



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil

Beatriz Saúde Rodrigues

março, 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil

Beatriz Saúde Rodrigues

**Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em
Unidades de Saúde Pública (USP)**

Mestrado em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
Saúde Pública, 1ª edição

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora
Doutora Cláudia Chaves

março, 2026

Simples Olhar em Ti

Um simples olhar,
um profundo olhar em Ti ...
vai ao mar da Essência Pura,
transcende,
transcreve o que de lá sai,
voa num pensamento límpido de Amor profundo,
o grito fecundo do Teu mais
íntimo Ser.
Cada cor de Ti, é um tesouro...
cada gesto Teu, um milagre,
uma alegria para A Criação,
é o teu sorrir...,
e quando passas sorrindo,
Todas As flores,
Explodem de Vida
Não parando de florir.

Sónia Rodrigues

Resumo

Introdução: A obesidade infantil é um problema de saúde pública cada vez mais presente nos dias de hoje, torna-se assim pertinente investir na prevenção desta doença, intervindo nos pais, encarregados de educação, docentes e não docentes.

Objetivo: Prevenir o excesso de peso e obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas da Região Centro Litoral de Portugal, através da promoção de conhecimentos aos pais, encarregados de educação, docentes e não docentes, sobre comportamentos alimentares e atividade física saudáveis, até ao final do ano letivo de 2025/2026.

Metodologia: O presente projeto de intervenção tem como base a Metodologia do Planeamento em Saúde, composta pelas etapas: Diagnóstico da Situação; Definição de prioridades; Fixação de objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração de programas e projetos; Preparação da Execução e Avaliação

Resultados: Os resultados evidenciaram uma tendência global de melhoria da literacia alimentar auto-percebida após a intervenção, visível pelo aumento das percentagens de facilidade e diminuição das percentagens de dificuldade em todos os domínios analisados. A análise inferencial revelou diferenças estatisticamente significativas nos domínios do Planeamento e da Seleção alimentar, sugerindo resultados mais favoráveis nestas dimensões após a sessão de educação para a saúde. Os domínios da Gestão, Preparação e Consumo também apresentaram evolução positiva do ponto de vista descritivo, embora sem significância estatística.

Conclusão: A intervenção poderá ter contribuído favoravelmente para a promoção da literacia alimentar auto-percebida dos participantes, particularmente nas dimensões do Planeamento e da Seleção alimentar. Uma vez que os conhecimentos constituem uma dimensão integrante da literacia em saúde, pode-se afirmar que as melhorias observadas, poderão refletir, pelo menos em parte, um aumento dos conhecimentos percecionados pelos participantes. No entanto, melhorias na literacia não se reduzem apenas a melhorias do conhecimento, pelo que não é possível demonstrar empiricamente, através da análise realizada, um aumento de conhecimentos. Apesar de não terem sido atingidas as metas inicialmente definidas, os resultados reforçam a relevância da implementação de estratégias educativas dirigidas à comunidade como contributo para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção do excesso de peso e da obesidade infantil.

Palavras-chave: Obesidade infantil; crianças; pais; docentes; não docentes; alimentação; atividade física.

Abstract

Introduction: Childhood obesity is an increasingly prevalent public health problem nowadays, and it became relevant to invest in the prevention of this condition through intervention with parents, guardians, teaching and non-teaching staff.

Objective: To prevent overweight and obesity in primary school children in the Central Coastal Region of Portugal, through the promotion of knowledge by parents, guardians, teaching and non-teaching staff, regarding healthy eating behaviors and physical activity, by the end of the 2025/2026 school year.

Methodology: This intervention project is based on the Health Planning Methodology, which comprises the following stages: Diagnosis; Priority Setting; Goal Definition; Strategy Selection; Development of programs and projects; Preparation for Implementation; and Evaluation.

Results: The results showed an overall trend towards improvement in food literacy after the intervention, visible in the increased percentages of ease and decreased percentages of difficulty in all assessed domains. Inferential analysis revealed statistically significant differences in the Planning and Selection domains, suggesting more favourable outcomes in these dimensions after the health education session. In the remaining domains, although a positive descriptive evolution was observed, no statistically significant differences were found.

Conclusion: The intervention may have contributed favorably to promoting participant's self-perceived food literacy, particularly in the dimensions of food Planning and Selection. Since knowledge is an integral dimension of health literacy, it can be stated that the observed improvements may reflect, at least in part, an increase in the participants's perceived knowledge. However, improvements in literacy are not limited to improvements in knowledge, therefore it is not possible to empirically demonstrate, through the analysis performed, an increase in knowledge. Although the initially established targets were not fully achieved, the findings reinforce the relevance of implementing community-based educational strategies as a contribution to promoting healthy lifestyles and preventing childhood overweight and obesity.

Keywords: Childhood obesity; children; parents; teachers; non-teaching staff; nutrition; physical activity.

Sumário

Resumo	5
Abstract	7
Sumário	9
Lista de Tabelas	11
Lista de Figuras	13
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	15
Lista de símbolos	17
1. Caracterização do contexto da Prática Clínica	23
1.1 Departamento de Saúde Pública	23
1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade da Região Centro Litoral	25
2. Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil	27
2.1 Enquadramento teórico	27
2.2 Referenciais Teóricos e Promoção da Saúde	31
2.3 Metodologia	35
2.4 Diagnóstico de situação	39
2.5 Determinação de prioridades	49
2.6 Objetivos do projeto de intervenção	50
2.7 Seleção de estratégias	51
2.8 Elaboração do Projeto de intervenção	51
2.9 Avaliação e indicadores	53
2.9.3 Indicadores de estrutura	61
2.10 Limitações e sugestões de melhoria	61
2.11 Sustentabilidade e disseminação dos resultados	63
3. Contributos para o desenvolvimento de Competências	65
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	65
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	68
Conclusão	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices	79
Apêndice I - Questionário para colheita de dados	81

Apêndice II - Consentimento informado.....	87
Apêndice III - Cronograma	89
Apêndice IV- Apresentação da SES.....	91
Apêndice V - <i>Flyer</i> sobre rótulos	121
Apêndice VI - Panfleto vacinação contra a gripe em crianças	123
Apêndice VII - Cartaz vacinação contra a gripe em crianças.....	127
Anexos.....	129
Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética do IPV	131
Anexo II- PARECER N.º 52/SUB/2025	143
Anexo III- Autorização da autora da “Escala de Avaliação Autopercebida de Literacia Alimentar” para utilização da escala	153

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	40
Tabela 2: Análise das respostas ao Domínio do Planeamento	42
Tabela 3: Análise às respostas ao Domínio da Gestão.....	43
Tabela 4: Análise dos resultados do domínio Seleção	43
Tabela 5: Análise dos resultados do domínio Preparação	44
Tabela 6: Análise dos resultados do domínio Consumo.....	45
Tabela 7: Médias globais de Facilidade Vs Dificuldade para cada domínio	46
Tabela 8: Conhecimentos e comportamentos dos participantes sobre alimentação, atividade física e sedentarismo	47
Tabela 9: Tempo de ecrã nas crianças	48
Tabela 10: Recursos e previsão de custos dos mesmos	52
Tabela 11: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio do Planeamento	55
Tabela 12: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio do Gestão	55
Tabela 13: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio da Seleção	56
Tabela 14: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio da Preparação	56
Tabela 15: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio do Consumo ..	57
Tabela 16: Médias globais de Facilidade Vs Dificuldade dos participantes após as SES.....	58
Tabela 17: Comparação das percentagens médias de Facilidade e Dificuldade, de cada domínio, antes e após a intervenção	58
Tabela 18: Resultados do teste não paramétrico Mann-Whitney	60
Tabela 19: Aumento Relativo Médio em cada domínio	60

Lista de Figuras

Figura 1: Organograma da estrutura organizativa da ULS - Fonte: (DPS, 2024).....	24
Figura 2: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Revisado) - Fonte: (Pender et al,2014).....	32
Figura 3: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde – Fonte: Adaptado de (Imperatori & Giraldes, 1993).....	36

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

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

CNPDP CJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

DGS - Direção Geral da Saúde

Dp- Desvio-padrão

DSP – Departamento de Saúde Pública

EC CI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Encarregados de Educação

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

IAN-AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNPAF - Programa Nacional de Promoção de Atividade Física

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

p.p. – Pontos Percentuais

PPT- PowerPoint

SES- Sessão de Educação para a Saúde

SPCIRA - Serviço De Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

USP- Unidade de Saúde Pública

Lista de símbolos

$\bar{x}$ - Média

% - Percentagem

h – Hora

n – Frequência absoluta

U – Valor do teste de Mann-Whitney

Z – Valor padronizado utilizado para calcular o nível de significância

p - Valor que indica a significância estatística dos resultados

Introdução

O excesso de peso e a obesidade na infância são considerados um problema complexo de saúde pública, afetando a maioria dos países desenvolvidos no mundo, encontrando-se entre as principais causas de mortes evitáveis, doenças crônicas e despesas económicas com a saúde. Influenciado por fatores genéticos, biológicos, psicossociais e comportamentais, tem como principais causas uma má alimentação e a falta de atividade física (Batista et al., 2025).

