais das crianças das turmas alvo de intervenção que preencheram o questionário inicial sobre o PAM}}{\text{n.}^\circ \text{ total de pais das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS}} \times 100$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão e EpS ao preenchimento do questionário de conhecimentos do PAM entregue no final da sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de pais das crianças das turmas alvo de intervenção que preencheram o questionário final sobre o PAM}}{\text{n.}^\circ \text{ total de pais das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS}} \times 100$$

3.3.5 Seleção de Estratégias

A etapa de seleção de estratégias tem elencada uma enorme relevância pois é através desta que se seleciona o processo e as intervenções mais indicadas para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperator & Giraldes, 1993; Rodrigues, 2021).

Desta forma, procurou-se que as estratégias selecionadas fossem de acordo com os objetivos do projeto de intervenção em construção, procurando a mudança de comportamento, para a obtenção de ganhos em saúde e aumento da qualidade de vida para as crianças alvo das intervenções.

As estratégias devem ser selecionadas tendo em conta as relações custo-efetividade e custo-benefício, adaptadas à população-alvo, sendo que a sua escolha deve recair em estratégias exequíveis e de maior impacto na saúde (Rodrigues, 2021). Assim, no projeto Educa-me foram selecionadas estratégias de persuasão (autoridade) e de promoção de saúde, indo de acordo aos planos e programas, tanto a nível mundial, nacional, regional e local.

O PNPAS pretende promover práticas alimentares saudáveis na população, através da promoção da literacia alimentar, com atividades de informação e capacitação para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, bem como, com a realização de *flyers*, vídeos, receitas e manuais direcionados para a população, nomeadamente, infantil (DGS, 2022).

Desta forma, para uma intervenção mais efetiva do projeto Educa-Me, foi tido em conta o Modelo de Literacia em Saúde desenvolvido pelo Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde, que consta na figura 5 (2012). Assim, na promoção de saúde, nomeadamente na promoção do PAM foram efetuadas abordagens para aumentar o conhecimento, a capacitação, o empoderamento e a motivação de todos os participantes (desde as crianças, a família aos professores). Com esta abordagem foram-lhes criadas condições para que adquirissem capacidades que lhes permitissem aumentar o empoderamento na área promovida. Porém, para que as crianças alcancem o máximo de literacia em saúde é necessário que todos os intervenientes obtenham informação credível, clara e acessível, para que compreendam e assimilem a mesma para a utilizarem de forma responsável na mudança de comportamentos saudáveis (Sorensen et al, 2012). Assim, a escola deverá ter as condições físicas e humanas que possibilitem o melhor desenvolvimento intelectual, físico, psicológico e social das crianças (Concelho Nacional de Saúde - CNS, 2021) para que as mudanças de comportamentos levem a maior equidade e sustentabilidade em saúde pública.

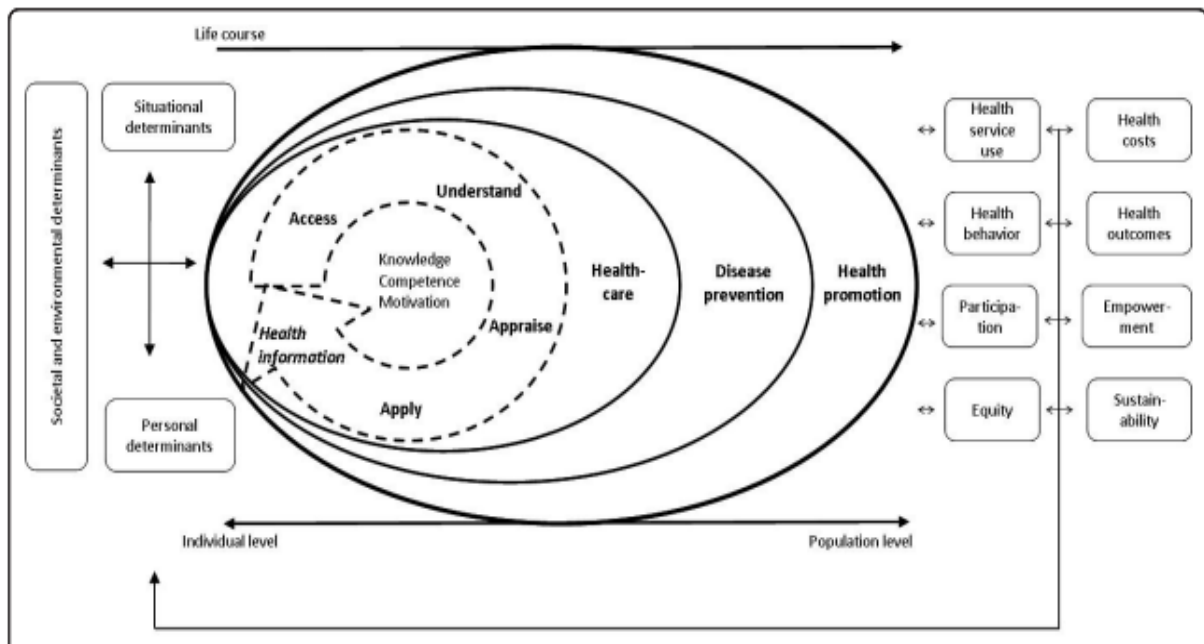


Figura 5: Modelo de Literacia em Saúde
Fonte: Sorensen et al., 2012, pp. 9

Posto isto, existem algumas estratégias que só por si já dão exemplos de atividades a desenvolver para aumentar a literacia em saúde na área da DM. Um exemplo é o Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2021) que tem como objetivo específico capacitar crianças e jovens, através dos profissionais de saúde, de meios audiovisuais em espaços de atendimento, campanhas, entre outros, com a colaboração de pais, mães e cuidadores, equipas de saúde escolar, profissionais de educação, plataformas sociais e ferramentas *WEB-based* (DGS, 2018). Outras das estratégias a ter em conta são melhorar a literacia nutricional, as habilidades dos pais e cuidadores (professores) e disponibilizar aulas de preparação de alimentos para as crianças e seus pais (OMS, 2016).

Outro exemplo prático é a realização de workshops de culinária que demonstram que os alimentos saudáveis podem ser saborosos e a sua confeção divertida, podendo contribuir para uma maior consciência quanto à saúde alimentar e sustentabilidade ambiental (CNS, 2021).

O *Marketing* social é identificado como uma estratégia que permite alcançar ganhos em saúde, caso o projeto em curso englobe o envolvimento das comunidades para o seu empoderamento e participação nas tomadas de decisão em relação à sua saúde (Melo, 2020). Este também é

visto como uma forma de trazer benefícios na promoção de estilos de vida mais saudáveis, como mudanças de hábitos (Matos e Sardinha, 2000 citados por Rodrigues, 2021).

Outro instrumento de marketing que pode ser utilizado na abordagem em enfermagem de saúde pública, de forma a elevar o empoderamento comunitário das populações, é a influencia dos *media* (Melo, 2020).

Outra estratégia útil na promoção da saúde são os *soundbites* que são mensagens curtas com o intuito de inspirar, de serem lembradas ou de persuadir a população, como os slogans (Rodrigues, 2011).

O desenvolvimento de materiais de informação, de educação e de comunicação conhecidos por I.E.C., tais como folhetos, cartazes, etc, são formas de comunicação e *marketing* a adotar (*Academy for Educational Development*, 2004 & OMS, 2001 citados por Melo, 2020).

Para além disto, é nesta etapa que é avaliada a disponibilidade dos recursos humanos e de outros necessários para as intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste projeto de intervenção comunitária estes recursos foram tidos em conta, através da orientação da enfermeira orientadora. Desta forma foi estabelecida a ponte com outros recursos da comunidade, nomeadamente através do contributo de uma nutricionista e de um médico e ex-concorrente de um programa televisivo dedicado à culinária.

A nutricionista é considerada uma perita na área da alimentação saudável, nomeadamente no que toca ao PAM., pois é coordenadora do curso de nutrição e dietética do IPL, investigadora principal no projeto “*veghie4myhearts*”, tendo ganho o prémio em 2022 de melhor projeto de intervenção em saúde pública direcionado à população infantil e participa num projeto que está a ser implementado a nível nacional por algumas universidades sobre a DM.

Posto isto, as estratégias utilizadas neste projeto de intervenção comunitária foram diversas e as parcerias também:

- *soundbites*, através de um *Slogan*;
- construção de um *flyer* informativo sobre a sessão de EpS;
- realização de um panfleto com *QR code* de acesso a livro onde constem receitas saudáveis, conceitos e dicas do PAM, nomeadamente da sustentabilidade;

- *marketing* social, através dos *media*, com a participação de um ex-concorrente de um programa televisivo dedicado à culinária e da oferta de um voucher de 10% de desconto em parceria com a loja “Copa- Cooperativa de Produtores de Fruta e Produtos Hortícolas”;
- realização de cartazes pelas crianças e pais/familiar das crianças;
- sessão de EpS direcionada para os pais, docentes e não docentes da escola alvo, com metodologia expositiva, demonstrativa, interrogativa e ativa, através de uma palestra com Nutricionista e de um *showcooking*, possibilitando a que os presentes participassem;
- *workshop/showcooking* dinamizado pelo médico e ex-concorrente de um programa televisivo.

3.3.6 Elaboração de programas e projetos

As estratégias delineadas são concretizadas através de atividades, cujo conjunto se denomina projeto, delimitado no tempo, com o objetivo de alcançar determinado resultado (Imperatori & Giraldes, 1993). Nasceu, assim, o projeto Educa-me, com um limite temporal de 6 meses (entre outubro de 2022 e março de 2023).

Nesta etapa, surgiram diversas atividades possíveis, ponderadas com os profissionais envolvidos, a nível académico, com a professora orientadora, e no contexto profissional, com a enfermeira da UCC e, ainda, com as professoras responsáveis pela saúde escolar no 1º ciclo do ensino básico do AE.

Nas diversas etapas do planeamento, assim, como nesta, houve sempre o cuidado de reunir com as professoras supracitas e com a enfermeira da UCC de forma a conseguir-se traçar o caminho mais adequado, tendo em conta os recursos disponíveis, a possível adesão e motivação da comunidade escolar e o tempo para a execução e avaliação do projeto (cerca de 2 meses).

Desta forma, nesta etapa do projeto Educa-Me foi tida em conta a análise dos obstáculos prováveis à respetiva execução, como é proposto por Imperatori & Giraldes (1993). Assim, não foi possível intervir em todas as escolas que responderam ao questionário de diagnóstico, escolhendo-se uma dessas escolas para a execução e avaliação do projeto desenvolvido.

Outro dos obstáculos a ter em conta são os de ordem administrativa, ou seja, referem-se, por exemplo, aos que decorrem das formalidades burocráticas (Imperatori e Giraldes, 1993), como foi o que aconteceu no projeto Educa-Me, nomeadamente, com os pedidos de autorização para a realização do projeto, no que concerne ao contexto escolar e aos procedimentos éticos.

3.3.7 Preparação da Execução

Esta etapa tem apenas propósitos didáticos e pretende mostrar as inter-relações entre as atividades delineadas, de forma a evitar sobreposições e excessiva acumulação de tarefas num determinado período de tempo e, também, de forma a constatar entraves na execução, prever os recursos e os custos associados para que a realização das atividades seja facilitada. Esta é a etapa onde se deve especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto se concretizarão e ainda quem será encarregue de as gerir e executar (Imperatori e Giraldes, 1993).

De acordo com o exposto, foi determinado o centro escolar a intervir. O dia, a hora, o local e a população envolvida e convidada para a sessão de EpS foram definidos em reunião com os demais intervenientes, sendo tido sempre em conta o que melhor se apropriava para a população em questão. Com isto, ficou estipulado que a sessão de EpS seria num sábado às 16h no refeitório da escola alvo de intervenção.

Os trabalhos realizados pelas crianças e respetivos pais/familiar tiveram por base material didático e educativo fornecido pela professora coordenadora da escola a intervir, com a supervisão da investigadora e da enfermeira orientadora da UCC e foram expostos no refeitório e no hall da escola no dia antes da sessão de EpS, ficando estes expostos até às férias intercalares da Páscoa. À posteriori, fica ao critério da professora coordenadora retirá-los ou mantê-los expostos.

Para além disto, é nesta etapa que, também, se contabilizam as despesas financeiras com o projeto, nomeadamente com os bens de curta duração (panfletos e questionários para a sessão de EpS) (Imperatori & Giraldes, 1993). Com isto, foi realizada uma estimativa dos custos com os recursos materiais do projeto, sendo que não haviam custos com os recursos humanos, para o horizonte temporal de 2 meses. Os custos com os ingredientes foram oferta do *Intermarché*, bem como a impressão do *flyer* ficou ao encargo da professora coordenadora da escola. Assim, apenas houve custos com os recursos materiais para a sessão de EpS, para uma estimativa feita pela professora coordenadora da escola alvo de 60 participantes, que se apresentam no quadro (6):

Quadro 6 - Estimativa de custos com os recursos materiais.

Recursos	Custo unitário	Quantidade	Custo subtotal
Panfletos	0,92 euros	60	55 euros
Questionários de aferição de conhecimentos (antes e após a sessão)	0,30 euros	120	36 euros
Questionário de avaliação da sessão de EpS	0,30 euros	60	18 euros

As atividades desenvolvidas no projeto Educa-Me e o horizonte temporal para as mesmas estão contempladas no cronograma final (APÊNDICE IX) que sofreu alterações ao longo do tempo, pois o planeamento em saúde não é algo estático, é dinâmico, cíclico, obrigando a reformulações.

No que concerne ao plano operacional (Quadro 7) na elaboração do mesmo foi tido em conta o método dos 5W2H que pretende responder a sete questões: o quê? Quem? Quando? Onde? Porquê? Como? Qual o orçamento? (Rodrigues, 2021). No plano operacional traçado do projeto Educa-Me não foram colocados os custos, pois já foram tidos em conta anteriormente. Este plano operacional sofreu alterações ao longo do tempo, uma vez que este projeto apresenta caráter dinâmico.

Para que as intervenções sejam efetivas e possíveis de ser realizadas foram formuladas diversas parcerias. No contexto do empoderamento comunitário, o trabalho em rede e as parcerias têm sido identificados como fundamentais, pois é através destas que a comunidade pode reforçar as redes sociais, tornando-se mais forte na partilha de recursos e no apoio e participação nos interesses de outras organizações (inclusive de outras comunidades) (Melo, 2020).

Desta forma, foram criadas na elaboração do plano operacional algumas parcerias com *stakeholders*: professores de todas as turmas dos 3º e 4º anos d 1º ciclo do ensino básico do AE; loja Copa; Câmara Municipal (disponibilização do refeitório para a Sessão de EpS); professores de educação física das AEC (na recolha dos dados antropométricos das crianças em estudo). Contudo, estes não cumpriram com o que foi acordado, não podendo assim a mestranda ter acesso a estes valores que, sem dúvida, iriam enriquecer o trabalho de investigação realizado, bem como, dariam dados estatísticos sobre a obesidade nesta faixa etária do concelho alvo de intervenção.