Se as crianças forem incentivadas a ter bons hábitos de saúde, podem crescer de forma saudável e próspera, tomando decisões ao longo das suas vidas com maior consciência. Ademais, vários estudos demonstram que a aquisição e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis pelas crianças encontra-se fortemente condicionada pelo seu ambiente. Segundo a teoria da aprendizagem social de Bandura (1977), no sistema de aprendizagem social, novos padrões de comportamento podem ser adquiridos por meio da experiência direta ou da observação do comportamento de outras pessoas. Uma vez que a maioria dos comportamentos que as pessoas exibem são aprendidos, deliberadamente ou inadvertidamente, por meio da influência do exemplo, um bom exemplo é, portanto, um melhor professor do que as consequências de ações não guiadas. Daqui depreende-se que as crianças podem adquirir comportamentos através da observação dos seus pais, Encarregados de Educação (EE) ou docentes e não docentes da escola (ambiente onde interagem uma quantidade significativa de tempo), pelo que quanto melhor for esse exemplo, melhor serão os comportamentos que elas próprias irão adotar.

Neste contexto, surge a necessidade de realizar projetos que visem a promoção da saúde de forma a evitar a obesidade. A promoção da saúde consiste num conjunto de princípios que englobam o empoderamento e a equidade, sendo uma prática que abarca não só a comunicação e a capacitação, como também as atividades politicamente orientadas. Centra-se no objetivo de potenciar aos outros a capacidade de ganhar mais controlo sobre as influências das suas vidas para melhorar a sua saúde. Como tal, o enfermeiro surge com o papel de promotor da saúde, agindo como um capacitador, adquirindo a confiança e criando um campo comum de atuação com os outros, ajudando-os a capacitarem-se (Laverack, 2022).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), segundo o Regulamento n.º 428/2018, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença a nível populacional. Entre as suas competências destaca-se a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, que permite identificar

as necessidades e estabelecer prioridades com base em critérios epidemiológicos e sociais. A partir destas prioridades, formula objetivos e estratégias de intervenção adequadas ao contexto, desenvolvendo programas e projetos orientados para a resolução dos problemas identificados. O enfermeiro especialista avalia continuamente essas intervenções, garantindo a sua eficácia e sustentabilidade. Adicionalmente, contribui também para o processo de capacitação de grupos e comunidades, promovendo a sua participação ativa e o desenvolvimento de projetos de saúde coletiva. Participa ainda na coordenação, implementação e monitorização das atividades dos programas de saúde pública e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, alinhando a sua atuação com os objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), e assumindo-se como um agente central na melhoria contínua da saúde das populações.

Tais premissas encontraram-se presentes ao longo do estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, onde fui desenvolvendo e consolidando competências específicas através da prática clínica no âmbito de estágio de Unidades de Saúde Pública (USP) no Departamento de Saúde Pública (DSP) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, e no âmbito de estágio em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), na UCC da Região Centro Litoral da mesma ULS. Durante o período de estágio identifiquei uma problemática relevante, sendo ela o excesso de peso e obesidade infantil nos portugueses.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como produto de um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético total. Esta é considerada a doença crónica mais fácil de tratar, no entanto é vista como a epidemia do século XXI.

A problemática do excesso de peso e obesidade foi identificada como um dos principais problemas de saúde pública em Portugal, devido à elevada prevalência de doenças crónicas potencialmente associadas a uma alimentação inadequada. A obesidade atinge cerca de 2 milhões de pessoas, correspondendo a mais de 20% da população adulta no país, enquanto o excesso de peso ultrapassa os 50%. Nas crianças/jovens, a prevalência de excesso de peso, onde se inclui a obesidade infantil, em 2019 foi de 29,6%. Deste valor, 12% corresponde a crianças com idade entre os seis e os oito anos, diagnosticadas com obesidade (PNPAS, 2022). Também no Perfil de Saúde publicado pela ULS da Região Centro, o excesso de peso e obesidade encontra-se descrito como sendo o principal problema da população.

Assim, e como parte integrante das atividades realizadas ao longo do estágio, foi criado um projeto de intervenção e investigação intitulado “Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil” destinado a EE, pais, docentes e não docentes. O seu objetivo geral prende-se com a prevenção do excesso de peso e obesidade em crianças

do primeiro ciclo das escolas pertencentes a um agrupamento do centro de Portugal, através da aquisição de conhecimentos por parte dos pais, EE, pessoal docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis, através de Sessões de Educação para Saúde (SES).

O projeto de intervenção seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e teve como linhas orientadoras as indicações do PNS 2030, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), o Programa Nacional de Promoção de Atividade Física (PNPAF) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Seguiu também o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e as orientações da OMS.

Neste sentido, emerge o relatório final de estágio, é realizado, primeiramente, a caracterização do contexto prático de ambos os locais de estágio, seguidamente da apresentação do projeto de intervenção e investigação que surgiu da problemática identificada e finalizando-se com uma reflexão individual sobre os contributos da prática clínica para o desenvolvimento de competências.

1. Caracterização do contexto da Prática Clínica

O presente capítulo apresenta a caracterização do contexto de estágio, realizado no âmbito da Opção 5: Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade e em Unidades de Saúde Pública, do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária- Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1ª edição. O estágio clínico com componente prática traduz-se numa parte central da formação em mestrado, pois permite integrar conhecimentos, desenvolver competências e consolidar a identidade profissional do futuro enfermeiro especialista. Permite que seja feita uma articulação entre a teoria e a prática, estimula a reflexão e fortalece capacidades essenciais para uma intervenção comunitária ética, eficaz e sustentada na evidência.

O estágio em questão realizou-se no ano letivo de 2025-2026 e teve uma duração de 18 semanas. Iniciou-se no DSP de setembro até ao final de novembro de 2025, seguindo-se na UCC entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, sendo estes descritos nos próximos subcapítulos.

Ambos os campos de estágio integram a ULS da Região Centro, que consiste numa instituição do Serviço Nacional de Saúde que tem como missão prestar cuidados de saúde integrados, de elevada qualidade e centrados nas pessoas, de forma a melhorar a saúde e bem-estar da comunidade. Assume a promoção da educação pré e pós-graduada dos seus profissionais de saúde, bem como a criação de conhecimentos científicos no domínio da investigação, de modo a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

1.1 Departamento de Saúde Pública

DSP, segundo o Regulamento Interno da ULS em questão (s.d.), é uma estrutura de gestão constituído por 4 serviços: Serviço de Medicina Preventiva e Comunitária; Serviço de Gestão de Programas de Saúde e Ambiente, Serviço de Investigação e Planeamento em Saúde Pública e Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis; duas unidades: Unidade Laboratorial de Saúde Pública e Unidade de Avaliação de Incapacidades; e 1 centro: Centro de Vacinação Internacional.

A estrutura organizativa encontra-se representada no organograma da figura 1

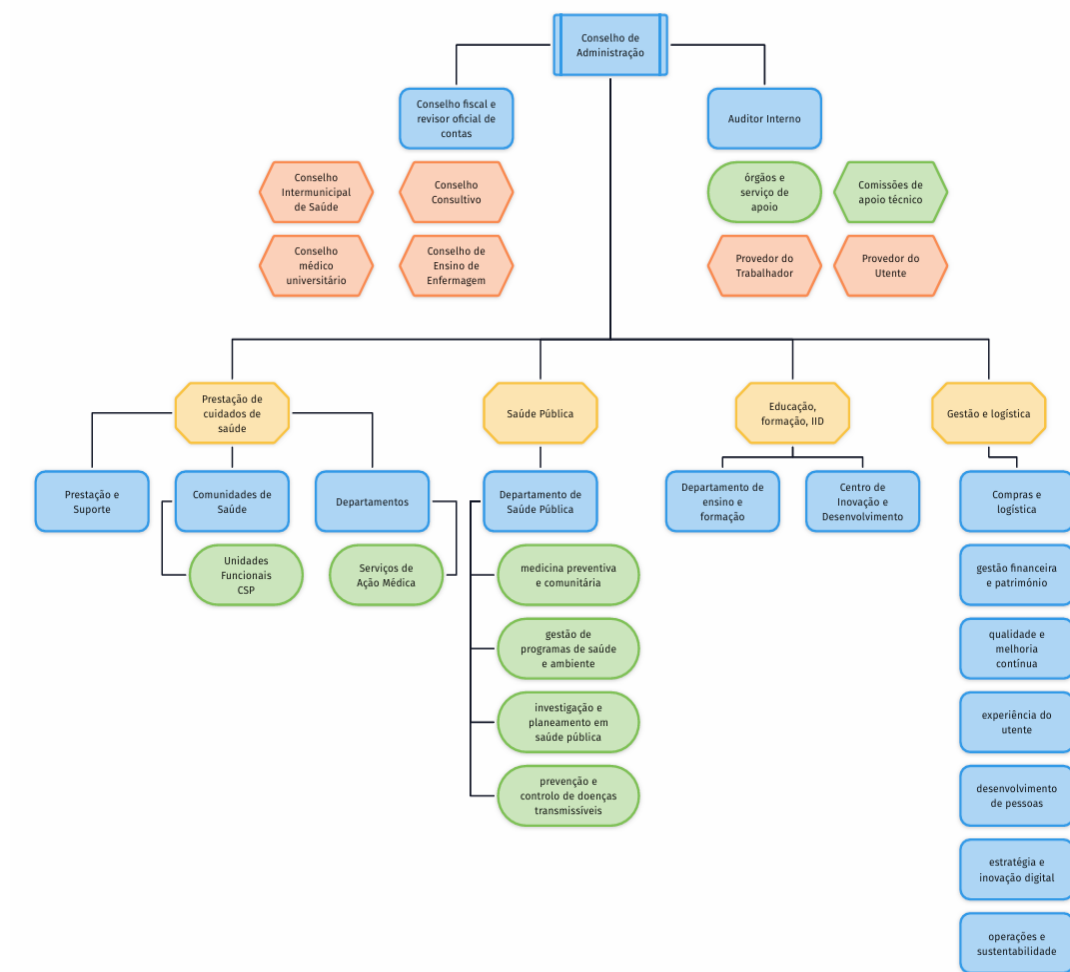


Figura 1: Organograma da estrutura organizativa da ULS (Fonte: DPS, 2024)

O Serviço de Medicina Preventiva e Comunitária é constituído por unidades operativas de saúde pública, coincidindo com as comunidades de saúde da ULS. Por sua vez, o Serviço de Gestão de Programas de Saúde e Ambiente, integra os diferentes programas e projetos da área da saúde e ambiente do DSP e elabora o plano de ação e relatório de atividades. O Serviço de Investigação e Planeamento em Saúde Pública realiza o diagnóstico de situação e o perfil de saúde da população, monitoriza e avalia o plano local de saúde de acordo com os planos de ação da ULS, do DSP e do PNS. O Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças Transmissíveis, tem a seu encargo os rastreios (rastreamento do cancro do colo do útero, rastreamento do cancro da mama, rastreamento do cancro do cólon e reto, rastreamento da retinopatia diabética e rastreamento de saúde visual infantil) e a vigilância e o controlo de doenças transmissíveis, trabalhando em articulação com o serviço de doenças infecciosas, pneumologia e serviço de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos (SPCIRA) que não se encontram incluídos no DSP. Coordena-se com instituições hospitalares, cuidados de saúde primários e outras instituições comunitárias, como é o caso do centro de diagnóstico e

tratamento da tuberculose, cumprindo assim o Programa Nacional da Tuberculose, em consonância com os objetivos estratégicos para o combate à tuberculose até 2035.

Para além destas estruturas, integram ainda o DSP a Unidade Laboratorial de Saúde Pública, a Unidade de Avaliação de Incapacidades e o Centro de Vacinação Internacional, reconhecido como referência na região Centro, onde são asseguradas consultas de medicina do viajante e administradas vacinas segundo o Regulamento Sanitário Internacional, contribuindo para reduzir os riscos associados às viagens internacionais e prevenir a disseminação de doenças infecciosas entre países.

O departamento é composto por uma equipa multidisciplinar que compreende médicos de saúde pública, enfermeiros generalistas e especialistas em saúde comunitária e saúde pública, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de saúde ambiental, assistentes técnicos e outros profissionais.

O DSP tem como área geográfica de intervenção 21 concelhos, que compreende cerca de 17,9% da área da região centro, com um total de 4200 km². Estes concelhos integram duas Comunidades Intermunicipais, de acordo com a nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, sendo uma com 16 municípios e outra com 5 municípios. Os concelhos pertencem a 4 distritos (ULS [REDACTED], 2024).

1.2 Unidade de Cuidados na Comunidade da Região Centro Litoral

A UCC da Região Centro Litoral, constitui uma unidade funcional integrante da ULS da Região Centro desde janeiro de 2024, pelos termos do Dec. Lei –nº102/2023de 7 de novembro que levou à criação de Unidades Locais de Saúde, com natureza de entidades públicas empresariais que integram hospitais e agrupamentos de centros de saúde (ACES), visando oferecer cuidados de saúde integrados.

Tem como missão prestar cuidados de saúde à população da região centro litoral da Zona Centro de Portugal, de acordo com as estratégias do PNS, atendendo à suas necessidades e especificidades. Promove a saúde intervindo na comunidade através de estratégias de educação para a saúde, dá apoio a grupos vulneráveis e cria parcerias com outras instituições de modo a atingir esses fins. Promove ainda a formação científica e técnica dos seus profissionais.

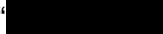
Aponta como visão ser uma UCC de referência de cuidados de proximidade à população, mantendo-se disponível e eficiente nas respostas às necessidades da comunidade, de modo a prestar cuidados de saúde de excelência e a obter ganhos em saúde, concorrendo, de modo direto, para o cumprimento da missão da ULS da Região Centro.

O seu logotipo foi criado de modo a enaltecer a necessidade de prestar cuidados ao indivíduo na sua plenitude, inserido na sociedade, no seu ambiente familiar e atendendo às suas necessidades diferenciadas.

A UCC tem como área geográfica de influência 396km² e uma densidade populacional de 86,4 habitantes por quilometro quadrado. Este é o maior concelho do distrito a que pertence, localizando-se no centro de um triângulo geográfico constituído por uma cidade da zona centro de Portugal e duas da zona litoral. Segundo dados do INE recolhidos nos censos de 2021, tem 34.218 habitantes, mas dados disponibilizados pelo município (s.d.), apontam para 38.032 residentes, sendo destes 17.920 a sua população ativa. O concelho, é constituído por 168 povoações dispersas em quinze freguesias.

Os residentes do concelho da Região Centro Litoral, os inscritos nas unidades funcionais do Centro de Saúde da zona e ainda os inscritos em outros Centros de Saúde que residam, trabalhem ou estudem no concelho em questão, têm à sua disponibilidade a carteira de serviços da UCC.

A nível da sua estrutura orgânica, fazem parte: o Conselho Geral, constituído por todos os profissionais que integram a sua equipa multidisciplinar e presidido pelo Coordenador da UCC; o Conselho Técnico constituído por 3 elementos representativos dos diferentes grupos profissionais; o Coordenador da Unidade que é eleito pela equipa nuclear por um período de três anos e o Coordenador de cada Projeto, definido de acordo com a sua apetência para o mesmo. A equipa multidisciplinar é constituída por oito Enfermeiros, um Médico, uma Assistente Social, uma Nutricionista, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta, uma Assistente Operacional e uma Assistente Técnica.

O desenvolvimento das atividades da UCC organiza-se por projetos, destacando-se vários no âmbito do PNSE, do Estatuto do Cuidador Informal; do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; do Núcleo de Apoio Crianças e Jovens em Risco; da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ); projetos como “ Unida pelo Coração”; projeto piloto Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); entre outros.

2. Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil

O projeto de intervenção e investigação “Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil” foi criado no âmbito do Estágio com Relatório Final, contando com a orientação, colaboração e mestria dos excelentíssimos enfermeiros tutores da UCC e do DSP da ULS da Região Centro, seguindo-se a sua descrição nos próximos subcapítulos.

2.1 Enquadramento teórico

2.1.1 Contextualização e justificação do projeto de intervenção

A obesidade foi definida no despacho n.º 13066/2025, como sendo uma “doença crónica, complexa e multifatorial, resultante da interação de fatores genéticos, comportamentais, ambientais e sociais, associada a um risco aumentado de múltiplas comorbilidades”, como a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial e outras doenças do foro cardiovascular ou osteoarticular.