Quadro 7 - Plano operacional do projeto Educa-Me

Atividade (o quê)	Recursos (Quem)	Quando	Onde	Como	Objetivos (porquê)	Avaliação
Reuniões com os professores	Enf. ^a mestranda Enf. ^a da UCC Professoras responsáveis pela saúde escolar no 1º ciclo + professora coordenadora do centro escolar	Dias: 24 de outubro; 18 de novembro 02 de dezembro 06, 11, 16 e 20 de janeiro 01, 02, 10 e 16 de fevereiro	Centro Escolar	Reuniões com os professores, enf. ^a mestranda, enf. ^a da UCC de forma a realizar-se um trabalho de parceria	Elaboração das diversas etapas do planeamento em saúde	Nº de reuniões realizadas/Nº de reuniões programadas X 100
Questionário de diagnóstico	Enf. ^a mestranda professoras dos 3º e 4º anos do AE	De 01 de dezembro a 05 de janeiro	AE	Aplicação de um questionário sobre “OBESIDADE INFANTIL: Promoção de Hábitos alimentares saudáveis e de atividade física – Projeto de intervenção comunitária em contexto escolar”	Identificar as necessidades das crianças dos 3º e 4º anos do AE no que concerne aos hábitos alimentares e de atividade física	Nº de questionários respondidos/Nº de questionários entregues X 100
<i>Slogan</i>	Enf. ^a mestranda Enf. ^a da UCC Professora Coordenadora da escola a intervir	Na semana de 16 a 20 de janeiro de 2022	Centro Escolar e domicílio da mestranda	Procurar ideias através da fundamentação teórica para a elaboração de um <i>slogan</i>	Persuadir as crianças e os pais a mudar comportamentos, nomeadamente, mudar hábitos alimentares	Nº reuniões realizadas/Nº de reuniões planeadas X 100
<i>Flyer</i>	Enf. ^a mestranda Enf. ^a da UCC Professora orientadora	Na semana de 16 a 20 de janeiro de 2022	Domicílio da mestranda	Através de uma plataforma online	Informar os pais, pessoal docente e não docente do AE	Bº de <i>Flyers</i> entregues/ Nº de <i>Flyers</i> programados entregar
Panfleto	Enf. ^a mestranda Enf. ^a da UCC Professora orientadora	Na semana de 23 a 27 de janeiro	UCC D. Fuas Roupinho e domicílio da enf. ^a mestranda	Elaboração de um panfleto com QR code de acesso a um livro sobre o PAM, através da fundamentação teórica	Informar os pais/EE sobre o PAM e dar-lhes ferramentas e dicas para cozinharem de forma saudável	Nº de panfletos entregues/Nº de panfletos programados de entregar
Cartazes/trabalhos didáticos	Crianças Pais/EE Professora coordenadora da escola a intervir	Na semana de 27 de janeiro a 02 de fevereiro	Centro escolar e domicílio das crianças	-Informar e sensibilizar as crianças através da visualização de vídeos sobre o PAM em contexto escolar -Disponibilizado, via e-mail, pela professora, aos pais/familiar material sobre o PAM Elaboração de cartazes e de trabalhos didáticos para expor na escola	-Sensibilizar as crianças e os pais/EE para a importância do PAM - Aumentar a literacia no que concerne ao PAM	Nº de crianças participantes/Nº total de crianças X 100
Sessão de EpS	Pais/EE Enf. ^a mestranda Nutricionista	Dia 11 de fevereiro	Centro escolar	-Apresentação de diapositivos através do método expositivo pela nutricionista convidada -Pedido de participação ativa dos encarregados de educação na exposição de dúvidas e trocas de experiências	- Sensibilizar para a importância de hábitos alimentares saudáveis, nomeadamente do PAM no contexto familiar; Aumentar a literacia no que concerne ao PAM	Nº de pais/EE presentes/Nº de pais/EE programados X 100 Questionário de aferição de conhecimentos sobre o PAM

				-Entrega de folheto alusivo ao PAM - Entrega de voucher de 10% de desconto na loja Copa	- Reflexão sobre os hábitos alimentares das crianças e famílias	(antes e após a sessão) Questionário de avaliação da sessão de EpS
<i>Showcooking</i>	Crianças Pais/EE Enf.ª mestranda Médico e ex-concorrente televisivo de programa de culinária Pessoal docente e não docente da escola	Dia 11 de fevereiro	Centro escolar	Apresentação de vários alimentos pertencentes ao PAM, nomeadamente hortícolas, frutas, frutos oleaginosos e leguminosas - Confeção de 2 receitas, com a participação das crianças e pais/EE/pessoal docente e não docente da escola - Degustação das receitas confeccionadas, bem como, de outras, tendo por base o PAM - Oferta de pequeno saco com frutos secos promovidos pela fábrica Secos da Aldeia	Sensibilizar as crianças e os pais/EE para a importância da adesão ao PAM Demonstrar receitas fáceis, rápidas, económicas e sustentáveis, referentes ao PAM, às crianças, pais/EE e pessoal docente e não docente - Mostrar alternativas alimentares saudáveis, aderentes ao PAM e saborosas	Nº de crianças com pais/EE presentes/Nº de crianças compais/EE programadas X100

3.3.8 Execução

A etapa da execução é a fase da realização e implementação das estratégias delineadas durante o planeamento das atividades. No projeto Educa-Me, estas foram:

- **Reuniões com as professoras:**

A primeira reunião para avaliar a possibilidade de implementar um projeto de promoção de hábitos de alimentação saudável e de atividade física na escola ocorreu em outubro de 2022, com o professor diretor do AE. As reuniões que se seguiram foram com as professoras responsáveis pela saúde escolar no 1º ciclo daquele agrupamento. A escolha das turmas dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico surgiu em consonância, pela fase de desenvolvimento destas crianças, pela evidência científica de elevada taxa de obesidade infantil nesta faixa etária e por serem os anos que antecedem a passagem para outra escola.

Neste ciclo de reuniões, foram tidas em conta as opiniões dos professores para se poderem delinear as restantes etapas do planeamento em saúde, nomeadamente com a apresentação dos resultados do questionário de diagnóstico e com a escolha da escola ou das escolas a intervir. A escolha do centro escolar para a intervenção foi norteadada pelas professoras, devido a facilidade em intervir com os pais/familiar das crianças que o frequentam.

A partir desse momento as reuniões restantes foram com a professora coordenadora desse centro escolar. A última reunião ocorreu depois das atividades delineadas para o projeto e teve

como objetivo dar-lhes a conhecer a avaliação das atividades, os resultados do questionário de avaliação da sessão de EpS e para traçarem objetivos e intervenções futuras.

- **Aplicação do questionário de diagnóstico:**

A aplicação do questionário de diagnóstico foi realizada de 01 de dezembro de 2022 a 05 de janeiro de 2023.

- **Slogan:**

A criação do slogan “**Primeiro mudas a tua alimentação, depois é ela que te muda a ti**” teve lugar na semana de 16 a 20 de janeiro e foi colocada na escola bem como no panfleto elaborado com o intuito de “sem querer já leu e reteve” (APÊNDICE X).

- **Flyer:**

Criação de um mini poster informativo para entregar a toda a comunidade escolar daquele centro escolar, sobre a sessão de EpS/*showcooking* a realizar (APÊNDICE XI);

- **Panfleto:**

Esta atividade foi realizada na semana de 23 a 27 de janeiro com a auscultação da professora coordenadora do centro escolar alvo de intervenção e sob a orientação da enfermeira da UCC e da professora doutora orientadora do ensino clínico (APÊNDICE XII)

- **Cartazes/trabalhos didáticos:**

Estes foram realizados pelas crianças com a ajuda dos pais/EE, no seu domicílio, após intervenção por parte da professora coordenadora do centro escolar alvo de intervenção, com a visualização de vídeos sobre o PAM. Este material educativo teve a orientação da enf.^a mestrande e da enfermeira da UCC e foi disponibilizado aos pais /EE para que estes ficassem mais informados e conseguissem realizar os cartazes/trabalhos didáticos pedidos (fotografias dos mesmo em APÊNDICE XIII)

- **Sessão de EpS:**

Esta atividade engloba uma palestra e um *showcooking* (em que considero ser outra atividade) e foi delineada tendo em conta o tempo para intervir e tendo em conta que teriam que ser peritos na área. Desta forma, surgiu a oportunidade de convidar dois peritos: uma nutricionista e um médico cozinheiro. A nutricionista é professora no IPL, coordenadora do curso de Licenciatura em Nutrição e Dietética, investigadora principal do projeto “*veghies4myheart*” que ganhou o

prémio, em 2022, de melhor projeto na área de saúde pública, com experiência e com especial gosto pela nutrição infantil tendo participado em diversas palestras/congressos e pertencente ao grupo de trabalho ao nível de algumas universidades nacionais sobre o PAM. O médico e cozinheiro é ex-concorrente de um programa televisivo dedicado à culinária e é fundador do projeto “*Cozinha a tua Saúde*” (projeto dedicado a ensinar a cozinhar receitas direcionadas a problemas de saúde). Esta sessão teve um carácter expositivo e participativo, sendo ministrada em parceria com o médico e cozinheiro do *showcooking* (enquanto preparava os alimentos), tendo este, também, um papel preponderante na mesma na medida em que foi dando *inputs* sobre a alimentação saudável e os benefícios da adesão ao PAM (fotografias da sessão de EpS em APÊNDICE XIV). Nesta sessão, do dia 11 de fevereiro, foi aplicado um questionário de forma a apurarem-se os conhecimentos dos participantes sobre o PAM, no início e no final da sessão de EpS (APÊNDICE XV). Para além deste questionário, foi, também, disponibilizado um questionário de avaliação da sessão de EpS (APÊNDICE XVI).

- ***Showcooking:***

Esta atividade foi desenvolvida em parceria com a palestra e faz parte da sessão de EpS, ou seja, realizou-se no dia 11 de fevereiro, de forma a restringir o tempo que os pais/familiar das crianças, pessoal docente e não docente despendiam para participar. Aquando da palestra pela nutricionista, o dinamizador do *showcooking* foi preparando os alimentos. Após o término da palestra deu-se lugar a uma aula interativa e demonstrativa de duas receitas culinárias de alternativas saudáveis, sustentáveis e saborosas, em que os participantes puderam colaborar na confeção, inclusive as crianças, tendo por base o PAM. Posto isto, houve degustação no final das receitas confeccionadas e de outras com base no PAM. Todas estas receitas foram disponibilizadas por e-mail aos participantes na sessão de EpS. O e-mail dos mesmos foi registado em folha de presenças assinada durante a sessão de EpS.

3.3.9 Avaliação

A avaliação é entendida como uma comparação de algo com um padrão ou modelo e a sua finalidade é corrigir ou melhorar os programas, de forma a orientar a distribuição dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa do planeamento em saúde verifica se todas as outras etapas foram bem-sucedidas, ou seja, confirma se o diagnóstico de situação foi bem formulado, se as orientações gerais

correspondem a esse diagnóstico, se os objetivos são adequados às mudanças desejadas, se os recursos são os necessários e se os resultados esperados são possíveis de alcançar (Rodrigues, 2021).

Para uma avaliação efetiva tem que se distinguir entre avaliação a curto prazo e a médio prazo. A avaliação a curto prazo só é possível através dos indicadores de atividade e a avaliação a médio prazo faz-se em relação aos objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1993). Considerando que o projeto Educa-Me apenas tinha 2 meses para a execução e para a avaliação, optou-se por fazer uma avaliação a curto prazo. Desta forma obtivemos os seguintes resultados para os indicadores de atividade definidos:

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças dos 3º e 4º anos do AE à resposta ao questionário de diagnóstico

$$\frac{\text{n.º de crianças dos 3º e 4º anos do AE em que os pais responderam ao questionário de diagnóstico}}{\text{n.º total de crianças dos 3º e 4 anos do AE}} \times 100$$

$$\mathbf{88/402 = 22\%}$$

- Taxa de adesão das crianças e dos seus pais/familiar, das turmas alvo de intervenção, à realização de um trabalho sobre o PAM, para expor no centro escolar

$$\frac{\text{n.º de crianças das turmas alvo de intervenção que realizaram o trabalho sobre o PAM}}{\text{n.º total de crianças das turmas alvo de intervenção}} \times 100$$

$$\mathbf{47/47 = 100\%}$$

- Taxa de EpS realizadas

$$\frac{\text{n.º de EpS realizadas}}{\text{n.º de EpS programadas}} \times 100$$

$$\mathbf{1/1 = 100\%}$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção à sessão de EpS

$$\frac{\text{n.º de crianças das turmas alvo de intervenção em que os pais/familiar estiveram presentes nas EpS}}{\text{n.º total de crianças das turmas alvo de intervenção}} \times 100$$

$$\mathbf{37/47 = 79\%}$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS ao preenchimento do questionário de conhecimentos do PAM entregue no início na sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de pais das crianças das turmas alvo de intervenção que preencheram o questionário inicial sobre o PAM}}{\text{n.}^\circ \text{ total de pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS}} \times 100$$
$$\mathbf{37/37 = 100\%}$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão e EpS ao preenchimento do questionário de conhecimentos do PAM entregue no final da sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que preencheram o questionário final sobre o PAM}}{\text{n.}^\circ \text{ total de pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS}} \times 100$$
$$\mathbf{37/37 = 100\%}$$

- Taxa de adesão dos pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS ao preenchimento do questionário de avaliação da sessão de EpS

$$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS e que responderam ao questionário de avaliação da sessão de EpS}}{\text{n.}^\circ \text{ total de pais/familiar das crianças das turmas alvo de intervenção que estiveram presentes na sessão de EpS}} \times 100$$
$$\mathbf{37/37 = 100\%}$$

O projeto Educa-Me tem 6 indicadores de atividade e avaliando os mesmos constata-se que em 5 deles teve 100% de taxa de resultado, num teve 79% e no outro 22%. Os indicadores que não foram obtidos taxas de resultado de 100% dizem respeito à adesão dos pais/familiar das crianças, nomeadamente, na resposta ao questionário de diagnóstico (22%) e na participação na sessão de EpS através da sua presença. Contudo, foram muitos os esforços realizados em conjunto com as professoras do centro escolar alvo de intervenção para que estas taxas tivessem sido mais elevadas.

Em relação ao preenchimento do questionário de diagnóstico foram diversos os e-mails e os contactos telefónicos com as professoras responsáveis pelas turmas dos 3º e 4º anos do AE no sentido de sensibilizarem os pais a responder, bem como, foi dado como horizonte temporal de resposta 1 mês.

No que concerne à adesão na sessão de EpS, para além de um dos dinamizadores ser alguém socialmente conhecido através dos *media*, houve um esforço acrescido pela professora coordenadora do centro escolar em cativar e motivar os pais/familiares das crianças a estarem presentes na sessão, tendo passado uma folha de possíveis presenças para os pais onde constavam vir 43 dos 47. Contudo, a falta de adesão dos pais/familiares das crianças foi uma das lacunas do projeto, havendo necessidade de melhoria nessa área para que os comportamentos sejam efetivamente alterados no sentido de, a médio prazo, poder-se ter o resultado esperado: diminuir a proporção de crianças com baixa ou moderada adesão ao PAM de 34,1%, para 20% (ganhos em saúde de 14,1%), em 2 meses.

Para além destas avaliações, segundo WOLLAST (1981), estas podem ter dois tipos de classificações, as internas e as externas, em que as primeiras servem para determinar o real funcionamento do serviço e as segundas têm a finalidade de conhecer o impacto das atividades na população (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, consideraram-se os resultados obtidos nos questionários, tanto de avaliação de conhecimentos sobre o PAM como de avaliação da sessão de EpS, no que concerne ao impacto da sessão de EpS sobre os pais/familiar das crianças.