Segundo a OMS (s.d), um adulto com 20 anos ou mais anos, é considerado com excesso de peso ao apresentar um Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25 kg/m² e obeso se o IMC for superior a 30 kg/m². Por sua vez, no caso da obesidade infantil, é necessário comparar o valor do IMC da criança/jovem com as tabelas de referência de percentis de IMC de acordo com a idade e sexo. Posto isso, uma criança com IMC superior ao Percentil 85 até ao Percentil 95, para a idade e sexo, apresenta excesso de peso. Caso o IMC for superior ao Percentil 95 para a idade e sexo, a criança encontra-se com obesidade, sendo que, dentro desta, considera-se obesidade grave se o IMC for superior ou igual a 35kg/m².

Dados fornecidos no despacho n.º 13066/2025, indicam que o excesso de peso afeta, em Portugal, 67,6% dos adultos e a obesidade, 28,7%. A mortalidade associada ao excesso de peso entre 2000 e 2021, aumentou 14% e a perda de anos de vida saudável teve um crescimento de 28%. O *Institute for Health Metrics and Evaluation*, indica que as projeções de óbitos para Portugal em 2030 devido a essa problemática sejam de 11,99% (PNPAS, 2022).

Segundo o relatório elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge no âmbito das atividades desenvolvidas na 6.ª ronda do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal (2022) – Sistema de Vigilância Nutricional Infantil do Ministério da Saúde a prevalência de obesidade infantil aumenta com a idade, sendo que em 2021/2022, 13,5% das crianças apresentavam obesidade e 31,9% tinham excesso de peso. Batista, et al (2025) referem que a obesidade infantil tem um impacto negativo na cognição das crianças e jovens.

O PNPAS (2022), evidência que os principais fatores para a perda de anos de vida saudável prendem-se ao elevado consumo de carne vermelha, à elevada ingestão de sódio e ao diminuto consumo de cereais integrais. Em Portugal, a população tem uma ingestão de

açúcares livres superior a 10% do valor energético total, sendo esta percentagem superior nos adolescentes, com um valor de 48,7%, e nas crianças com 40,7%. No entanto, verifica-se que o consumo de frutas e hortícolas não atinge o recomendado, principalmente nos grupos dos adolescentes (78%) e nas crianças (72%). Devido a isso, 1 em 12 crianças com menos de 5 anos e 1 em 3 crianças entre os 5 e os 9 anos, apresentam excesso de peso (PNPAS, 2022).

Em crianças de 4 a 9 anos, a ingestão energética é maior comparativamente com valores recomendados, observando-se também a mesma tendência na ingestão de proteína, evidente particularmente no sul da Europa e na ingestão de gordura e açúcar. A par deste excesso energético encontra-se também uma atividade física diária inferior ao recomendado (DGS,2020).

A associação de uma alimentação de má qualidade com uma prática de atividade física reduzida contribui para a prevalência elevada não só de obesidade como de doenças associadas (DGS,2020).

Relativamente à atividade física e comportamentos sedentários, existiu um aumento na ordem dos 2,2 pontos percentuais (p.p.) a 9,3 p.p., verificando-se um maior aumento no uso do computador para jogos de 18% para 27,4%. As atividades sedentárias, nomeadamente os passatempos recreativos em frente aos ecrãs, podem diminuir a saúde metabólica das crianças, aumentar a sua quantidade de gordura corporal, reduzir o comportamento social e ainda interferir negativamente na duração e qualidade do sono. Segundo o PNPAF (2017) estima-se que, em Portugal, as crianças e adolescentes entre os 6-14 anos dediquem em média perto de 9 horas por dia em comportamentos sedentários. De modo a diminuir esses comportamentos, a OMS (2020) recomenda que as crianças pratiquem, em média, 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa e preferencialmente aeróbia ou então atividades aeróbias de intensidade vigorosa e/ou de fortalecimento muscular e ósseos, pelo menos 3 dias por semana. Contudo é importante reforçar que praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma, sendo que as crianças devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo (OMS, 2020).

Dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) (2015-2016) indicam que na Região Centro do país, os valores de sedentarismo nas crianças e jovens é de 44,4%, sendo que 38,5% veem televisão durante 2 horas ou mais durante a semana (78,6% ao fim-de-semana). Cerca de 53,2% das crianças e adolescentes na Região Centro, cumprem a recomendação de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia. Quanto à

prática de atividade física desportiva ou de lazer regular, o valor é de 41,8% a nível nacional, atingindo 59% na faixa 3-17 anos. A Região Centro apresenta 41,1%.

Recomendações recentes da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024), relativamente à utilização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica, indicam que crianças com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos, devem manter limites consistentes, limitando o uso de ecrãs até uma hora por dia e acautelando que a sua utilização não prejudique a interação social, comportamental, rotinas de sono ou que leve à evicção de atividade física ou de outras atividades promotoras de bem-estar e saúde à criança. Reforça que os ecrãs não devem ser utilizados como método de controlo de birras ou de facilitador de refeições em qualquer idade, privilegiando o conteúdo educativo e de qualidade, com horários bem estabelecidos e regras. A utilização em conjunto com o adulto responsável, é aconselhado, pois permite que a criança consiga entender o que está a ver e aplicar o que aprende ao mundo que o rodeia. As famílias devem ainda restringir-se às indicações da legislação portuguesa que visa a permissão de redes sociais a partir dos 16 anos.

2.1.2 Papel dos pais e/ou EE na prevenção da obesidade infantil

O ambiente familiar circundante da criança, onde se inclui os pais/ cuidadores, é considerado um dos determinantes das preferências alimentares ao longo do crescimento da criança. O envolvimento da mesma com a comida no momento da refeição, a escolha ou preferência alimentar e até o próprio comportamento alimentar são ditadas pelo papel parental, sendo por isso a influencia parental, um dos fatores mais impactantes a nível da seletividade alimentar ou neofobia. Como tal, pais que proporcionem um ambiente positivo à mesa, incentivam a criança à aceitação alimentar (Gerardo & Macan, 2022).

Segundo estudos realizados por Wirthlin et al (2020), existe uma associação significativa entre o comportamento alimentar dos pais e a alimentação das crianças. Os resultados sugerem que quando um pai aumenta as ocasiões em que consome frutas e vegetais na presença dos filhos, as crianças, tendem também a aumentar o seu consumo destes alimentos. Relativamente ao sedentarismo, o comportamento dos pais esteve associado ao comportamento sedentário das crianças.

Existem também práticas que podem condicionar a experiência alimentar da criança, nomeadamente a restrição (pode levar ao aumento do desejo pelo alimento restrito, produzindo um consumo compensatório no futuro), a recompensa com comida (pode desenvolver quadros de compulsividade alimentar em momentos negativos), a utilização da pressão para que a criança coma um determinado alimento (diminui a vontade que a mesma tem em experimentar esse alimento, podendo também alterar mecanismos de saciedade, o que leva a um desajuste na autorregulação da ingesta de acordo com as necessidades

fisiológicas) e a modelagem (que pode ser positiva quando os pais apresentam uma alimentação saudável, ou negativa se for verificado o contrario). Verificou-se ainda que, crianças entre os 5 e 7 anos, com controlo excessivo de ingestão alimentar, podem aumentar o consumo de alimentos hiperpalatáveis para gerir emoções negativas (Gerardo & Macan, 2022). Este tipo de alimentos são ultraprocessados, concebidos para maximizar o prazer sensorial através da combinação de gordura, açúcar e sódio (como as batatas fritas ou gelados), estimulando a libertação de dopamina no cérebro, promovendo o consumo excessivo e ignorando a saciedade.

Sendo a mãe habitualmente a principal cuidadora, estudos consideram que a relação que ela tem com a criança, influencia o desenvolvimento das preferências e perturbações alimentares do filho. O estado emocional e psicológico da mãe vai ter impacto no tipo de oferta alimentar que ela providencia, visto a oferta ser maioritariamente centrada nas preocupações ou expectativas do adulto em detrimento dos sinais da criança (Gerardo & Macan, 2022).

Nos últimos anos, deparamo-nos com uma realidade que tem aumentado, sendo ela as desigualdades socioeconómicas associadas à obesidade. Em Portugal e noutros países europeus, evidencia-se maiores casos de obesidade em crianças proveniente de familiares com menor capacidade económica e com menor escolaridade (DGS,2020), pelo que é imperativo aumentar a literacia de todas as famílias. A literacia em saúde é descrita pela OMS como sendo, não apenas o acesso à informação, mas sim a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde, de modo que os indivíduos consigam utilizar os serviços e tomar decisões de saúde adequadas (WHO,2013).

Ao capacitar os pais na temática da alimentação saudável e prática de exercício físico regular, permite-lhes adquirir ferramentas que consigam utilizar no dia-a-dia familiar, para potenciar a realização de um planeamento e gestão adequada da área em questão. Isto irá traduzir-se para ganhos em saúde para toda a família.

2.1.3 Papel da Escola na prevenção da obesidade infantil

A escola surge com um papel fulcral, pois constitui uma ponte de acesso às famílias. O contexto escolar consiste num espaço privilegiado para a abordagem de várias temáticas, considerando-se um local que pode exercer uma grande influência na adoção de comportamentos benéficos para a saúde individual e coletiva. Ao investir na aquisição de conhecimentos e hábitos no meio escolar, a criança aprende a responsabilizar-se pelo seu próprio bem-estar e saúde, promovendo a autonomia dos seus cuidados pessoais e da sua imagem, pelo que lhe devem ser fornecidas ferramentas para que este realize um constructo positivo (Martins & Borges,2023). Surge aqui o papel fundamental dos docentes e não docentes, como facilitadores desse processo. Segundo Okan et al. (2020), os professores

desempenham um papel importante na promoção da saúde escolar, influenciando a qualidade da educação para a saúde e realizando atividades em sala de aula que visem a aquisição de literacia em saúde. Ademais, os docentes e não docentes com formação em literacia em saúde encontram-se mais bem qualificados para apoiar e potenciar a literacia em saúde em contexto escolar.

Se as crianças forem incentivadas a ter bons hábitos de saúde e estiverem conscientes para esta doença, podem crescer de forma saudável e próspera, tomando decisões ao longo das suas vidas com maior consciência. Além disso, vários estudos demonstram que a aquisição e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis pelas crianças encontra-se fortemente condicionada pelo seu ambiente. Segundo a teoria da aprendizagem social de Bandura (1977), no sistema de aprendizagem social, novos padrões de comportamento podem ser adquiridos por meio da experiência direta ou da observação do comportamento de outras pessoas. Dado a maioria dos comportamentos que as pessoas exibem serem aprendidos, deliberadamente ou inadvertidamente, por meio da influência do exemplo, um bom exemplo é melhor professor do que as consequências de ações não guiadas. Daqui depreende-se que as crianças podem adquirir comportamentos através da observação dos seus pais, EE ou docentes e não docentes da escola (ambiente onde passam uma quantidade significativa de tempo), pelo que quanto melhor for esse exemplo, melhor serão os comportamentos que elas próprias irão adotar. De acordo com a aprendizagem pela observação, se for apenas dito à criança para ser ativo ou ter uma alimentação saudável, necessitando desta aprender por tentativa erro, a mudança de comportamento é menos provável de acontecer. No entanto, se a criança observar alguém a realizar as atividades desejadas, tem maior probabilidade que ela também participe nas mesmas e adote esses comportamentos (Bandura, 1999).

2.2 Referenciais Teóricos e Promoção da Saúde

O projeto de intervenção seguiu o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que tem como foco promover comportamentos saudáveis e capacitar indivíduos para que consigam controlar fatores altamente influenciadores à sua saúde, através do educar, motivar e apoiar comportamentos que melhorem a saúde a longo prazo. Este modelo é vantajoso na implementação de projetos comunitários, uma vez que enfatiza fatores ambientais, psicossociais e culturais que afetam a saúde coletiva, estabelecendo uma articulação integrada entre as características e experiências pessoais, as influências interpessoais e situacionais, e os comportamentos específicos relacionados à saúde dos indivíduos. Tal modelo foi criado em 1982 e revisado pela última vez em 2002, e é considerado uma ferramenta teórico-prática para os enfermeiros conseguirem realizar promoção da saúde

baseada em evidência (Pender et al, 2014). Encontra-se representado num diagrama representado abaixo (figura 2).

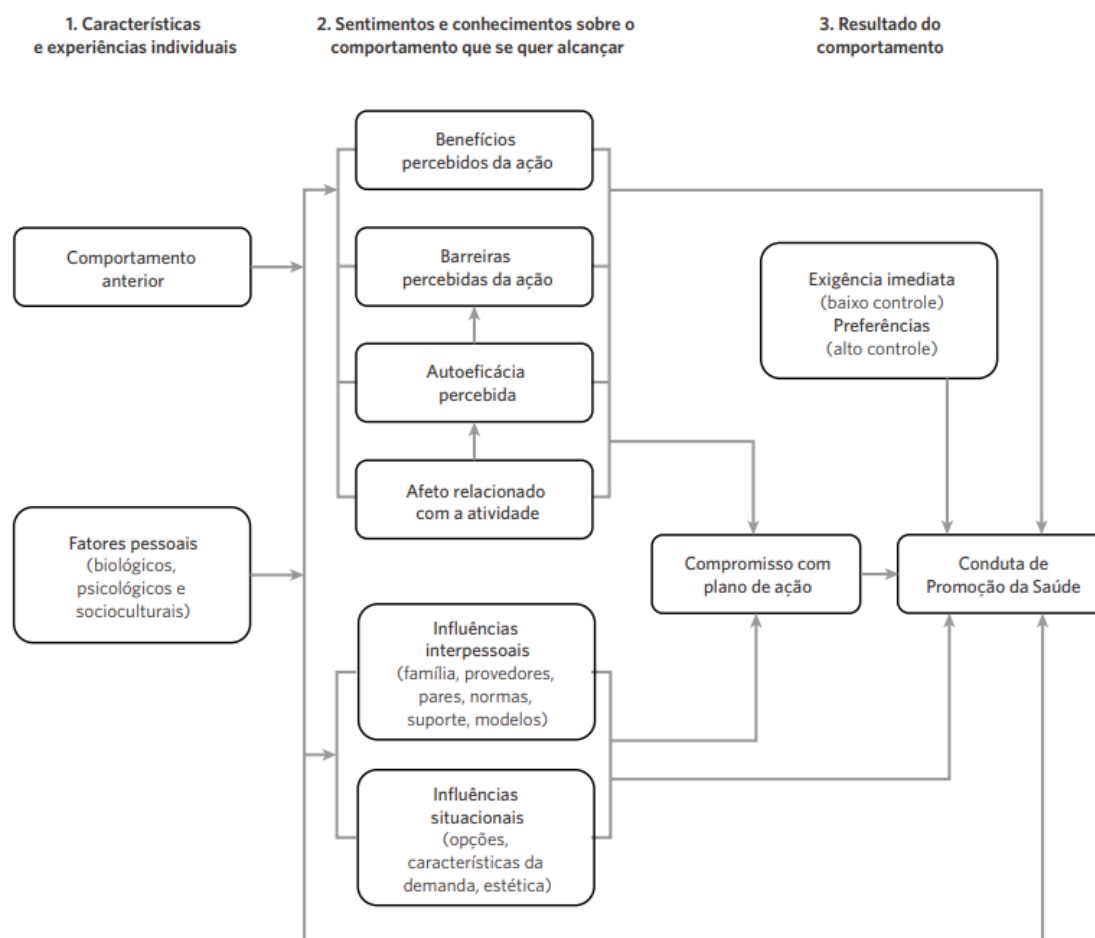


Figura 2: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Revisado)- Fonte: (Pender et al,2014)

O diagrama permite-nos perceber que o modelo é composto por três grandes elementos, encontrando-se representados pelos números 1 (“características e experiências individuais”); 2 (“sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar”) e 3 (“resultado do comportamento”). Cada um deles encontra-se subdividido em variáveis, pelo que se depreende que:

- ✓ As características individuais e experiências - compreendem o comportamento anterior, que consiste no que deve ser alterado, juntamente com os fatores pessoais, nomeadamente os biológicos (ex.: idade, percentagem de excesso de peso/obesidade na região), os psicológicos (ex.: auto motivação, autoestima) e os socioculturais (ex.: nível socioeconómico, literacia em saúde)
- ✓ As cognições específicas de comportamento e afeto - dizem respeito às variáveis com maior significância a nível motivacional, sendo por isso o núcleo primordial do modelo, uma vez poderem ser modificadas através de intervenções. Estas incluem

os benefícios percebidos da ação, que consistem na percepção mental das consequências positivas da mesma e que irão reforçar os efeitos do comportamento. Também tem como variáveis as barreiras percebidas da ação (representam a indisponibilidade, dificuldade, inconveniência ou tempo despendido na ação), a autoeficácia percebida (depreende a percepção pessoal das capacidades para organizar e realizar ações); o afeto relacionado à atividade ou ação (consiste na emoção gerada em resposta ao pensamento de realizar a ação, que pode ser positivo/negativo, agradável/ desagradável). Tem ainda como variável as influências interpessoais, onde se insere o desenvolvimento de sentimentos ou conhecimentos sobre o comportamento influenciado pelos pares ou famílias (que podem não corresponder à realidade) e por fim, as influências situacionais, em que existe a percepção se um contexto ou situação pode ser facilitador ou inibidor do comportamento.