Desta forma, foi possível constatar através da contabilização do nº de respostas erradas por questionário, referentes ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre o PAM (inicial e final), que no início houve mais respostas erradas em relação ao final. No que concerne ao questionário de avaliação da sessão de EpS, nas questões: “as informações prestadas na sessão serão úteis no seu quotidiano? Com as informações prestadas na sessão considera que será mais fácil adotar o padrão alimentar mediterrânico no seu dia-a-dia?” As respostas apresentaram todas o valor 4, numa classificação de 1 a 4 (1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom), mostrando que a sessão de EpS aumentou a literacia na área do PAM e que a população que esteve presente na sessão de EpS considera poder adotar este padrão como estilo de vida, levando a um aumento da adesão ao PAM, logo, vai de encontro aos objetivos deste projeto.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, a mudança dos padrões de saúde e de doença, as alterações sociodemográficas e a pressão socioeconómica, têm modificado a forma como os políticos, os gestores e as próprias populações olham para os CSP (OMS, 2021). Em Portugal, os CSP têm sido objeto de grande reflexão e de várias reformas, que se refletem em importantes avanços em diferentes dimensões da qualidade e da satisfação dos utentes e dos profissionais (Ministério da Saúde, 2012). Com as reformas introduzidas nos últimos anos no Serviço Nacional de Saúde, e mais concretamente, nos CSP, foi instituído um novo conceito de gestão, a governação clínica, que tem como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde (Santos & Sá, 2010).

Assim, possuir conhecimentos em metodologias de gestão é fundamental para o exercício profissional de excelência, principalmente para o EESCSP, uma vez que permite aprofundar competências comuns e específicas, de forma a atingir a excelência dos cuidados, cumprindo os padrões de qualidade que orientam a nossa prática.

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo -alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019). O REPE, no artigo 8º, defende que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101-102). Assim, quando o EESCSP desempenha as suas funções assume o compromisso de cuidar do outro, promovendo a qualidade de vida daqueles a quem presta cuidados, de acordo com os princípios e valores da deontologia da profissão.

Isto irá refletir-se em ganhos em saúde para as comunidades, uma vez que lhes vai permitir prestar cuidados mais eficazes, eficientes e com maior qualidade, aumentando, assim, a satisfação das comunidades. A “saúde 2020” preconiza desenvolver ações que visem melhorar, de forma significativa, a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades em matéria de saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas, que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de elevada qualidade (OMS, 2020). Por outro lado, aumentará, também, a sua própria satisfação profissional uma vez que será mais competente e com mais habilidades na prestação dos cuidados à comunidade.

Ao envolver a comunidade neste processo, segundo o modelo *PRECED-PROCEED*, favorece-se a combinação de ações individuais e coletivas destinadas a alcançar compromissos políticos, apoio para as políticas de saúde, aceitação social e apoio das organizações e profissionais para um determinado programa de saúde (Brito, 2014). O sucesso destas ações é maior se se planearem cuidadosamente os programas de intervenção para a promoção da saúde. Nestes é importante contar com a efetiva e concreta participação dos indivíduos, requerendo o desenvolvimento de habilidades para identificar problemas e tomar decisões, tendo a promoção da saúde um papel importante na incrementação e viabilização das intervenções. Colocar esta abordagem de promoção da saúde em prática, de uma maneira ética e efetiva, requer habilidades profissionais complexas administrando ciclos periódicos de programar, planejar, implementar e avaliar. São etapas que aumentam a qualidade e efetividade das intervenções de promoção de saúde ao longo do tempo (Davies & Macdonald, 1998; Minkler, 1997, citados por Brito, 2014). Para isso, torna-se importante a promoção da saúde em meio escolar. Esta assente nos princípios de uma metodologia de trabalho por projeto e das EpS como estratégia, de forma a haver uma melhoria dos resultados académicos e contribuir para elevar o nível de literacia em saúde, melhorando, assim, o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015).

Pelo exposto, pode-se afirmar que estes conhecimentos foram a base de toda a prestação de cuidados enquanto futura EESCSP, bem como, contribuíram para a análise crítica e reflexiva deste relatório.

Contudo, ser EESCSP é muito mais do que isto, é estar ciente de toda a sua relevância perante a comunidade que presta cuidados e que a sua prática de exercício profissional diária é, acima de tudo, coordenar, negociar, promover, empoderar, incrementar e implementar todos os conhecimentos que adquire ao longo do seu percurso académico, nunca descorando a sua experiência, tanto ao nível profissional como pessoal. No cuidar das e com as comunidades o EESCSP tem o compromisso de extrair a essência dos problemas destas, conhecendo desta forma os determinantes em saúde que influenciam os problemas de saúde. Mas, também, tem que conhecer, as barreiras, fraquezas, forças e oportunidades das mesmas, nomeadamente através das parcerias e *stakeholders*, de forma a que a sua prestação de cuidados enquanto EESCSP seja a mais responsável, consciente, adequada, eficiente, sustentável e com o máximo de equidade para alcançar a excelência do cuidar. Como se pode constatar no novo Plano Nacional de Saúde 2020 – 2030: “Saúde sustentável: de todos para todos”.

Assim sendo, só através do planeamento em saúde (competência específica do EESCSP) e das suas diversas etapas é que é possível ter o conhecimento aprofundado da comunidade, para que as intervenções do EESCSP sejam as mais eficientes, tendo em conta os recursos que são escassos, de forma a obter-se o melhor nível de saúde para aquela comunidade. Desta forma, apenas com a realização de diagnósticos em saúde e da priorização das necessidades, é possível definir objetivos operacionais pertinentes e mensuráveis, escolher as atividades e estratégias adequadas, calcular os recursos necessários à sua execução e prever as melhores formas de proceder à sua avaliação.

Com isto, é importante que o EESCSP, no planeamento em saúde, como instrumento mais adequado para a prestação de cuidados à comunidade, tenha conhecimento de qual a saúde real da comunidade e aquela que se quer alcançar. Só assim, se conseguirá elaborar e refazer um projeto que tenha ganhos efetivos em saúde.

Com a elaboração do projeto, ficou clara a importância de intervir ao nível do PNSE, pois após uma análise dos documentos que regem e norteiam as USP, bem como, da bibliografia existente (evidência científica) é claro a importância e os ganhos em saúde que daí podem advier (adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação saudável), prevenido a obesidade infantil, sendo uma emergência em saúde pública da atualidade.

Com a realização deste trabalho, conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados e que tendo por base as competências comuns e específicas do EESCSP e os conhecimentos apreendidos com a elaboração do mesmo, é possível afirmar que o papel do EESCSP, na intervenção comunitária, é imprescindível. Estes são os profissionais que têm as competências para intervir ativamente no processo dinâmico da doença e das alterações que esta traz na comunidade, bem como na prevenção da mesma e promoção da saúde, planeando ações e intervenções apropriadas e com conhecimento científico, através da integração e coordenação de programas de saúde comunitários, garantindo assim a consecução do Plano Nacional de Saúde. Para que estes programas tenham sucesso e que isso se reflita em ganhos em saúde e melhor qualidade de vida, bem como, menos gastos em saúde e aumento da equidade e sustentabilidade do sistema de saúde é necessário intervir de forma a que os EESCSP sejam capazes de capacitar e empoderar a comunidade.

Realizando uma análise *SWOT* a todo o processo do estágio, onde se inclui a elaboração deste relatório, conclui-se que como forças destaca-se a motivação e o gosto pela área específica da comunidade, bem como o interesse na temática do projeto de intervenção comunitária

desenvolvido. No que concerne às fraquezas, o facto de ser a primeira vez a realizar um relatório tendo uma parte investigativa na área, fez com que sentisse alguma dificuldade em conseguir extrair o que de facto é importante abordar, bem como, foi difícil ser sucinta com tanto que tinha para descrever e refletir. Outra das fraquezas que considero ter é ao nível da metodologia do planeamento em saúde como método de intervenção, pois a área de experiência profissional são os cuidados diferenciados. No entanto, optou-se por transformar a fraqueza num desafio e aprofundaram-se conhecimentos, tanto na área da implementação do processo investigativo e de todas as etapas que ele obriga, bem como, na área do planeamento em saúde. Como oportunidades, a clareza e a dinâmica com que foram dadas as aulas ao longo do ano fez com que houvesse um fio condutor na ordenação das ideias no desenvolvimento do projeto de investigação e intervenção. Outra das oportunidades que considero ter sido fulcral foi a disponibilidade e acompanhamento demonstrados, tantos pelas enfermeiras orientadoras, como pela professora orientadora. Contudo, como ameaças a este trabalho constato que o elevado nº de autorizações que são necessárias para implementar um projeto no âmbito da saúde escolar, com o horizonte temporal para a realização do mesmo, acabando por atrasar todo o processo do planeamento em saúde. No entanto, considera-se que estas ameaças foram ultrapassadas da melhor forma possível, tendo em conta todas as condicionantes existentes.

Para além desta análise *SWOT*, considera-se que o projeto de intervenção teve algumas limitações. Uma delas foi o facto de não se conseguirem recolher os dados antropométricos das crianças em estudo como tinha sido traçado inicialmente. Isto não foi possível devido à não colaboração dos professores de educação física das AEC como tinha sido acordado inicialmente, apresentando-se como uma parceria neste projeto. Outra das limitações foi a fraca adesão dos pais para responderem ao questionário de diagnóstico e de algumas das respostas não coincidiram com os estudos, nomeadamente no que concerne à ingestão de alimentos com elevado teor de açúcar que é proposto na maioria dos estudos. Desta forma, alguns pais podem ter relatado incorretamente os dados relativos à ingestão alimentar e práticas de exercícios, seja por falta de conhecimento preciso ou por causa do desejo social de parecer mais saudável (Vittrup e McClure, 2018). Os mesmos autores apontam que muitos dos pais desconhecem o estado de saúde de seus filhos, e este pode ser uma das maiores razões pelas quais eles não estão envolvidos em esforços mais ativos de prevenção da obesidade.

Assim, uma das sugestões para futuros trabalhos nesta área é a de, primeiramente, tentar-se perceber se a necessidade real, corresponde à necessidade expressa e se esta não é sentida como

uma necessidade o porquê de assim o considerarem, promovendo de seguida ações que levem a comunidade alvo de intervenção a reconhecer a necessidade de alterar comportamentos. Para Meleis (2010) as perceções e significados que cada indivíduo tem em relação à saúde e à doença são influenciados e influenciam as condições sob quais ocorre uma transição. Assim, é necessário compreender as condições pessoais e da sociedade que facilitam ou impendem os processos de transição saudáveis.

Posto isto e, em jeito de sugestão, era interessante a realização de um estudo que relacionasse a adesão ao PAM com o valor de IMC, com o objetivo de conhecer se este tipo de dieta influencia a obesidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Academia de Líderes UBUNTU. (10 de 03 de 2023). *A ACADEMIA DE LÍDERES UBUNTU*. Obtido de <https://www.academialideresubuntu.org/pt/academia-de-lideres-ubuntu/o-que-e>
- ACES PL (2021). ACES Pinhal Litoral: Perfil de Saúde 2021. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/PERFIL%20DE%20SAUDE%20-%20ACES%20PL%202021.pdf>
- ACES PL (2022). Perfil de Saúde 2022. 1ª versão. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf
- ACES PL (2022). Perfil Local de Saúde 2022. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/Biblioteca/perfil_saude_acespl_2022.pdf
- Administração Regional do Centro. (2016). *Plano de Ação 2016-2018*: Unidade de Saúde Pública ACES PL. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/O%20QUE%20OFERECEMOS/PAUSPACESPL2016-2018.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2018). Plano Regional de Saúde do Centro 2018 - 2020. Coimbra. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/Plano-Regional-Saude-2018-2020.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2020). Operacionalização da Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários, Biénio 2020-2021. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (07 de Abril de 2013). Sopas: mais que um alimento, são um rato de saúde. *Colecção E-books APN / N.º 27*. Obtido de <http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Sopas.pdf>
- Azekour, K., Outaleb, Z., Eddouks, M., Khallouki, F., & Bouhali, B. E. (2020). Adherence to the Mediterranean diet of school-age children in Moroccan oases, Draa-Tafilalet Region. *EMHJ – Vol. 26 No. 9*, pp. 1070-1077.
- Borra, S. T., LisaKelly, M. B. S., Shirreffs, M. B., Neville, K. & Geijer, J. (2003). Desenvolvendo mensagens de saúde: estudos qualitativos com crianças, pais e professores ajudam a identificar oportunidades de comunicação para estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade. *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics*. VOLUME 103, EDIÇÃO 6, P 721-728
- Brito, I. (2014). Um modelo de planeamento da promoção da saúde: modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp.17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Conselho Nacional de Saúde (CNS), Federação Nacional das Associações Juvenis & Direção-Geral de Educação (2021) *Agenda da Juventude para a Saúde 2030*. Lisboa: CNS. https://drive.google.com/file/d/1rxbGzH40IA-bV_m-yh02RR1S-BikV6Z1/view
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2014). TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL: ANÁLISE SEGUNDO O MÉTODO SINTÉTICO DE MCEWEN E WILLS. *Revista da UIIPS*, volume 2 ESSS. Nº 5. Santarém. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Do-Ceu-Barbieri-Figueiredo/publication/273440695_Teoria_da_Diversidade_e_Universalidade_do_Cuidado_Cultural_Analise_segundo_o_Metodo_Sintetico_de_McEwen_e_Wills/links/5500b7290cf2d61f82106ff9/Teoria-da-Diversidade-e-Universalidade-do-Cuidado-Cultural-Analise-segundo-o-Metodo-Sintetico-de-McEwen-e-Wills.pdf
- Cunha, S. M. F. T. P. (2017). *PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Decreto-Lei n.º 136/2015 (28 de julho de 2015). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*. <https://files.dre.pt/1s/2015/07/14500/0508105091.pdf>

- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 07 de outubro de 2013. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço. Diário da República, 1ª série. N.º 193/2013., pp. 6050 - 6061. <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 (24 de junho de 2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª série, n.º 102, pp. 13550-13553. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 6401/2016 (06 de maio de 2016). Diário da República n.º 94/2016, 2ª série. pp. 15239 - 15239. <https://files.dre.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>
- Despacho n.º 297-C/2019, de 18 de setembro, 2019. Regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola. Diário de República, 2ª série. N.º 179 -suplemento. pp.412(5) - 412 (7). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8297-c-2019-124793123>
- Despacho 829-C/2019 (18 de Setembro de 2019). Aprovação do regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola. *Diário da República, 2ª série, n. 179*, pp. 412-(5) - 412-(7). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/179000001/0000500007.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 (24 de setembro de 2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República. 2.ª série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho n.º 11418/2017. (29 de dezembro de 2017). Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável. *Diário da República, 2.ª série — N.º 249* , pp. 29595-29598. <https://files.dre.pt/2s/2017/12/249000000/2959529598.pdf>
- Dias, D. F. F. (2014). Indicadores de qualidade para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18348/1/203016700.pdf>
- Dicionário Etimológico. (10 de Janeiro de 2023). *Etimologia e origem das palavras*. Obtido de <https://www.dicionarioetimologico.com.br/educar/>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde pública: Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Lisboa. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>
- Direção Geral de saúde (2018). Plano de ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021. Lisboa. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde- Capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável, ministério da saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, ministério da saúde. <http://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>