- ✓ Os resultados do comportamento – resultam das exigências imediatas e das preferências do indivíduo, onde se inclui os comportamentos presentes no subconsciente. Abrange ainda as ações que vão permitir manter comportamentos de promoção da saúde (compromisso com o plano de ação) e o resultado da implementação do Modelo (conduta de promoção de saúde).

Assim, atendendo ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a intervenção será estruturada de modo a conseguir atuar sobre determinantes que influenciem a adoção de comportamentos saudáveis, promovendo o desenvolvimento ou manutenção de comportamentos alimentares e de prática de atividade física saudável.

Também segundo Laverack (2022), para atingir metas de promoção de saúde são realizadas abordagens de empoderamento que fortaleçam tanto o indivíduo, grupo ou comunidade, de modo a alcáçar uma vida mais saudável, intervindo na autonomia, controlo geral e habilidades pessoais. As mudanças de comportamento são também utilizadas para promover a saúde, no entanto estas podem levar ao desenvolvimento de autonomia e controlo associadas geralmente a um efeito secundário. Assim, deve ser privilegiada a abordagem de empoderamento como um todo em detrimento à abordagem de mudança de comportamento.

A literacia é uma das ferramentas para o empoderamento. O U.S. Department of Health and Human Services (s.d.) define a literacia em saúde como: “O grau em que os indivíduos têm a capacidade de encontrar, compreender e usar informações e serviços para informar decisões e ações relacionadas com a saúde para si próprios e para os outros”. Por sua vez, Kickbusch et al. (2005) acreditam que a literacia em saúde constitui uma estratégia de capacitação que aumenta o controlo dos indivíduos sobre a sua saúde, pois promove a

capacidade de procurar informação e assumir responsabilidades. Acrescentam ainda à definição a componente social, compreendendo-se como “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político”.

Indivíduos com maior literacia em saúde apresentam um potencial acrescido de maior saúde, menos mortes prematuras e hospitalizações e mais cuidados preventivos e poder de decisão. A literacia permite-lhes realizar escolhas acertadas em saúde, pois compreendem melhor a informação disponível e conseguem aceder e usar os recursos de saúde facilitados, melhorando não só o seu estado biopsicossocial, como também de todos os que dele dependem (Almeida, 2022).

No que se refere à literacia em saúde Nutbeam (2000), desenvolveu o Modelo de *outcomes*, evidenciando a mesma como um *outcome* da promoção da saúde. Este acredita que a literacia em saúde apresenta 3 níveis diferentes, sendo eles a literacia básica/funcional, a literacia comunicativa/interativa e a literacia crítica. A primeira mencionada, corresponde aos conhecimentos de leitura e escritos básicos que possibilitam ao indivíduo compreender informações relativas a fatores de risco para a saúde, permitindo um funcionamento efetivo nas atividades quotidianas. Por sua vez, a literacia comunicativa/interativa, difere da anterior pois acresce à mesma, competências sociais e cognitivas que capacitem o indivíduo a atuar autonomamente, conseguindo tomar decisões relativamente a informações recebidas de outros. Este nível de literacia é considerado um *outcome* de um programa de educação para a saúde para a promoção de comportamentos saudáveis numa escola, por exemplo. Por fim, a literacia crítica, corresponde à capacidade do indivíduo analisar e aceder a informações recebidas de forma crítica, atendendo às suas necessidades, permitindo ao mesmo ter maior controlo relativamente a situações que surjam no âmbito da sua saúde e na dos que o rodeiam. São necessárias competências cognitivas mais avançadas para este nível de literacia, às quais se juntam capacidades sociais e podem ser usadas para exercer maior controlo sobre situações da sua vida.

Segundo o autor, dá-se um aumento progressivo do empoderamento individual e da autonomia do indivíduo, à medida que vai evoluindo para níveis de literacia mais complexos. Nutbeam defende que “A literacia em saúde representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam ao longo das atividades diárias, das interações sociais e através de gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e utilizar informação e serviços de forma a promover e manter uma boa

saúde e bem-estar, para si próprias e para aqueles que as rodeiam” (Nutbeam & Muscat, 2021).

Considerando os conhecimentos, parte integrante da literacia, estes devem ser adquiridos e cimentados pelo indivíduo, pelo que é fundamental proporcionar meios facilitadores ao seu desenvolvimento, nomeadamente através de intervenções de enfermagem. Cristina Almeida na obra “Literacia em saúde: Um desafio emergente” da [REDACTED] (2025), refere que os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na facilitação do acesso, compreensão e utilização da informação em saúde, devendo recorrer a diferentes estratégias, como a educação de conhecimentos, a gamificação, a arte ou o humor, de forma a promover a motivação e a melhoria dos níveis de literacia em saúde ao longo do ciclo vital.

Em Portugal, segundo dados recolhidos pelo Centro de Investigação e Estudos de Sociologia/IUL (2013-15), 38% da população encontra-se no nível “problemático”, 11% “inadequado” e 50% no nível “suficiente” ou “excelente” de Literacia em Saúde, sendo que comparativamente com outros países europeus, Portugal apresenta em média, valores mais baixos de literacia em saúde (Espanha et al, 2016).

A literacia alimentar, por sua vez, refere-se ao “conjunto dos conhecimentos, competências e comportamentos inter-relacionados necessários para planear, gerir, seleccionar, preparar e consumir alimentos de forma a atender às necessidades e ingestão determinadas; condição que capacita os indivíduos, famílias, comunidades ou países a salvaguardar a qualidade da alimentação através do fortalecimento da resiliência em relação à alimentação ao longo do tempo” (Vidgen & Gallegos, 2014 citado em Ribeiro, 2022). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2017) aprovou a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável com intuito a melhorar o estado nutricional da população, incentivando um consumo alimentar adequado, onde um dos eixos estratégicos (eixo 3) incita a desenvolver e promover a autonomia e literacia para a prática de escolhas saudáveis

2.3 Metodologia

A metodologia adotada para este projeto de intervenção baseou-se na Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

A metodologia de planeamento em saúde, desenvolvida por Imperatori e Giraldes (1993), é uma das referências mais consolidadas no contexto do planeamento estratégico de saúde em Portugal. Apresentada no manual da Escola Nacional de Saúde Pública (1993), esta abordagem oferece uma estrutura lógica e sistemática para o desenvolvimento de políticas e intervenções eficazes, assente na análise rigorosa das necessidades em saúde e na definição participada de prioridades. O processo inicia-se com o diagnóstico da situação, que consiste na recolha e interpretação de dados relevantes para conhecer profundamente os problemas

de saúde existentes e os contextos que os influenciam. Segue-se a definição de prioridades, onde os problemas identificados são hierarquizados permitindo concentrar recursos nas áreas de maior impacto. A terceira fase corresponde à fixação de objetivos, que devem ser claros, específicos e mensuráveis, permitindo orientar as estratégias e a avaliação posterior dos resultados. Posteriormente procede-se à seleção de estratégias, identificando as intervenções de enfermagem mais adequadas e exequíveis face aos recursos e realidades locais. Estas estratégias são operacionalizadas através da elaboração de programas e projetos, que pormenorizam as ações a desenvolver, os recursos envolvidos e os cronogramas de execução. A fase de preparação da execução garante a mobilização dos meios necessários, recursos humanos, técnicos e financeiros, para a implementação eficaz das ações planeadas. Por último, a avaliação constitui a última etapa, permitindo monitorizar a concretização dos objetivos e reorientar as ações conforme os resultados obtidos. Esta metodologia valoriza a participação dos diversos intervenientes do setor da saúde e da comunidade, promovendo um planeamento flexível, contextualizado e orientado para a melhoria contínua da saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Estas fases, como ilustrado na figura 3, serviram de orientação para o desenvolvimento deste projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