- Nabors, L., Burbage, M., Woodson, K. D., & Swoboda, C. (2015). IMPLEMENTATION OF AN AFTER-SCHOOL OBESITY PREVENTION PROGRAM: HELPING YOUNG CHILDREN TOWARD IMPROVED HEALTH. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, pp. 38(1): 22–38.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- OCDE - Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021). Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na EU. Portugal: OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021_766c3111-pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária - - NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA e NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR. 25 de novembro de 2017. Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. 3ª assembleia. Leiria Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário Da República, 2ª Série (No 21 de 30 de janeiro de 2018), 3478–3487. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>
- Organização Mundial de Saúde: Europa. (2020). Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/OMS_Europa_OrientacoesEstrategicasEuropeias_ONLINE.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (25 de janeiro de 2022). Estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos do Mestrado em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.
- Organização Mundial de Saúde. (2016). Relatório da comissão para acabar com a obesidade infantil. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Plano de Ação Global sobre atividade física 2018-2030: pessoas mais ativas para um mundo mais saudável. Genebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Orientações sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças menores de 5 anos. Genebra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário: resumo. Genebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9786500150216-por.pdf?sequence=123&isAllowed=y>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Cuidados de Saúde Primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Relatório Europeu de Obesidade Regional da OMS: 2022. Copenhaga.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Estatísticas mundiais de saúde 2022: monitorização da saúde para os ODS, desenvolvimento sustentável.. Geneva.
- Paulo, R., Honório S., Rocha, R., Pimenta, N., Morouços P. (2019). Tecnologia & inovação na promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes, capítulo 2 atividade física na adolescência 1ª Edição

- Paiva ACT, Couto CC, Masson APL, Monteiro CAS, Freitas CF.(2018). Obesidade Infantil: análises antropométricas, bioquímicas, alimentares e estilo de vida. *Rev Cuid.* 2018; 9(3): 1-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.575>
- PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary (2011) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª Edição. New Jersey: Pearson Education.
- Pedro, A.R., Amaral, O.& Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados á acção: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal, *Revista Portuguesa de saúde Pública*. pp 259-275. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0870902516300311?token=C37CCB9806C50AD29A1C343603C29D41CDC46B23EEE72A9DB00F002FED6ED0B8E4F3C1D69E43E502DEB630EB75F34F5B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230331130521>
- Queiroz, S. (Dezembro de 2011). Reflexões sobre Educação para a Saúde. <http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>
- Real, H., & Graça, P. (2019). MARCOS DA HISTÓRIA DA DIETA MEDITERRÂNICA, DESDE ANCEL KEYS. *ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO 17*, pp. 06-14. <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2019/07/n17a02.pdf>
- Rei, M. C. (2020). *Reprodutibilidade e validade do Índice KIDMED, numa amostra de adolescentes portuguesas*. Poto: Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131091/2/434159.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de Fevereiro de 2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série*, pp. 4744 - 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, 2ª série*. N.º 118. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Regulamento n.º 428/2018 (16 de julho de 2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, 2ª série*, pp. 19354 – 19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., Forte, E. C. N. (2018). O OLHAR DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES SOBRE OS CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS DE ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enfermagem* 27(2):e3970016. Acedido em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32544/1/artigos%20afiliados-51.pdf>
- Rito, A., Mendes, S., Beileia, J. Gregório, M.J. (2021). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/10/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M. M. O. P.S., Tronchin, D. M. R., Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentados nos referenciais teóricos da disciplina : realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência* ISSN: 0874-0283
- Rocheta, J. F. P. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos [Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN - Dissertação de Mestrado - Joana Rocheta.pdf>
- Rodrigues, A. & Felício, M. M. (2017). GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Perguntas e Respostas Essenciais. Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%20C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade* (1ª edição ed.). Lisboa: Lisbon International Press.
- Santos, I. & Sá, E. (2010). Estratégias de Governação Clínica. Retrieved from [https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10803/10539/10719#:~:text=Nigel%20Starey%2C6%20director%20do,%2D%20mento%20\(Quadro%20II\).](https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10803/10539/10719#:~:text=Nigel%20Starey%2C6%20director%20do,%2D%20mento%20(Quadro%20II).)

- Schools for Health in Europe. (17 de Março de 2021). *Implementação da Promoção da Saúde nas Escolas*.
portugal: Schools for Health in Europe.
<https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/portugal-appendix-manual2-pt.pdf>
- Serra-Majem, L., Bach-Faig, A., & Raidó-Quintana, B. (2012). Nutritional and Cultural Aspects of the Mediterranean Diet. *Int. J. Vitam. Nutr. Res.* 82 (3), pp. 157-162.
https://www.researchgate.net/publication/233964564_Nutritional_and_Cultural_Aspects_of_the_Mediterranean_Diet
- Serviço Nacional de Saúde. (25 de Julho de 2022). Obtido de Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100483/Pages/default.aspx>
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (25 de Janeiro de 2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stanhope, M., & Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de saúde na comunidade, Centrados na População, 7ª edição*. Loures: LUSODIDATA - Soc. port. de Material Didático, Lda.
- Tsai, P.-Y., Boonpleng, W., McElmurry, B. J., Park, C. G., & McCreary, L. (Abril de 2009). Lessons Learned in Using TAKE 10! With Hispanic Children. *JOSN, Vol. 25 No. 2*, pp. 163-172.
- UCC Dom Fuas Roupinho. (2022). *Plano de Ação 2022: Carta de Compromisso 2022*.
- UNESCO (2010) Representative List of the Intangible Culture Heritage of Humanity.
<https://ich.unesco.org/doc/src/06859-EN.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Xavier, S., Nunes, L., & Basto, M. L. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar em Enfermagem, vol. 18, n.º 2*, pp. 3-19.
https://www.researchgate.net/publication/279952574_Competencia_Emocional_do_Enfermeiro_A_significacao_do_constructo
- Yates, G., Carnish, V., Miller, J., & Friesen, H. (s.d.). Investing in Heart-Healthy Children: A Primary Prevention Innovation in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing, vol.19, n.º1*, pp. 20-25.

ANEXOS

ANEXO I – Indicadores da UCC

CONTRATUALIZAÇÃO DAS UCC 2022 - INDICADORES ASSOCIADOS ÀS DIMENSÕES DO DESEMPENHO ASSISTENCIAL DA MATRIZ MULTIDIMENSIONAL COM IMPACTO NO IDG

Id Indicador		Indicador	Intervalo esperado	Varição Aceitável	
Acesso	10% cobertura ou utilização 3%	<u>282</u>	Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	[55; 100]	[28; 100]
		<u>366</u>	Proporção de grávidas com intervenção da UCC	[49; 100]	[15; 100]
		<u>373</u>	Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	[18; 100]	[6; 100]
		<u>368</u>	Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	[45; 100]	[15; 100]
		<u>292</u>	Taxa de ocupação da ECCI	[86; 100]	[70; 100]
	5% distribuição da atividade	<u>369</u>	Proporção de consultas não presenciais na UCC	[10; 25]	[6; 30]
		<u>281</u>	Número médio visitas domic. por utente, por mês	[12; 31]	[9; 31]
		<u>279</u>	Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	[10; 21]	[6; 28]
		TMRG <u>280</u>	Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	[92; 100]	[65; 100]
	Gestão da saúde 10% Saúde Reprodutiva 10% Idoso 1%	<u>371</u>	Proporção de grávidas com parto por cesariana	[15; 25]	[15; 40]
<u>375</u>		Proporção de RN de termo, de baixo peso	[0; 3]	[0; 5]	
<u>62</u>		Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	[67; 100]	[50; 100]	
Gestão da Doença 10% Resultados 2% Mental 2% Paliativo 2% Doença crónicas	<u>372</u>	Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	[0; 820]	[0; 1200]	
	E	<u>387</u>	Proporção de utentes com melhorias funcionais	[70; 100]	[45; 100]
		<u>374</u>	Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	[0; 1,6]	[0; 3,5]
	C	<u>376</u>	Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	[70; 100]	[25; 100]
		<u>387</u>	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[80; 100]	[50; 100]
	I	<u>388</u>	Prop. utentes com melhoria no controlo de sintomas	[80; 100]	[35; 100]
		<u>329</u>	Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	[72; 100]	[35; 100]
		<u>284</u>	Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	[75; 100]	[62; 100]
		<u>285</u>	Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	[95; 100]	[85; 100]
		<u>377</u>	Proporção úlceras pressão melhoradas	[45; 100]	[20; 100]
		<u>287</u>	Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	[0; 5]	[0; 13]
		<u>290</u>	Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	[72; 100]	[45; 100]
	Z	<u>291</u>	Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	[0; 5]	[0; 12]
		<u>289</u>	Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	[80; 100]	[60; 100]
		<u>293</u>	Tempo médio de permanência em ECCI	[30; 120]	[15; 150]
Intervenção comunitária S. Escolar 10%	<u>283</u>	Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	[40; 100]	[10; 100]	
OUTROS INDICADORES NÃO CONTRATUALIZADOS	<u>370</u>	Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M	[40; 100]	[15; 100]	
	<u>286</u>	Taxa de cicatrização de úlceras de pressão	[. .]	[. .]	

Conceito de consulta de Enfermagem

LEGENDA: indicador a branco não é contratualizado

ANEXO II – PPT DARE+



ANEXO III – Autorização dos autores do instrumento de recolha de dados

Pedido de autorização do inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

2 mensagens

Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>
Para: geral@ian-af.up.pt

12 de julho de 2022 15:51

Boa tarde

O meu nome é Damiana e sou aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária- Área de Saúde Pública da ESSLeiria e irei realizar um projeto de intervenção comunitária nas escolas do 1º ciclo do concelho de Porto de Mós sobre Promoção de Alimentação Saudável e Atividade Física. Seria possível disponibilizarem-me o questionário que aplicaram no estudo para poder analisar se vai ao encontro do que gostaria de investigar?

Atenciosamente
Enf.ª Damiana Sousa

Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física <geral@ian-af.up.pt>
Para: Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>

13 de julho de 2022 10:24

Bom dia Enfermeira Damiana

Agradecemos desde já o contacto e interesse no Inquérito Alimentar Nacional.

Teremos muito gosto em disponibilizar os materiais necessários para a realização do seu trabalho.

Todos os questionários utilizados no IAN-AF encontram-se publicamente disponíveis no nosso site (www.ian-af.up.pt), no separador "Recursos". Em caso de dúvida, ou para mais esclarecimentos sobre como foram aplicados, poderá consultar o Manual de Procedimentos, igualmente disponível no mesmo separador.

No caso de utilizar qualquer um dos recursos no seu trabalho deverá fazer a devida citação ao estudo IAN-AF:

Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, Mota J, Teixeira P, Ramos E, Rodrigues S, Vilela S, Oliveira L, Nicola P, Soares S, Andersen LF, Consórcio IAN-AF: Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015- 2016: Relatório metodológico. Universidade do Porto, 2017. ISBN: 978-989-746-180-4. Disponível em: www.ian-af.up.pt.

Com os meus melhores cumprimentos,

Sofia Almeida Costa

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
Rua das Taipas nº135
4050-600 Porto
Tel: +351 222 061 820

Inquérito Alimentar Nacional
e de Atividade Física

www.ian-af.up.pt

Índice de KIDMED

2 mensagens

Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>
Para: mariana.cc.rei@gmail.com

13 de julho de 2022 16:40

Boa tarde Dr.ª Mariana

O meu nome é Damiana e sou enfermeira, mais concretamente aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Pública, e irei realizar um projeto de intervenção comunitária em crianças do 1º ciclo do Concelho de Porto de Mós sobre Promoção da Alimentação Saudável e da Atividade Física e gostaria de usar a tradução para Português do índice de KIDMED. É possível autorizar que eu use a sua tradução/validação?

Atenciosamente
Damiana Sousa

Mariana Rei <mariana.cc.rei@gmail.com>
Para: Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>

13 de julho de 2022 18:24

Cara Damiana Sousa,
Boa tarde;

Claro que autorizo. Envio-lhe inclusive, em anexo, a versão portuguesa traduzida, adaptada e validada para a utilizar no seu projecto de intervenção comunitária.

Cumprimentos e votos de sucesso,

Mariana Rei

<https://www.cienciavital.pt/9C1F-C89C-1DD3>

Integrated Member (Non-PhD)

ITR - Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, University of Porto

EPIUnit - Epidemiology Research Unit, Institute of Public Health, University of Porto

Faculty of Nutrition and Food Sciences, University of Porto

PhD Student in Public Health

Faculty of Medicine, University of Porto

Master in Health Education


Faculty of Medicine, University of Porto

Faculty of Psychology and Education Science, University of Porto

Bachelor in Nutritional Sciences

Faculty of Nutrition and Food Sciences, University of Porto

[Texto das mensagens anteriores oculto]

 **Índice KIDMED_MarianaRei.pdf**
118K

ANEXO IV - Parecer da comissão de ética



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/08/2023

Data: 22/02/2023

Título do estudo – OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar

Nome do (s) proponente (s): Damiana Sousa e Prof.ª Clarisse Louro

Este estudo quantitativo, correlacional e transversal tem como objetivos implementar um projeto de intervenção comunitária que visa capacitar e empoderar as crianças e a sua família para a adoção de comportamentos saudáveis nas áreas da alimentação e da atividade física; Conhecer os hábitos alimentares e da atividade física das crianças e sua família; Identificar quais as necessidades das crianças no que concerne à alimentação e à atividade física Determinar a Taxa de Prevalência da obesidade infantil das crianças; Identificar os determinantes em saúde que influenciam os hábitos de alimentação e de atividade física das crianças; Conhecer o nível de adesão à Dieta Mediterrânica e sua influência na obesidade infantil.

Na amostra referem as crianças dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de Porto de Mós e prevê uma amostra intencional, de forma a conhecer a taxa de prevalência da obesidade infantil do Concelho de [redacted] Assim, este estudo incidirá sobre todas estas 402 crianças.

As autorizações para participação no estudo, por parte das crianças e dos seus respetivos pais serão entregues aos professores das crianças que as darão aos pais e, posteriormente, até ao dia 05 de janeiro de 2023, as recolherão. Serão igualmente recolhidos os dados antropométricos dos participantes (peso e altura) em formato de papel, pelos professores de educação física das Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) do Agrupamento de Escolas de [redacted] Os critérios de inclusão/exclusão dos participantes estão descritos, sendo que podem fazer parte do estudo. O termo de consentimento informado e esclarecido é apresentado com a informação do estudo e da garantia de anonimato, confidencialidade e voluntariedade na participação no estudo, incluindo a assinatura de ambos os pais da criança.

Não existe risco para os participantes.

As instituições que irão participar no estudo já foram contactadas e deram autorização assim como já obtiveram resposta do Ministério da Educação-Inquéritos em meio escolar.

Atendendo ao exposto, consideramos que se encontram reunidas as condições necessárias para a emissão de um parecer favorável à realização do estudo.

PTa CE a Presidente

Assinado por: **MARIA DOS ANJOS COELHO RODRIGUES DIKE**
Num. de identificação: 05813419



ANEXO V – Parecer do MIME

Parecer sobre estudo em meio escolar

3 mensagens

Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>
Para: mime@dge.mec.pt

20 de outubro de 2022 16:05

Boa tarde,

O meu nome é Damiana Sousa e sou aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito do meu estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted] surgiu a necessidade de realizar um projeto de investigação e de intervenção comunitária em contexto de saúde escolar. Desta forma gostaria que me informassem se é necessário submeter para vós o estudo ou, pelo contrário, como me foi dito via telefónica que como é um estudo de intervenção comunitária não cabe a vós o parecer mas sim ao diretor da escola, neste caso, ao diretor do agrupamento de escolas.

O projeto é sobre a promoção da alimentação saudável e da atividade física aos alunos dos 3º e 4º anos, do 1º ciclo do Agrupamento de Escolas [redacted], e consiste, primeiramente, numa aplicação de um questionário aos pais para identificar as principais lacunas nestas áreas e, posteriormente, será feita uma intervenção comunitária com os alunos e respetivos pais nas escolas pertencentes ao agrupamento.

Atenciosamente,
Enfermeira Damiana Sousa

Mime (DGE) <mime@dge.mec.pt>
Para: Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>

25 de outubro de 2022 11:09

Bom dia,

Muito obrigado pelo seu contacto.

Em face do que se questiona, e como refere: "projeto de investigação e de intervenção comunitária em contexto de saúde escolar; posteriormente, será feita uma intervenção comunitária com os alunos e respetivos pais nas escolas pertencentes ao agrupamento", reiteramos o que lhe foi esclarecido no contacto telefónico que efetuou connosco, a saber, de acordo com o Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho e atual legislação consolidada em matéria de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, a Direção-Geral da Educação não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação/sensibilização/capacitação/workshops, ateliers, em meio escolar, pós aplicação dos inquéritos, dadas a autonomia e competências da Escola/Agrupamento nos domínios da organização pedagógica, da planificação e organização curricular, da gestão e planificação estratégica, entre outras. Nesta conformidade, os órgãos de gestão pedagógica e educativa do Agrupamento, (a Direção, o Conselho Pedagógico, o Conselho Geral) melhor decidirão e autorizarão estes casos de figura e subsequentes ações de inquirição/avaliação, (de forma integrada e não unilateral) também de inquirição/avaliação referentes ao projeto e intervenções subsequentes.

Cumprimentos,

 **Direção-Geral da Educação**
Direção de Serviços de Projetos Educativos
Direção-Geral da Educação
Av. 24 Julho, 140 - 1799-025 Lisboa - Portugal
Teli: 213594500
email: mime@dge.mec.pt
www.dge.mec.pt
 **REPÚBLICA
PORTUGUESA**
Ministério

ANEXO VI – Parecer do professor Diretor do Agrupamento de Escolas

Declaração de Interesse para Estudo

1 mensagem

Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>

24 de outubro de 2022 09:46

Para: [redacted]

Cc: savenda <savenda@arscentro.min-saude.pt>, Renata Catarina Curado Pedro Inacio <RCInacio@arscentro.min-saude.pt>

Exmo. Sr.º Professor Diretor do
Agrupamento de Escolas de [redacted]
Professor Pedro Vala

Eu, Damiana Bajouco Sousa, aluna do 1º Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), com o número de aluno 5210792, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação e de intervenção comunitária, sob a orientação da professora Clarisse Louro e, também, sob a orientação das enfermeiras Sílvia Venda e Renata Inácio, na qualidade de enfermeira orientadoras na UCC (Unidade de Cuidados à Comunidade) e USP (Unidade de Saúde Pública), respetivamente, no âmbito da Unidade Curricular: Estágio II - Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, do 1º semestre do 2º ano. O tema do estudo de investigação e de intervenção comunitária intitula-se: " Promoção da Alimentação Saudável e da Atividade Física - Projeto de Intervenção Comunitária em crianças do 1º ciclo do Ensino Básico", dirigido às crianças dos 3º e 4º anos das escolas pertencentes ao Agrupamento de [redacted]

Neste contexto, gostaria de conhecer o seu interesse, bem como, a sua autorização/concordância para a realização do projeto de intervenção comunitária, com as diversas intervenções associadas, aos alunos e encarregados de educação, de Novembro/2022 e Fevereiro/2023 nas diversas escolas pertencentes ao Agrupamento em questão. Assim como, autorização para a aplicação de um questionário (instrumento de recolha de dados) aos mesmos intervenientes nos meses de Novembro e Dezembro de 2022.

Ao seu dispôr para qualquer esclarecimento adicional,

Sem outro assunto de momento,
Com os melhores cumprimentos,

Damiana Sousa (Enfermeira)

Pedro Vala [redacted]

16 de novembro de 2022 16:06

Para: Damiana Sousa <damiana.b.sousa@gmail.com>

Olá Damiana,
Relativamente ao seu projeto de intervenção, já temos o parecer FAVORÁVEL do Conselho Pedagógico, pelo que pode avançar com a sua realização no nosso agrupamento.

Ao dispor para qualquer assunto,

[redacted]
Diretor

ANEXO VII – Roda dos Alimentos



ANEXO VIII - Recomendações da OMS para a atividade Física e comportamento sedentário

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(5-17 anos)



Em crianças e adolescentes, a atividade física proporciona benefícios para os seguintes desfechos de saúde: melhora da aptidão física (aptidão cardiorrespiratória e muscular), saúde cardiometabólica (pressão arterial, dislipidemias, glicose e resistência à insulina), saúde óssea, cognição (desempenho académico e função executiva), saúde mental (redução dos sintomas de depressão) e redução da adiposidade.

Pelo menos 60 minutos por dia

Atividade física de moderada a vigorosa intensidade ao longo da semana, a maior parte dessa atividade física deve ser aeróbica.

Recomendação forte, moderado grau de evidência.

> Atividades aeróbicas de moderada a vigorosa intensidade, assim como aquelas que fortalecem os músculos e ossos devem ser incorporadas em pelo menos 3 dias na semana.

Recomendação forte, moderado grau de evidência.

Recomenda-se que:

> Crianças e adolescentes devem fazer pelo menos uma média de 60 minutos por dia de atividade física de moderada a vigorosa intensidade, ao longo da semana, a maior parte dessa atividade física deve ser aeróbica.

Recomendação forte, moderado grau de evidência.

Em pelo menos 3 dias da semana

Atividades aeróbicas de moderada a vigorosa intensidade, assim como aquelas que fortalecem os músculos e ossos devem ser incorporadas.

Recomendação forte, moderado grau de evidência.

RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS

- Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.
- Se crianças e adolescentes não cumprirem às recomendações, praticar alguma atividade física beneficiará sua saúde.
- Crianças e adolescentes devem começar fazendo pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.
- É importante fornecer a todas as crianças e adolescentes oportunidades seguras e equitativas e encorajar para participar de atividades físicas que sejam agradáveis/ divertidas, ofertar variedade, e que sejam adequadas para sua idade e habilidade.

Em crianças e adolescentes, maiores quantidades de comportamento sedentário estão associadas com os seguintes desfechos negativos à saúde: aumento da adiposidade; saúde cardiometabólica diminuída, menor aptidão, menor comportamento pró-social; e redução da duração do sono.

Recomenda-se que:

> Crianças e adolescentes devem limitar a quantidade de tempo em comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente às telas.

Recomendação forte, baixo grau de evidência.

LIMITAR

A quantidade de tempo em comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente às telas.

Recomendação forte, baixo grau de evidência.

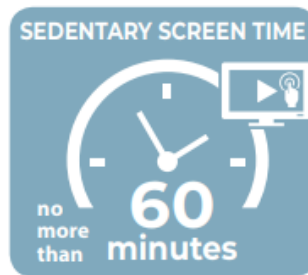
Recomendações 3

children 3–4 years of age should:

Spend at least 180 minutes in a variety of types of physical activities at any intensity, of which at least 60 minutes is moderate- to vigorous-intensity physical activity, spread throughout the day; more is better.

Not be restrained for more than 1 hour at a time (e.g. prams/strollers) or sit for extended periods of time. **Sedentary screen time should be no more than 1 hour; less is better.** When sedentary, engaging in reading and storytelling with a caregiver is encouraged.

Have 10–13 hours of good quality sleep, which may include a nap, with regular sleep and wake-up times.



ANEXO IX – 10 princípios da DM

OS 10 PRINCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA EM PORTUGAL



DGS Agência Nacional de Segurança Alimentar e Alimentação

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

DIETA MEDITERRÂNICA

- 01. FRUGALIDADE E COZINHA SIMPLES**
que tem na sua base preparações que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, as empanadas e as caldeiradas.
- 02. ELEVADO CONSUMO DE PRODUTOS VEGETAIS EM DETRIMENTO DO CONSUMO DE ALIMENTOS DE ORIGEM ANIMAL,** nomeadamente de produtos lácteos, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosas.
- 03. CONSUMO DE PRODUTOS VEGETAIS PRODUZIDOS LOCALMENTE, FRESCOS E DA ÉPOCA.**
- 04. CONSUMO DE AZEITE**
como principal fonte de gordura.
- 05. CONSUMO MODERADO DE LATICÍNIOS.**
- 06. UTILIZAÇÃO DE ERVAS AROMÁTICAS**
para temperar em detrimento do sal.
- 07. CONSUMO FREQUENTE DE PESCADO**
e baixo de carnes vermelhas.
- 08. CONSUMO BAIXO A MODERADO DE VINHO**
e apenas nas refeições principais.
- 09. ÁGUA COMO PRINCIPAL BEBIDA**
ao longo do dia.
- 10. CONVIVALIDADE À VOLTA DA MESA.**

Fonte: Bochini, "Dieta Mediterrânica - um património cultural português", 2013.
Disponível: novembro 2014

ANEXO X – Roda da DM



APÊNDICES

APÊNDICE I – Flyer CP



APÊNDICE II – PPT SBV

The image displays a series of 24 presentation slides, numbered 1 through 24, detailing the SBV (Basic Life Support) algorithm. The slides cover various aspects of the procedure, including objectives, the survival chain, safety conditions, and specific steps like checking consciousness, performing chest compressions, and providing rescue breaths. The slides are arranged in a grid format, with each slide containing text, diagrams, and illustrations of the procedures being described.

Se não existirem sinais de vida...

15 COMPRESSÕES TORÁCIAS

Se ciente, faça 15 compressões:

- No tempo inferior do aceno
- A um ritmo de 100 a 120/min
- Mantendo o tempo de compressão igual ao tempo de decompressão
- Usando a palma da mão para deslizar a tórax até 5 cm

Realize 2 insuflações, garantindo uma expansão eficaz da tórax.

Conclua 5 ciclos de 15 compressões e 2 insuflações.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

15 : 2

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

GRAVIDADE DA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

LIGEIRA	GRAVE
Existe passagem de ar	Sem passagem de ar
Consegue falar	Não consegue falar
Tosse eficaz	Tosse ineficaz ou inexistente
Respiração eficaz	Respiração ruidosa
	Podem ficar inconscientes

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Condições de Segurança

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Condições de Segurança

TOSSA EFICAZ	TOSSA INEFICAZ
Encostar a tosse	5 pancadas nas costas
Não resolver ou tosse ineficaz	5 compressões abdominais
	Não resolver ou inconsciente
	Se ficar inconsciente, ligar 112
	Iniciar SSV

Em adultos, grávidas e bebés substitua as compressões abdominais por torácicas.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Condições de Segurança

TOSSA EFICAZ	TOSSA INEFICAZ
Encostar a tosse	5 pancadas nas costas
Não resolver ou tosse ineficaz	5 compressões abdominais
	Não resolver ou inconsciente
	Se ficar inconsciente, ligar 112
	Iniciar SSV

Até 5 pancadas nas costas + até 5 compressões abdominais

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Condições de Segurança

TOSSA EFICAZ	TOSSA INEFICAZ
Encostar a tosse	5 pancadas nas costas
Não resolver ou tosse ineficaz	5 compressões abdominais
	Não resolver ou inconsciente
	Se ficar inconsciente, ligar 112
	Iniciar SSV

CRANÇA

5 BANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES ABDOMINAIS

BEBÉ

5 BANCADAS NAS COSTAS / 5 COMPRESSÕES TORÁCIAS

A não esquecer...

- Se o caso de emergência, ligar 112 e colaborar nos serviços que lhe são pedidos.
- Se não houver resposta de acordo com o protocolo, procurar outros socorros disponíveis.
- Evitar a utilização de objetos pontiagudos para tentar a libertação da via aérea.
- Evitar a utilização de técnicas de força excessiva e com sustento.
- Evitar a realização de compressões abdominais em crianças com idade inferior aos 12 meses.
- Evitar a realização de compressões abdominais em grávidas.
- Evitar a realização de compressões abdominais em vítimas com suspeita de fratura de tórax.
- Evitar a utilização de SSV quando houver a possibilidade de via aérea.
- Evitar a utilização de SSV quando houver a possibilidade de via aérea.
- Evitar a utilização de SSV quando houver a possibilidade de via aérea.
- Evitar a utilização de SSV quando houver a possibilidade de via aérea.

?

Obrigada

APÊNDICE III – PPT vacinação da gripe sazonal

The image displays a grid of 16 presentation slides, numbered 1 through 16, arranged in four rows and four columns. Each slide features a blue header and footer with a star icon. The content of the slides includes:

- Slide 1:** 'Vacinação da Gripe Sazonal' - Introduction to seasonal flu vaccination.
- Slide 2:** 'O que é uma vacina?' - Definition and purpose of vaccines.
- Slide 3:** 'Como funciona?' - Mechanism of action of vaccines.
- Slide 4:** 'Vacinação' - Importance of vaccination and target populations.
- Slide 5:** 'Mas nem toda a gente pode ser vacinada...' - Contraindications and special cases.
- Slide 6:** 'A Evolução das vacinas' - Historical overview of vaccine development.
- Slide 7:** 'História...' - Detailed historical timeline of vaccines.
- Slide 8:** 'A Evolução das vacinas' - Another historical overview with a timeline.
- Slide 9:** 'Gripe' - Definition and symptoms of the flu.
- Slide 10:** 'Gripe' - Comparison of influenza and other respiratory viruses.
- Slide 11:** 'GRIPE' - Information on the annual flu vaccine.
- Slide 12:** 'As vacinas são seguras?' - Safety and efficacy of vaccines.
- Slide 13:** 'Para ser vacinado contacte o seu telefonheiro do Centro de Saúde' - Call to action for vaccination.
- Slide 14:** 'NESTE INVERNO NÃO SE REIJA: APANHA PELA GRIPE: VACINE-SE!' - Public health message.
- Slide 15:** 'Dúvidas/Questões?' - Addressing common concerns.
- Slide 16:** 'Dúvidas/Questões?' - Further information and contact details.