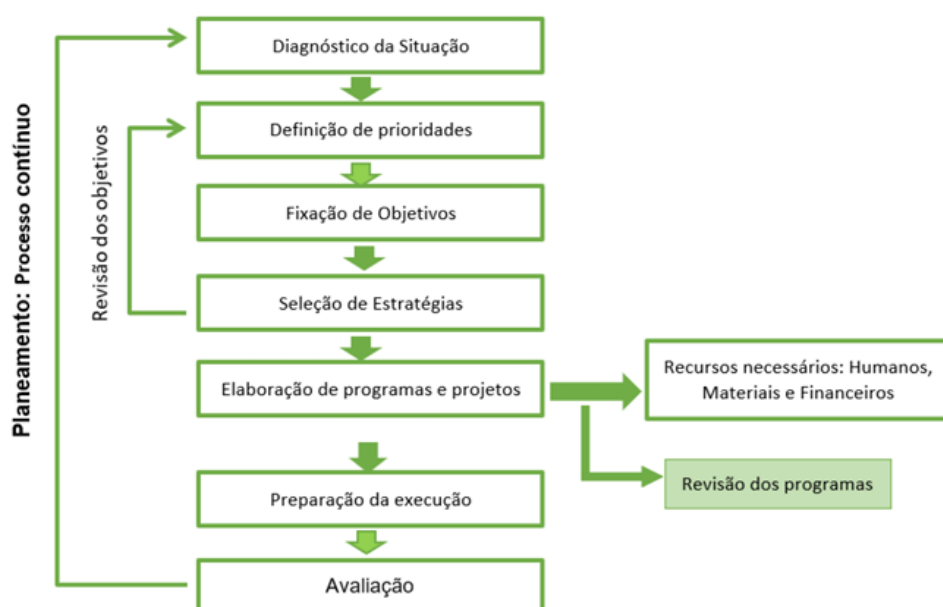


Figura 3 Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde – Fonte: Adaptado de (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.3.1 População Alvo

No concelho onde ocorreu o estágio da UCC, a população escolar é de cerca de 4318 alunos, dispersa por 14 jardins de infância públicos, nove da rede solidária integrados em Instituições Particulares de Solidariedade Social, 17 escolas do 1º CEB, duas Escolas Básicas

com 2.º e 3.º CEB, uma Escola Secundária, uma Escola Básica e Secundária e uma escola de ensino artístico especializado de música, contempladas em três agrupamentos de escolas.

Foi definido como público-alvo todos EE, pais, docentes e não docentes das crianças de primeiro ciclo de um dos agrupamentos de escolas da Região Centro Litoral. A escolha deste agrupamento de escolas, em detrimento dos restantes do concelho, prendeu-se à área de intervenção da equipa de saúde escola, durante o estágio na UCC. O mesmo é constituído por cinco escolas, tendo um parque escolar de 176 alunos e empregando 12 docentes e sete não docentes.

A seleção dos participantes teve como critério de inclusão todos os constituintes da comunidade escolar com mais de 18 anos que sejam incluídos na categoria de EE, pais, docentes ou não docentes do agrupamento escolar mencionado que aceitem participar. O analfabetismo e alterações cognitivas que impossibilitem o preenchimento do questionário, são apresentados como critérios de exclusão.

2.3.2 Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário que foi colocado à população alvo (apêndice 1).

Segundo Fortin (1999), o questionário permite realizar uma colheita de dados que diz respeito não só às ideias e comportamentos dos inquiridos, como também das suas preferências, sentimentos, expectativas e atitudes. É um método pouco dispendioso que permite traduzir os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis.

Previamente à sua aplicação, foi enviado à população-alvo, um consentimento informado, livre e esclarecido, para a participação no projeto de intervenção e investigação (apêndice 2). Neste encontravam-se informações relativas ao mesmo, nomeadamente o nome, enquadramento, explicação do estudo, condições e financiamento e confidencialidade e anonimato. Ao assinar o documento, os participantes consentiam participar no estudo, de forma voluntária, livre de prejuízo e informada, aceitando ainda a utilização dos dados fornecidos para que estes fossem usados para fins da investigação.

Este questionário foi elaborado pela equipa investigadora, utilizando uma primeira parte com questões de caracterização sociodemográfica e a segunda parte a “Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar” que foi desenvolvida e validada à população portuguesa em 2022 (Ribeiro, 2022). A mesma encontra-se dividida em cinco domínios: Planeamento; Gestão; Seleção; Preparação e Consumo.

O Planeamento e a Gestão, associam-se à organização do tempo, dos recursos e do aprovisionamento alimentar, envolvendo a tomada de decisão adequada às necessidades

nutricionais. A Seleção refere-se à escolha informada por parte do consumidor relativamente a alimentos e bebidas, incluindo a compreensão da sua composição, origem, qualidade, rotulagem e armazenamento. A Preparação diz respeito à capacidade de confeccionar refeições equilibradas, utilizando utensílios adequados e respeitando as normas de higiene e segurança alimentar. Por fim, o Consumo abrange tanto o ato alimentar como o seu impacto no bem-estar do consumidor, sustentabilidade e na dimensão social da alimentação, reconhecendo influências de fatores sociais, económicos, psicológicos e culturais.

A utilização do questionário teve como âmbito perceber os conhecimentos que cada elemento do grupo-alvo tem relativamente a hábitos saudáveis alimentares e de atividade física. De modo a garantir a confidencialidade, os questionários aplicados não necessitaram da identificação dos inquiridos, após respondidos foram selados dentro de envelope e colocados numa urna presente nas diversas escolas, tendo estas sido recolhidas pela investigadora. Após a recolha de dados, o procedimento de destruição tem por base a norma regulada pela ULS da Zona Centro, que consiste na trituração mecânica dos questionários numa trituradora com nível de segurança de P-5 (nível alto de segurança) e de seguida enviadas as partículas para a reciclagem.

2.3.3 Questões éticas

Os princípios éticos associados às intervenções comunitárias são de elevada importância, evidenciando-se entre eles a justiça, a autonomia e a beneficência (Andrade & Ribeiro, 2025). Como tal, foi delineada uma intervenção que para ser justa garanta uma distribuição equitativa no acesso aos processos de decisão e aos benefícios da mesma. Potencia a autonomia, pois implica um empoderamento à comunidade através de ferramentas de domínio cognitivo da liderança comunitária, que asseguram a sua liberdade de decisão. E ainda, baseia-se num princípio de beneficência através de um enquadrando, em si, de não maleficência que garante o bem da comunidade. Atende também a princípios bioéticos, de forma a potencializar a dignidade da comunidade e respeitar os seus direitos, promovendo os cuidados centrados na mesma (Andrade & Ribeiro, 2025)

Para cumprir os princípios éticos mencionados, foi submetido um pedido de parecer à Comissão de Ética do IPV (anexo 1) para a realização do estudo, tendo este sido favorável (Parecer nº 52/SUB/2025 - anexo 2). Ademais, foi realizado um pedido de autorização ao diretor do agrupamento via email, tendo este sido aceite, bem como solicitada autorização à autora da “Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar”, para utilização da mesma, encontrando-se em anexo o pedido com a resposta positiva (anexo 3). Evidencia-se ainda o pedido de consentimento informado a todos os participantes do estudo, já mencionado

anteriormente, bem como todas as medidas realizadas no processo de recolha e destruição dos questionários.

2.4 Diagnóstico de situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação, que permite determinar o estado de saúde da população, os seus principais problemas de saúde e ainda os seus fatores determinantes (Tavares, 1990). O presente diagnóstico de situação teve como objetivo geral a prevenção do excesso de peso e obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas da Região Centro Litoral de Portugal, através da aquisição de conhecimentos por parte dos pais, EE, docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis.

A análise dos dados recolhidos através do questionário possibilitou perceber a literacia de cada participante relativamente à alimentação e atividade física, tornando-se essencial para estabelecer estratégias de intervenção adequadas.

O tratamento estatístico foi realizado com o suporte do software IBM SPSS *Statistics*, versão 29.0.1.0. Para a caracterização da amostra e das variáveis em estudo, recorreu-se à estatística descritiva, através do cálculo de medidas de tendência central e de dispersão, nomeadamente média ($\bar{x}$), desvio padrão (Dp) e mediana, para as variáveis quantitativas. Para as variáveis ordinais e nominais, foram apuradas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Posteriormente, foi utilizada estatística inferencial, através do teste de Mann-Whitney para grupos independentes, para comparação dos resultados pré e pós-intervenção, permitindo identificar eventuais diferenças estatisticamente significativas associadas à intervenção, considerando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Dos 195 consentimentos informados entregues no agrupamento escola, foram recebidos 150 a autorizar a participação no projeto. Relativamente aos questionários, dos 150 recebidos dois questionários não foram preenchidos corretamente, encontrando-se sem a maioria das respostas e 1 não cumpria o critério de inclusão de pais de crianças do primeiro ciclo, obtendo-se assim 147 questionários para análise de dados, o que corresponde a 75,38% da população-alvo.

Como tal, a amostra é constituída por 147 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 62 anos, apresentando uma média, aproximadamente, de 41 anos ($\bar{x}=41,11$; $Dp=6,92$). O agregado familiar da amostra tem na sua constituição entre dois e sete membros, apresentando uma média de 3,89, o que sugere, na maioria dos casos, contextos familiares nucleares.