APÊNDICE IV – PPT Epilepsia

The image displays a series of 18 presentation slides related to epilepsy, arranged in a grid. Each slide is numbered from 1 to 18. The content includes:

- Slide 1:** Title slide 'Epilepsia' with a brain illustration.
- Slide 2:** 'Dados' - Statistics on epilepsy prevalence and incidence.
- Slide 3:** 'O que é a Epilepsia?' - Definition of epilepsy as a chronic condition.
- Slide 4:** 'Sinais e sintomas' - Signs and symptoms of epilepsy.
- Slide 5:** 'Causas' - Causes of epilepsy, including genetic factors and brain injury.
- Slide 6:** 'As pessoas com Epilepsia devem ter uma dieta especial?' - Information on diet and epilepsy.
- Slide 7:** 'Uma convulsão não significa epilepsia!' - Clarification on seizures and epilepsy.
- Slide 8:** 'Crise Convulsiva' - Description of a convulsive seizure.
- Slide 9:** 'Crise Parcial/Focal' - Description of partial/focal seizures.
- Slide 10:** 'Crise Epileptica Generalizada' and 'Crise Epileptica Focal' - Comparison of seizure types.
- Slide 11:** 'Como identificar?' - How to identify a seizure.
- Slide 12:** 'O que fazer?' - First aid steps for a seizure (C, A, L, M, A).
- Slide 13:** A dark slide, possibly a transition or placeholder.
- Slide 14:** 'Para apoiar a causa é preciso conhecê-la' - Awareness message.
- Slide 15:** '26.03 Dia Mundial de conscientização sobre a Epilepsia' - World Epilepsy Day.
- Slide 16:** 'Dúvidas?' - A slide with a question mark icon.
- Slide 17:** 'Referências Bibliográficas' - List of references.
- Slide 18:** 'Obrigada' - A thank you slide with a child and balloons.

APÊNDICE V – PPT Promoção de hábitos alimentares saudáveis

The presentation consists of 36 slides, numbered 1 through 36, covering various aspects of healthy eating. The slides include:

- Slide 1:** "Coma um arco-íris" (Eat a rainbow) - Encouraging a variety of colorful fruits and vegetables.
- Slide 2:** "300.000" - A statistic related to health or diet.
- Slide 3:** A map of Portugal showing regional differences in diet.
- Slide 4:** "Sabias que..." (Did you know...) - A slide with a diagram of a person's body.
- Slide 5:** "Curiosidades" (Curiosities) - A timeline of dietary trends.
- Slide 6:** "Mas como é que sei se a minha alimentação está a ser a adequada?" (But how do I know if my diet is adequate?) - A slide with a plate of food.
- Slide 7:** "3 princípios" (3 principles) - A slide with a plate of food and three key points.
- Slide 8:** "+8 COPOS" (8+ glasses) - A slide about water intake.
- Slide 9:** "Alimentar é gerar a nossa grande diversidade" (Feeding is generating our great diversity) - A slide with a plate of food.
- Slide 10:** A circular diagram showing the components of a healthy diet.
- Slide 11:** "Dieta Mediterrânica" (Mediterranean Diet) - A slide with a plate of food.
- Slide 12:** "Dieta Mediterrânica" (Mediterranean Diet) - A slide with a circular diagram of the diet.
- Slide 13:** "Dieta Mediterrânica" (Mediterranean Diet) - A slide with a plate of food.
- Slide 14:** "Dieta Mediterrânica" (Mediterranean Diet) - A slide with a circular diagram.
- Slide 15:** "Dieta Mediterrânica" (Mediterranean Diet) - A slide with a circular diagram.
- Slide 16:** "OS 10 PRINCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA EM PORTUGAL" (The 10 principles of the Mediterranean diet in Portugal) - A slide with a plate of food.
- Slide 17:** "Consumo de Sal" (Salt consumption) - A slide with a spoon and salt.
- Slide 18:** "Consumo de Sal" (Salt consumption) - A slide with a plate of food.
- Slide 19:** "AÇÚCAR O GRANDE VILÃO DA SAÚDE" (SUGAR THE GREAT VILLAIN OF HEALTH) - A slide with a cloud of sugar.
- Slide 20:** "Consumo de açúcar" (Sugar consumption) - A slide with a plate of food.
- Slide 21:** "Quantidade de açúcar escondido" (Hidden sugar quantity) - A slide with a bar chart.
- Slide 22:** "Descodificar os rótulos!" (Decode the labels!) - A slide with a plate of food.
- Slide 23:** "ALIMENTOS por 100g" (FOODS per 100g) - A slide with a table of sugar content in various foods.
- Slide 24:** "BEBIDAS por 100ml" (BEVERAGES per 100ml) - A slide with a table of sugar content in various beverages.
- Slide 25:** "SISTEMAS DE SUBSTITUIÇÃO PARA LANCHES SAUDÁVEIS" (SUBSTITUTION SYSTEMS FOR HEALTHY SNACKS) - A slide with a plate of food.
- Slide 26:** "Lanches saudáveis" (Healthy snacks) - A slide with a plate of food.
- Slide 27:** "Lanches saudáveis" (Healthy snacks) - A slide with a plate of food.
- Slide 28:** "Top 3 dos grupos de alimentos para os lanches" (Top 3 food groups for snacks) - A slide with a plate of food.
- Slide 29:** "CHECKLIST 'Como saber se o meu lanche é saudável?'" (CHECKLIST 'How to know if my snack is healthy?') - A slide with a checklist.
- Slide 30:** "Mini-masterchefs" - A slide with a plate of food.
- Slide 31:** "Batido de castanha" (Chestnut smoothie) - A slide with a smoothie.
- Slide 32:** "Batido de côco de caneca" (Coco smoothie) - A slide with a smoothie.
- Slide 33:** "Pancuecas de laranja" (Orange pancakes) - A slide with pancakes.
- Slide 34:** "Papas de Aveia" (Oatmeal) - A slide with oatmeal.
- Slide 35:** "Pão de avô Lena" (Lena's bread) - A slide with bread.
- Slide 36:** "Dúvidas? Questões?" (Doubts? Questions?) - A slide with vegetables.

APÊNDICE VI – PPT sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis

Educação Sexual

Agendamento de Exativa da Saúde

Sexualidade responsável

- 1. Gravidez
- 2. Métodos contraceptivos
- 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)
- 4. Violência no namoro

1. Gravidez na adolescência

- Uma rapariga pode engravidar a partir da menarca (1ª ovulação), que ocorre geralmente entre os 9 e 13 anos
- A capacidade reprodutiva mantém-se até a menopausa, por volta dos 40/50 anos

Gravidez na adolescência

- Os rapazes podem ser pais, em princípio, a partir dos 12/13 anos, mas há casos precoces e a sua capacidade de produzir espermatozoides já está, geralmente, com a morte, embora a sua quantidade e/ou qualidade possa decrescer com a idade

Como nascem os bebés?

Mãe e pai e um bebé

UMA ÚLTIMA...

Para engravidar é necessário

1. Haver uma **relação sexual**
2. Acontecer durante o **período fértil**
3. Pelo menos 1 espermatozoide encontrar-se com um óvulo - **fecundação**
4. O óvulo fecundado (ovo ou zigoto) chegar ao útero, implantar-se - **nidação**, e desenvolver-se - **gestação**

1. Relação Sexual

É necessário que, entre um homem e uma mulher, ocorra coito, e posteriormente haja emissão de esperma na vagina ou na vulva

NÃO ESQUEÇA QUE:

- Pode haver saída de espermatozoides antes da ejaculação
- Os espermatozoides libertados na vulva podem subir pela vagina até ao útero, mesmo sem entrada da mão na vagina
- Tempo de vida de um espermatozoide aproximadamente 72h

2. Período Fértil

Fase folicular Fase lútea

Menstruação Ovulação Período fértil

3. Fecundação

de um ÓVULO por um ESPERMATOZOÍDE

4. Nidação e Gestação

- Com a fecundação esse ovo fixar-se no útero e vai crescer, dando um embrião
- 9 meses depois o bebé está pronto para sair

Como atuar? Como prevenir?

Mesmo que as relações sexuais ocorram no período fértil, a gravidez pode ser evitada recorrendo aos **MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

A Gravidez deve ser um acontecimento **PLANEADO**, e não acontecer por acaso.

2. Métodos contraceptivos

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

- Hormonal
 - Oral (pílula contracetiva)
 - Injetável (implante)
 - Local (Barragem)
 - Progestativo
 - Diurético
- Natural
 - Abstinência periódica
 - Ciclo interrompido
 - Estérilização

Preservativo masculino

Preservativo masculino

- Único que permite uma proteção eficaz contra as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez
- Deve ser-se cuidadoso ao manuseá-lo para não haver rutura da borracha
- Deve ser usado completamente o pénis, para impedir qualquer contacto com o esperma

Preservativo masculino - Como se usa

- Escolha uma marca... e o prazo de validade... não deixar exposto ao calor!
- Abra delicadamente a embalagem (cuidado para não o furar)
- Deixar um pequeno espaço
- Coloca-o apertando esse espaço entre os dedos

Preservativo masculino - Como se usa

- Desenvolver até à base
- Após o uso, retira-o
- Deita-o no lixo, não pode ser usado outra vez
- Não usar cremos, óleos ou vaselinas, pois podem danificar o preservativo

Pílula

Pílula

Pílula - Mecanismo de Ação

- Inibição da ovulação
- Alteração endometrial
- Espessamento do muco cervical

Pílula - Efeitos benéficos

Contraceção

- Gestação não desejadas
- Gaboreto intra-uterino
- Problemas do ciclo menstrual
- Câncer do útero
- Quistos do ovário
- Câncer do endométrio
- Quistos da mama
- Acne
- Dismenorreia (dor menstrual)

Como se toma a pílula?

- A pílula deve ser tomada todos os dias sempre à mesma hora
- Se nunca tomaste a pílula inicia a toma no 1º dia da menstruação

Pílula de 21 dias → Tomas 21 dias sem parar interrompes 7 dias (tomas nova embalagem no 8º dia)

Pílula de 28 dias → Tomas sempre com interrupção

Pílula - Dúvidas

Esqueci-me de tomar a pílula, mas ainda não passaram 12 horas

- Tomar a pílula esquecida logo que olix comia
- Não deises de tomar a pílula habitual do dia

Esqueci-me de tomar a pílula, mas já passaram 12 horas

- Toma de utilizar o preservativo durante 7 dias

Pílula - Dúvidas

E se tiver náuseas ou diarreias?

- Tomar outra pílula em substituição da que não foi tomada
- Usar o preservativo durante 7 dias

Estou a tomar outros medicamentos

- Deves procurar o aconselhamento de um profissional de saúde, pois alguns medicamentos reduzem a eficácia da pílula

Sistema transdérmico

Sistema transdérmico

- ✓ Fácil
- ✓ Confortável
- ✓ 20 cm²

Ativa: Liberta uma dose diária de hormonas, iguais às hormonas produzidas pelos ovários e também das pilulas.

São absorvidas pela pele.

Dióxido não transfere para a corrente sanguínea.

Impedindo a ovulação.

Gravidez

25

Sistema transdérmico - utilização

- ✓ Três adesivos
- ✓ Novo adesivo colado a cada sete dias durante três semanas, ou seja, aplicar novo adesivo aos 9^o e 16^o dias
- ✓ Quarta semana é o período de pausa, e surge a menstruação
- ✓ Os adesivos devem ser colocados sempre no mesmo dia da semana

Se a mulher não colar o adesivo no primeiro dia da menstruação, durante a primeira semana de uso do adesivo deve usar outro método contraceutivo não hormonal (ex. preservativo)

26

Sistema transdérmico - locais

- ✓ Parte superior e externa do braço
- ✓ Abdómen
- ✓ Parte superior e posterior do tronco
- ✓ Região nalgueira (glúteos)

O adesivo não deve ser aplicado na região do peito

27

Sistema transdérmico

VANTAGENS:

- ✓ Fácil utilização
- ✓ Uso semanal que reduz o risco do esquecimento
- ✓ A sua eficácia não é questionada em caso de vômito ou diarreia
- ✓ As hormonas regulares, mais curtas e menos indolores

DESVANTAGENS:

- ✓ Não protege contra doença sexualmente transmissíveis
- ✓ Os adesivos são visíveis
- ✓ Irritação local
- ✓ Não deve ser aplicado na pele vermelha, irritada, ou com feridas
- ✓ Evitar colar o adesivo todas as semanas no mesmo local
- ✓ Descolamento do adesivo, por causa dos exercícios, da natação ou dos banhos de banheira

28

Anel vaginal

29

Anel vaginal

O ANEL VAGINAL É → Um contraceutivo hormonal

- ✓ Suave
- ✓ Transparente
- ✓ Flexível
- ✓ Diâmetro: externo de 5,4 cm
- ✓ Espessura de 4mm

30

Anel vaginal

Utilização

- ✓ Deve ser utilizado por um período de vinte e um dias
- ✓ Após três semanas deve-se remover o anel para agonizar a menstruação
- ✓ Pausa de uma semana
- ✓ Inserir outro anel à mesma hora e no mesmo dia da semana que o anterior

31

Anel vaginal - como introduzir

Não se coloca em três posições:

Deitada, Agachada, Em pé

Insere o anel após terido-o da embalagem

32

Coito interrompido

Consiste em retirar o pénis da vagina antes da ejaculação.

41

3. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

De uma relação sexual não protegida só corremos o risco de em gravidez?

42

DST

43

DST

- ✓ Casos de contágio em população cada vez mais jovem
- ✓ Quando se é sexualmente ativo, e não se usa preservativos, pode contrair-se uma destas doenças
- ✓ Algumas causam sintomas, outras não

44

DST

- ✓ Algumas manifestam-se imediatamente, outras só se manifestam muito depois de passos ter sido contaminada
- ✓ Algumas têm um fácil tratamento; outras podem originar problemas, como cancro, infertilidade, ou mesmo a morte

45

DST

Como nos proteger? **Preservativo sempre!!**

O único método contraceutivo que protege as DST é o preservativo

46

Sida - VIH

Como funciona o poder desta vírus?

- ✓ Entra no organismo, no sistema sanguíneo
- ✓ Multiplica-se
- ✓ Ataca o sistema imunológico (destrói as células defensoras dos organismos)

A pessoa fica debilitada e sensível a outras doenças

Surtem as doenças oportunistas

47

Hepatite B

- ✓ É uma inflamação no fígado
- ✓ Parasitas podem desenvolver doenças hepáticas graves (cancro, cirrose no fígado)
- ✓ Vacina de Hepatite B tem eficácia de 95%
- ✓ Sintomas:
 - Cansado
 - Perda de apetite
 - Náuseas ou indigestão gástrica
 - Dor de estômago
 - Perda de peso
 - Coloração amarelada da pele e na parte branca dos olhos (icterícia)
 - Urina escura
 - Fezes cor de argila ou esbranquiçadas
 - Dor nas articulações

48

Papiloma Virus Humano (HPV)

Herpes, Pólio, Varicela

- ✓ Muitas das pessoas com infeção HPV não sabem que estão infectadas
- ✓ Geralmente o vírus não causa sintomas visíveis a "olho nu"
- ✓ Algumas pessoas apresentam verrugas visíveis na área genital
- ✓ Em casos raros a infeção por HPV pode ocasionar cancro no útero ou genitais

49

Candidíase

Principais manifestações da doença:

- ✓ Vermelhidão das mucosas dos órgãos
- ✓ Formação de uma camada superficial branca, acompanhada pela secreção de um exsudado fúco esbranquiçado
- ✓ Intenso ardor
- ✓ Caso não seja devidamente tratada, a candidíase vulvovaginal costuma tornar-se crónica

50

Herpes genital

- ✓ Microorganismo penetra no corpo através de lesões microscópicas
- ✓ Maioria das mulheres infectadas não desenvolve sintomas não sabendo, assim, que tem a doença
- ✓ As primeiras manifestações da infeção são:
 - Comichão ou sensação de queimadura
 - Vermelhidão na pele
 - Formação de pequenas bolhas

51

Sífilis

- ✓ Diagnóstico no homem é mais fácil (verrugas avermelhadas indolores)
- ✓ Nas mulheres, a lesão na vagina pode ser indolore, e só se consegue ver através de exame ginecológico
- ✓ Infeção pode demorar vários anos até se manifestar
- ✓ É tratado mas é importante iniciar o tratamento o mais cedo possível, pois quando não é tratada pode provocar uma lesão irreversível de tecido (distrofia e nervos)

52

Gonorréia

É possível ter gonorréia sem ter nenhum sintoma evidente!

- ✓ Nos homens, a infeção normalmente começa na uretra
- ✓ Nas mulheres, geralmente afeta o colo do útero
- ✓ Sintomas:
 - Sensação de ardor ou dor ao urinar
 - Vontade muito frequente de urinar
 - Comimento lúreo e dor de garganta
 - Comimento vaginal lúreo, amarelo com odor desagradável
 - Dor de esôfago (nas mulheres)
 - Sangramento menstrual anormal
 - Dor no eixo do testículo
- ✓ A bactéria pode infetar a garganta e o recto/ânus após sexo oral e anal, respectivamente

53

Tricomoníase

- ✓ Nos homens pode surgir:
 - Uma secreção espumosa de cor verde-amarelada proveniente da vagina
 - Nos casos graves, a vulva, pele e os lábios inflamam-se
- ✓ Os homens não manifestam habitualmente sintomas, mas podem infetar as suas parceiras sexuais
- ✓ Alguns apresentam uma secreção espumosa proveniente da uretra
- ✓ Mulheres podem apresentar sintomas semelhantes a gonorreia (urinar com mais frequência, dor ao urinar)

54

Não esqueças...

Só o preservativo evita as Doenças Sexualmente Transmissíveis!


55

4. Violência no namoro

56

O que é?

É um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação.




57

quando é/é teu/ta namorado/a:

- > te empurra
- > te agarra ou prende
- > te atira objetos
- > te dá bofetadas, pontapeia e/ou murchos
- > ameaça usar a força física ou a agressão

é VIOLÊNCIA FÍSICA




58

quando é/é teu/ta namorado/a:

- > te obriga a praticar atos sexuais mesmo quando não queres
- > te acanha (ou força carícias), sem que queiras

é VIOLÊNCIA SEXUAL




59

quando é/é teu/ta namorado/a:

- > te chama nomes e/ou grita
- > te humilha, através de críticas e comentários negativos [ex.: "Não valias nada!"]
- > te insulta e ameaça

é VIOLÊNCIA VERBAL

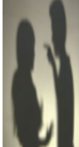


60

quando é/é teu/ta namorado/a:

- > parte ou esconde os teus objetos ou roupa
- > controla a tua maneira de vestir
- > controla o que fazes nos tempos livres e ao fim de semana
- > te liga constantemente ou envia mensagens
- > ameaça terminar a relação como estratégia de manipulação

é VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA




61

quando é/é teu/ta namorado/a:

- > te humilha, envergonha ou tenta denegrir a tua imagem em público, especialmente junto dos teus familiares e amigos
- > insulta, sem o teu consentimento, no teu telefonado, nas tuas contas de correio eletrónico ou na tua conta do Facebook
- > te proíbe de conviver com os teus amigos e/ou com a tua família


é VIOLÊNCIA SOCIAL



62

- > Podem acontecer diferentes formas de violência na mesma relação
- > Por exemplo, as agressões verbais podem ocorrer antes de uma agressão física
- > Todas as formas de violência no namoro têm um objetivo comum: MAGOAR, HUMILHAR, CONTROLAR, ASSUSTAR

NUNCA VIOLÊNCIA NÃO É AMOR.




63

A saber...

- > ninguém tem o direito de ser violentado consigo
- > Violência NUNCA é ACEITÁVEL, nem uma forma de expressar amor ou paixão pelo outro
- > Os crimes não justificam um comportamento violento
- > Não é fácil compreender que se está a ser vítima de violência
- > Não se é culpado/a pelo que te aconteceu ou está a acontecer
- > A insegurança e indecisões são naturais
- > Violência tem tendência a aumentar quando as pessoas se casam ou vivem juntas

64


QUALQUER PESSOA QUE TENHA SIDO VÍTIMA DE CRIME OU QUE TENHA TESTEMUNHADO A OCORRÊNCIA DE UM CRIME PODE E DEVE DENUNCIÁ-LO



65

Tu és especial...


- ✓ Se tu próprio. Pensa por ti!
- ✓ Respeita-te!



66

Dúvidas?

- ✓ Enfermeiro ou médico de família do teu Centro de Saúde
- ✓ Consulta de Planeamento Familiar
- ✓ Não entres em pânico e procura o apoio de alguém em quem confies, profissionais de saúde, professores, família ou amigos




67

- ☐ Psiquiátricos: psiquiaticos@semfipres.com
- ☐ Portal de Saúde Sexual: www.nsf.pt
- ☐ Associação de Apoio à Víctima: www.apav.pt

68

Obrigada!



69

APÊNDICE VII – Questionário sobre “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”

OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA - Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar

Por favor, responda a este questionário apenas se assinou o consentimento informado, bem como o assentimento da criança.

*Obrigatório

1. **CÓDIGO DO PARTICIPANTE ***

Por favor insira o código do participante que foi enviado para casa:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

2. Quem responde as questões gerais deste questionário? *

Marcar apenas uma oval.

- Mãe/companheira do pai
 Pai/companheiro da mãe
 Outro cuidador

3. Com quem vive a criança atualmente? *

Marque todas que se aplicam.

- Mãe
 Pai
 Companheiro(s) da Mãe que não o Pai
 Companheira(o) do Pai que não a Mãe
 Irmãos/ Meios-irmãos
 Avós maternos/ paternos
 Outros Familiares
 Outros não-familiares
 Instituição

4. Qual foi o grau de escolaridade mais elevado que a mãe e o pai completaram?

Marque todas que se aplicam.

	Mãe	Pai
Ensino básico		
1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico		
2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico		
3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe/ não responde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Como define a condição perante o trabalho da mãe e do pai da criança?

Marque todas que se aplicam.

	Mãe	Pai
Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio da família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exerçam atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO DE SAÚDE

6. A criança tem atualmente alguma doença que obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)? ▪

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não (ignorar a questão seguinte)

7. Se sim, qual(is)?

Marque todas que se aplicam.

	Sim	Não
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCOLHAS ALIMENTARES

Para responder às perguntas que se seguem, por favor pense numa semana típica da criança no último mês, tendo em conta com que frequência

dita que a criança comeu/bebeu alguns alimentos.

8. Com que frequência a criança comeu/bebeu os seguintes alimentos no último mês? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	<1 vez/mês	1-3 vezes/mês	1 vez/sem	2-3 vezes/sem	4-6 vezes/sem	1 vez/dia	2 vezes/dia	≥3 vezes/dia	Não resp
Fruta (excluindo sumos de fruta e bebidas frutadas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sumo de fruta e/ou vegetais (naturais ou produtos com 100% sumo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sopa de Legumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais no prato (cozinhados ou em cru)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÍNDICE KIDMED

Pense nos hábitos alimentares da criança e responda às questões colocadas apenas com Sim ou Não, clicando na opção que corresponde aos hábitos da criança.

9. Come uma peça de fruta ou bebe um sumo de fruta natural todos os dias? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Come uma segunda peça de fruta todos os dias? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Come produtos hortícolas frescos (exemplo: saladas) ou cozinhados (exemplo: sopa de legumes) regularmente, uma vez por dia? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

12. Come produtos hortícolas frescos ou cozinhados mais de uma vez por dia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Come pescado (exemplos: peçcada, sardinha, polvo, camarão) com regularidade (pelo menos 2 a 3 vezes por semana)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Vai, uma vez ou mais por semana, a restaurantes de "Fast-food" tipo hamburguerias? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. Gosta e come leguminosas (exemplos: feijão, ervilhas, grão-de-bico, favas, lentilhas) mais de uma vez por semana? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Come massa ou arroz quase todos os dias (5 dias ou mais por semana)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

17. Come cereais ou derivados de cereais (exemplos: aveia, pão) ao pequeno-almoço? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

18. Come frutos secos oleaginosos (exemplos: nozes, amêndoas, avelãs) com regularidade (pelo menos 2 a 3 vezes por semana)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

19. Usa azéite em casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Toma o pequeno-almoço todos os dias? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

21. Come laticínios (iogurte, leite, queijo) ao pequeno-almoço? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

22. Come produtos de confeitaria ou pastelaria (exemplos: bolachas, bolos, croissants, lanches, donuts) ao pequeno-almoço? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

23. Come 2 iogurtes e/ou 2 fatias de queijo por dia? ▪

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

24. Come, várias vezes ao dia, doces e guloseimas (exemplos: chocolates, gomas, rebuçados)? ▪

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

**QUESTIONÁRIO ATIVIDADE
FÍSICA**

Responda às questões seguintes tendo em conta os hábitos de atividade física da criança.

25. Num dia típico de semana, quanto tempo (desde que acordas até à hora que vai dormir) a criança gasta a fazer as seguintes atividades?

Marque todas que se aplicam.

	Nenhum	a15min	30min	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	a6h
Ver televisão (incluindo vídeos em DVD).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogar computador ou em consola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a ouvir música na rádio ou com equipamentos de som.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a falar ao telefone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar trabalho de secretária ou no computador (escrever, e-mails, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a ler um livro ou revista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tocar um instrumento musical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado no carro, autocarro ou comboio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em brincadeiras ativas (brincar no parque infantil, correr, jogar à bola, andar de triciclo/bicicleta, passear na rua)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Num dia típico de fim de semana, quanto tempo (desde que acordar até à hora que vai dormir) a criança gasta a fazer as seguintes atividades? *

Marque todas que se aplicam.

	Nenhum	<15min	30min	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	≥6h
Ver televisão (incluindo vídeos em DVD).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogar computador ou em consola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a ouvir música na rádio ou com equipamentos de som.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a falar ao telefone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar trabalho de secretária ou no computador (escrever, e-mails, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a ler um livro ou revista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tocar um instrumento musical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado no carro, autocarro ou comboio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em brincadeiras ativas (brincar no parque infantil, correr, jogar à bola, andar de triciclo/bicicleta, passear na rua)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Quantas horas a criança costuma dormir em média por dia, de semana? *

28. Quantas horas a criança costuma dormir em média por dia, ao fim de semana? *

29. A criança costuma praticar algum tipo de atividade desportiva programada e regular (excluindo as aulas de educação física)? ▪

Marcar apenas uma oval.

- Não [Terminar o questionário]
 Sim [Passar à questão seguinte]

30. [Se sim] qual é a atividade(s) desportiva(s)?

31. Quantas vezes a pratica por semana?

32. Qual o número de horas que a pratica por semana?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE VIII – Consentimento informado para os pais/encarregados de educação, bem como, o assentimento da criança

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Identificação do Investigador: Damiana Bajouco Sousa

Título do estudo: “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”

Enquadramento: No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, propõe-se a realização de um projeto de investigação e de intervenção comunitária. Este projeto surge no decorrer do estágio em Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados da comunidade [redacted] em Porto de Mós, e tem como objetivo geral capacitar as crianças que frequentam os 3º e 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas de [redacted] no ano letivo de 2022-2023, e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e de prática regular de exercício físico, durante o período de Dezembro 2022 a Fevereiro de 2023. Este trabalho irá ser desenvolvido no Agrupamento de Escolas de [redacted] pela mestranda Damiana Bajouco Sousa, sob a orientação da Professora Clarisse Louro e com a colaboração das enfermeiras das unidades onde a mestranda realiza o seu estágio, enfermeira Renata Inácio e Sílvia Venda.

Explicação do estudo: A obesidade constitui um dos principais problemas de saúde pública na atualidade e a mudança dos estilos de vida, nomeadamente do padrão alimentar e de atividade física, está comprovada como eficiente no tratamento da mesma (Direção-Geral da Saúde- DGS, 2017). De facto, segundo a Plataforma da Obesidade, em Portugal, cerca de 32% das crianças com idades compreendidas entre 7 e 9 anos apresentam excesso de peso, sendo 11% obesas (PCO, 2007).

A partir do diagnóstico da situação de saúde da população da Região de Saúde do Centro foram fixados os seguintes objetivos: prevenir o excesso de peso e obesidade (infantil) e promover a atividade física e a redução do sedentarismo, através da promoção da alimentação saudável e da dieta mediterrânica (DGS, 2022).

Assim, uma das estratégias do Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030 é promover a saúde em meio escolar, pois as crianças são elementos fulcrais na promoção de saúde pública (CNS, 2021).

Para a realização deste estudo, iremos utilizar como método de investigação de colheita de dados, o método do questionário, acompanhado da recolha de dados antropométricos das crianças. O questionário está dividido em 3 partes, a primeira parte está relacionada com as características sociodemográficas, estado de saúde da criança e escolhas alimentares da mesma, a segunda parte com a aplicação do ÍNDICE KIDMED (Índice de avaliação de adesão à Dieta Mediterrânica) e a terceira parte relaciona-se com aos hábitos de atividade física. Os dados antropométricos (peso e altura) serão recolhidos pelos professores de educação física das Atividade de Enriquecimento Curricular (AEC). A primeira e a terceira parte do questionário foram adaptadas do estudo "Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física" (Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, Mota J, Teixeira P, Ramos E, Rodrigues S, Vilela S, Oliveira L, Nicola P, Soares S, Andersen LF, Consórcio IAN-AF, 2015-2016). A segunda parte (ÍNDICE KIDMED) foi adaptado do estudo "Reprodutibilidade e validade do Índice KIDMED, numa amostra de adolescentes portugueses" (Rei M, Rodrigues S e Silva S, 2020).

Todos os participantes deste estudo serão informados a respeito dos objetivos do mesmo, da ausência de prejuízos ou danos decorrentes da participação e do compromisso de sigilo em relação às informações obtidas na pesquisa. O investigador compromete-se a proteger o participante contra qualquer desconforto e prejuízo, bem como a um tratamento justo. A participação será voluntária, mediante assinatura, por parte dos pais da criança, deste termo de consentimento informado e esclarecido, bem como, do preenchimento do termo de assentimento do menor por parte da criança. Se o participante quiser desistir do projeto poderá fazê-lo em qualquer altura, sem quaisquer consequências para si e para terceiros.

Toda a informação recolhida é confidencial, de natureza académica e para fins de investigação. A recolha de dados decorrerá durante os meses de dezembro de 2022 e Janeiro de 2023. Os resultados refletem apenas os dados dos participantes que manifestaram expressamente o seu consentimento/assentimento para participar no estudo.

Os dados recolhidos serão tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), onde serão usados testes paramétricos e não paramétricos de acordo com as características das variáveis. Pretende-se como finalidade deste tratamento de dados, o diagnóstico das necessidades das crianças ao nível dos hábitos de alimentação saudável e da prática regular do exercício físico, bem como, conhecer o impacto dos hábitos alimentares e de atividade física na obesidade infantil em crianças dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas de de forma a poder implementar um projeto de intervenção na área da saúde escolar direcionado à promoção da adoção de comportamentos saudáveis nas áreas da alimentação e da atividade física.

O questionário será enviado para os pais/encarregados de educação, via e-mail (solicitando-se o e-mail para onde este será enviado), e demora cerca de 7 minutos a ser preenchido, sendo o seu preenchimento através de um link com ligação ao Google Forms. Quando a resposta for submetida será, automaticamente, enviada para esta plataforma, ficando a investigadora, de imediato, com a mesma. Contudo, não consta qualquer dado relativo a quem preenche o questionário nem da criança, aquando do seu preenchimento e da sua submissão, mantendo assim o anonimato de quem responde.

O estudo não tem **nenhum custo** para o participante. A participação no mesmo é de **carácter voluntária**, não havendo qualquer prejuízo caso não queira participar. Este, mereceu, da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, parecer favorável. Os dados recolhidos para o estudo são **confidenciais** e de uso exclusivo da investigadora para fins de investigação, não havendo qualquer registo de dados de identificação mantendo o **anonimato** dos participantes.

Enquanto investigadora propõe que estes sejam guardados na nuvem do Instituto Politécnico de Leiria, não partilhando com terceiros, até ao período previsto de conclusão do Trabalho de Investigação, tendo este como intervalo de tempo, a duração máxima de 1 mês.

Em caso de dúvidas, contacte a investigadora Damiana Bajouco Sousa, enfermeira no

Esta encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida relativamente ao presente estudo e agradece profundamente a sua participação no mesmo.

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.

Assinatura de quem pede consentimento:

Código do Participante: _____

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome Mãe: _____

BI/CC N.º: _____ DATA OU VALIDADE /..... /.....

ASSINATURA _____

Nome Pai: _____

BI/CC N.º: _____ DATA OU VALIDADE /..... /.....

ASSINATURA _____

E-MAIL PARA ENVIO DO LINK DO QUESTIONÁRIO: _____

Termo de assentimento do menor

Estás convidado para participar do estudo “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”. Os teus pais permitiram que participes. O objetivo deste estudo é capacitar as crianças que frequentam os 3º e 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de escolas de....., no ano letivo de 2022-2023, e suas famílias para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e de prática regular de exercício física, durante o período de Dezembro 2022 a Fevereiro de 2023. Não precisas de participar do estudo se não quiseres, é um direito teu, não terá nenhum problema se desistires. O estudo será realizado na Escola que frequentas, onde as crianças serão pesadas e medidas pelo professor de educação física das Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) e os encarregados de educação responderão a um questionário. Para pesar e medir as crianças serão usados balança e estadiómetro. O uso deste material é seguro. Caso aconteça algo que não está do teu acordo podes-me contactar pelos contato telefónico - Damiana Sousa (investigadora). Existem alguns benefícios neste estudo como adquirires conhecimentos e capacidades para adotares comportamentos saudáveis nas áreas da alimentação saudável e da atividade física regular. A tua participação é anónima, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que obtivermos. Se os resultados do estudo forem publicados, não serão identificadas as crianças que participaram no mesmo. Se tiveres alguma dúvida, podes contactar-me através do n.º de telemóvel supracitado.

Eu _____ li e aceito participar no estudo “OBESIDADE INFANTIL: PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DA ATIVIDADE FÍSICA – Projeto de Intervenção Comunitária em Contexto Escolar”. Entendi o que me foi explícito e entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir.

_____, ____ de _____ de _____

APÊNDICE IX – Cronograma das atividades do projeto Educa-Me

Atividades/Tarefas	2022							2023	
	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Pesquisa Bibliográfica									
Reunião com professores do AE									
Definição das questões metodológicas									
Construção do Questionário de Diagnóstico									
Aplicação do Questionário de Diagnóstico									
Avaliação e Tratamento de Resultados									
Priorização das necessidades e formulação do diagnóstico de situação									
Definição de metas e objetivos									
Seleção de estratégias e plano de execução									
Construção do logotipo e <i>slogan</i>									
Realização do <i>Flyer</i>									
Realização do Panfleto e dos cartazes didáticos									
Sessão de EpS com aplicação dos questionários de avaliação de conhecimentos e da Sessão de EpS									
Avaliação de resultados									

APÊNDICE X – *Slogan* do projeto Educa-Me



APÊNDICE XI – Flyer da sessão de EpS com o logotipo do projeto Educa-Me



APÊNDICE XII – Panfleto entregue na sessão de EpS

NÃO TE ESQUEÇAS QUE...



- ✓ Deves comer 400 gr (3/5 porções) de frutas e legumes por dia
- ✓ Deves comer leguminosas 2 vezes (ou mais) por semana
- ✓ Usar os frutos oleaginosos /frutos secos) como snack
- ✓ Deves beber pelo menos 8 copos de água por dia
- ✓ - sal e usar + ervas aromáticas

Sabe mais sobre receitas saudáveis...



MORE INFORMATION

<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

<https://www.apn.org.pt>

<https://www.projetoedita.eu/>

<https://www.pratocerto.pt/>



PRIMEIRO MUDAS A TUA ALIMENTAÇÃO, DEPOIS ELA MUDA-TE A TI!

Enf.ª Damiana Sousa
Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

DICAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

o poder da Dieta Mediterrânica

25 de fevereiro de 2023

O QUE É A DIETA MEDITERRÂNICA (DM)

É um **estilo de vida** que tem associado um **padrão alimentar completo e equilibrado** com inúmeros **benefícios para a saúde e qualidade de vida**. Caracteriza-se por um conjunto de **conhecimentos, rituais, símbolos e tradições** sobre a forma de **produzir, preparar e consumir os alimentos**. A UNESCO definiu a Dieta Mediterrânica (DM) em Portugal como **património cultural imaterial da humanidade** em dezembro de 2013

A Roda da Alimentação Mediterrânica baseia-se na roda dos alimentos, mas apresenta em cada grupo alimentos característicos do Padrão Alimentar Mediterrânico. É importante variar o mais possível, atendendo à frescura, sazonalidade e local de produção dos alimentos..

PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNICO

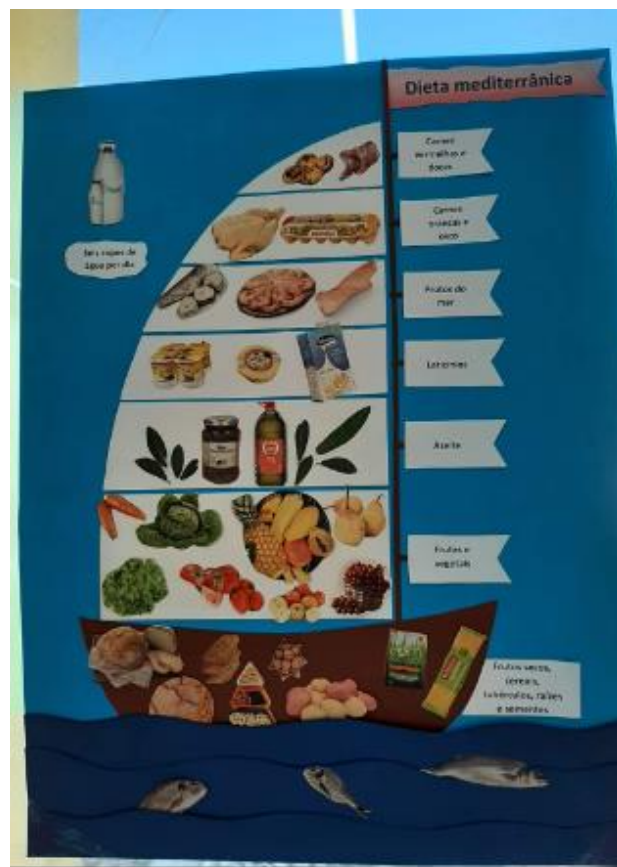


10 PRINCÍPIOS DA DM

1. **Frugalidade e cozinha simples** que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas;
2. **Elevado consumo de produtos vegetais** em detrimento do consumo de alimentos de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosas;
3. Consumo de **produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época**;
4. Consumo de **azeite** como principal fonte de gordura;
5. Consumo moderado de **laticínios**;
6. Utilização de **ervas aromáticas** para temperar em detrimento do sal;
7. Consumo **frequente de pescado e baixo de carnes vermelhas**;
8. Consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais;
9. **Água como principal bebida** ao longo do dia;

APÊNDICE XIII – Fotografias dos cartazes elaborados pelas crianças com os familiares

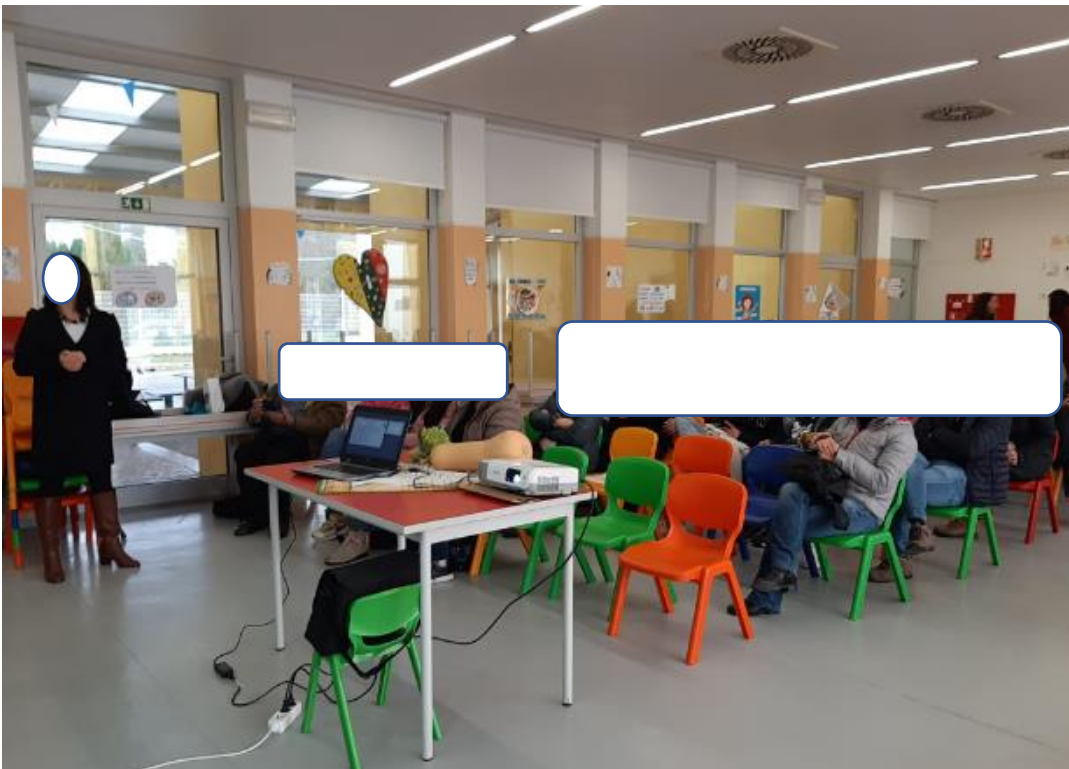






APÊNDICE XIV – Fotografias da sessão de EpS do projeto Educa-Me







APÊNDICE XV – Questionário dos conhecimentos dos participantes na sessão de EpS do projeto Educa-Me

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O PADRÃO ALIMENTAR MEDITERRÂNIC

Este documento tem por objetivo **avaliar os conhecimentos** sobre a temática abordada na sessão de educação, nomeadamente, sobre o **padrão alimentar mediterrânico**. As afirmações são Verdadeiras ou Falsas. Assinale com X a opção que mais se adequa na sua opinião, tendo por base este padrão alimentar. Será assegurada a confidencialidade das informações prestadas. A sua colaboração é de extrema importância e agradecemos uma participação sincera, já que das suas respostas depende a melhoria constante do processo de promoção em saúde. Obrigada!

Afirmações	Verdadeiro	Falso
A Dieta Mediterrânica é uma dieta recente.		
A Dieta Mediterrânica é uma dieta que promove a saúde.		
A Dieta Mediterrânica tem um papel importante no desenvolvimento cognitivo e rendimento escolar.		
Na Dieta Mediterrânica são de evitar os ensopados e as caldeiradas?		
A Dieta Mediterrânica tem 10 princípios.		
A água é um elemento obrigatório na Dieta Mediterrânica.		
Na Dieta Mediterrânica, o vinho é consumido em abundância.		
Na Dieta Mediterrânica devemos evitar juntar leguminosas às refeições.		
Na Dieta Mediterrânica a principal gordura é a manteiga.		
Os frutos oleoginosos não devem ser ingeridos diariamente.		
Se comermos segundo a Dieta Mediterrânica não precisamos de praticar exercício físico.		
Na dieta mediterrânica, a sopa é facultativa.		
Na Dieta Mediterrânica devemos dar primazia à ingestão de carnes vermelhas.		
Na Dieta Mediterrânica deve-se ingerir sal aromatizado em vez de ervas aromáticas.		
A abundância de legumes variados pode provocar doenças.		

A Roda da Dieta Mediterrânica tem 4 grupos.		
Devemos ingerir 2 peças de fruta por dia.		
A Dieta Mediterrânica é um padrão alimentar saudável e sustentável porque respeita a sazonalidade dos produtos.		
O aproveitamento integral dos alimentos de forma a diminuir o desperdício alimentar faz parte integrante do padrão alimentar Mediterrânico.		

APÊNDICE XVI – Questionário de avaliação da sessão de EpS do projeto Educa-Me

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Sessão de educação: O poder da Dieta Mediterrânica – Dicas de alimentação saudável

Data: 11/02/2023

Tema: Dicas de alimentação mediterrânica

Oradores: Enf^a Damiana Sousa

Este documento tem por objetivo recolher informações acerca da avaliação da sessão de educação. Assinale com X a opção que mais se adequa na sua opinião. Será assegurada a confidencialidade das informações prestadas. A sua colaboração é de extrema importância e agradecemos uma participação sincera, já que das suas respostas depende a melhoria constante do processo de sessões de educação. Obrigado!

Para o preenchimento deste questionário propõe-se a utilização da seguinte escala:

1 – Insuficiente	2 - Suficiente	3 – Bom	4 - Muito Bom
-------------------------	-----------------------	----------------	----------------------

1. Avaliação dos objetivos / Conteúdos programáticos	1	2	3	4
1.1 Definição clara dos objetivos programáticos da sessão				
1.2 Adequação do conteúdo aos objetivos da sessão				
1.3 Utilidade prática dos temas				
1.4 Adequação da duração da sessão				

1.5 Estruturação da sessão				
2. Avaliação dos métodos de exposição dos temas da sessão	1	2	3	4
2.1 Os métodos utilizados foram adequados				
3. Avaliação dos meios audiovisuais	1	2	3	4
3.1 Adequação dos meios audiovisuais disponibilizados				
4. Avaliação do desempenho dos formadores	1	2	3	4
4.1 Dr^a Cátia Pontes				
4.1.1 Capacidade de motivação dos participantes				
4.2.1 Clareza nas intervenções				
4.3.1 Domínio dos temas apresentados				
4.2 Dr^o João Ribeiro				
4.2.1 Capacidade de motivação dos participantes				
4.2.2 Clareza nas intervenções				
4.2.3 Domínio dos temas apresentados				
5. Expetativas	1	2	3	4
5.1 A sessão correspondeu ao que esperava dela				
5.2 As informações prestadas na sessão serão úteis no seu quotidiano				
5.3 Com as informações prestadas na sessão considera que será mais fácil adotar o padrão alimentar mediterrânico no seu dia-a-dia				