Observa-se predominância do sexo feminino (93,2%), sendo a representação masculina apenas de 6,1%. No que concerne ao papel desempenhado na vida da criança, mais de metade dos inquiridos identifica-se como pais (55,8%), seguindo-se aqueles que acumulam a função de pais e EE (30,6%) e ainda a participação de professores (8,2%) e não docentes (4,8%). Relativamente ao grau de parentesco, a maioria dos participantes são mães (81,6%), uma percentagem de 11,6% indicou não possuir relação de parentesco direta com a criança, o que poderá estar associado à participação de profissionais do contexto escolar e a representação com menor percentagem é a dos pais, com 5,4%.

Quanto ao nível de escolaridade, destaca-se uma maior representatividade de participantes com ensino superior (42,9%) e ensino secundário (34,7%), verificando-se ainda 12,2% com mestrado ou doutoramento. Os restantes participantes (10,20%) apresentam um nível de escolaridade inferior ou igual ao 3º ciclo. A maioria dos inquiridos encontra-se empregada (91,8%) e possui nacionalidade portuguesa (95,9%), sendo residual a percentagem de outras nacionalidades, encontrando-se presente apenas a brasileira (4,1%).

Os presentes dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra encontram-se representados na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	N	%	$\bar{x}$	Dp	Min.-Máx.
Idade (anos)	144	100,0	41,11	6,92	22,00–62,00
Sexo	147	100,0	-	-	-
Feminino	137	93,2	-	-	-
Masculino	9	6,1	-	-	-
“Prefiro não responder”	1	0,7	-	-	-
Papel na vida da criança	147	100,0	-	-	-
Pais	82	55,8	-	-	-
EE	1	0,7	-	-	-
Professor	12	8,2	-	-	-
Não docente	7	4,8	-	-	-
Pais e EE	45	30,6	-	-	-
Grau de parentesco com a criança	147	100,0	-	-	-
Pai	8	5,4	-	-	-
Mãe	120	81,6	-	-	-
Outro	2	1,4	-	-	-
Nenhum	17	11,6	-	-	-
Nível de escolaridade	147	100,0	-	-	-

1º Ciclo	2	1,4	-	-	-
2º Ciclo	4	2,7	-	-	-
3º Ciclo	9	6,1	-	-	-
Ensino Secundário	51	34,7	-	-	-
Ensino Superior	63	42,9	-	-	-
Mestrado/Doutoramento	18	12,2	-	-	-
Situação Profissional	146	100,0	-	-	-
Empregado	134	91,8	-	-	-
Desempregado	12	8,2	-	-	-
Nacionalidade	147	100,0	-	-	-
Portuguesa	141	95,9	-	-	-
Brasileira	6	4,1	-	-	-
Nº elementos do agregado familiar	124	-	3,89	0,81	2 - 7

Nota: Registaram-se alguns valores omissos em variáveis específicas, decorrentes da não resposta pontual a determinadas questões do questionário.

2.4.1 Problemas identificados

De modo a identificar potenciais problemas na literacia dos participantes relativamente à alimentação saudável, foram analisadas as respostas à “Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar”, por domínio. Quanto aos conhecimentos relativos à prática de atividade física e sedentarismo, foram avaliados através de questões direcionadas a esse âmbito.

As respostas relativas ao domínio “**Planeamento**”, presentes na tabela 2, demonstram a capacidade de aceder e compreender informação nutricional, assim, depreende-se que a maioria dos participantes considera ser fácil ou muito fácil encontrar informações sobre valores nutricionais (89,8%) e compreender conselhos de profissionais de saúde (97,3%). Contrariamente, quando as tarefas necessitam de maior capacidade de análise, como compreender a lista de ingredientes, avaliar a adequação da informação nutricional às necessidades individuais ou utilizar essa informação para satisfazer necessidades específicas, verifica-se um aumento das respostas nas categorias “difícil” e “muito difícil”. Destaca-se que 34,7% dos participantes referem ser dificuldade em utilizar informações alimentares para satisfazer necessidades nutricionais, sugerindo que, o desafio não se encontra tanto no acesso à informação, mas sim na sua interpretação e utilização prática.

Tabela 2: Análise das respostas ao Domínio do Planeamento

Itens do domínio do Planeamento	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Encontrar informações sobre os valores nutricionais dos alimentos/bebidas	132 (89,8%)	15 (10,2%)
Aceder a informação que permita reconhecer as vantagens e desvantagens de um produto alimentar	120 (81,6%)	27 (18,4%)
Compreender os conselhos alimentares e ou nutricionais dados pelos profissionais de saúde	143 (97,3%)	4 (2,7%)
Compreender a informação presente na lista de ingredientes de um produto alimentar	104 (70,7%)	43 (29,3%)
Avaliar as vantagens e desvantagens dos alimentos/bebidas comprados em comparação com produtos semelhantes ou substitutos	106 (72,1%)	41 (27,9%)
Avaliar se a informação nutricional que dispõe permite adequar o consumo alimentar às necessidades em termos de saúde	104 (70,7%)	43 (29,3%)
Identificar os produtos a adquirir equilibrando necessidades nutricionais e considerando o tempo, equipamentos e habilidades culinárias	107 (72,8%)	40 (27,2%)
Utilizar informação alimentar que dispõe para satisfazer as necessidades nutricionais	96 (65,3%)	51 (34,7%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”.

No que diz respeito às competências de gestão alimentar, presentes no domínio da **Gestão** e representados na tabela 3, observa-se que a maioria dos participantes considera ser “fácil” ou “muito fácil” compreender o orçamento destinado à alimentação (84,4%) e priorizar a compra de alimentos saudáveis dentro desse orçamento (83,7%). Contudo, quando as tarefas implicam maior planeamento e organização, como planear compras com base no orçamento ou organizar uma ementa semanal diversificada proveniente de diferentes fontes, verifica-se um aumento das respostas na categoria “difícil” e “muito difícil”, atingindo 29,9% e 32,7%, respetivamente.

Estes resultados sugerem que, apesar de existir uma perceção positiva relativamente à gestão financeira da alimentação, pode haver desafios ao nível do planeamento prático e sistemático das escolhas alimentares no dia-a-dia.

Tabela 3: Análise às respostas ao Domínio da Gestão

Itens do domínio da Gestão	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Compreender que quantia do orçamento mensal se destina a alimentação considerando o número de pessoas do agregado familiar	124 (84,4%)	23 (15,6%)
Priorizar compra de produtos mais saudáveis em função do orçamento	123 (83,7%)	24 (16,3%)
Utilizar algum tempo da semana para o planeamento e aquisição de alimentos/bebidas em função do orçamento	103 (70,1%)	44 (29,9%)
Planear a ementa semanal de forma a adquirir alimentos/bebidas através de diferentes fontes	99 (67,3%)	48 (32,7%)
Decidir seguir um padrão alimentar mais saudável sendo ao mesmo tempo amigo do ambiente	108 (73,5%)	39 (26,5%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”.

No domínio da **Seleção**, representado na tabela 4, verifica-se que a maioria dos participantes refere facilidade na compreensão de prazos de validade (97,3%) e recomendações alimentares e nutricionais (91,8%). Observa-se também uma perceção positiva relativamente à compreensão de alimentos que previnem doenças crónicas e à utilização da informação contida no guia alimentar. Surgem, no entanto, maiores dificuldades na interpretação de selos e certificações (27,9%) e na avaliação da saúde dos alimentos com base na rotulagem frontal, onde 29,9% referem dificuldade.

Estes resultados sugerem que, embora exista uma boa perceção global de compreensão da informação nutricional, persistem dificuldade na interpretação de elementos mais técnicos ou específicos da rotulagem alimentar, o que pode influenciar as decisões de compra de alimentos/ produtos.

Tabela 4: Análise dos resultados do domínio Seleção

Itens do domínio da Seleção	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Compreender que um alimento/bebida mais processado pode ter aditivos ou outras substâncias químicas	128 (87,1%)	19 (12,9%)
Compreender as diferentes formas de apresentação dos prazos de validade nos alimentos	143 (97,3%)	4 (2,7%)

Compreender a informação presente nas alegações nutricionais e de saúde constantes nos rótulos	126 (85,7%)	21 (14,3%)
Compreender a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares	125 (85,0%)	22 (15,0%)
Compreender a informação transmitida por selos ou classificações	106 (72,1%)	41 (27,9%)
Compreender a informação sobre alimentação e nutrição através das diversas fontes	121 (82,3%)	26 (17,7%)
Compreender as recomendações alimentares e nutricionais para seguir um padrão alimentar saudável	135 (91,8%)	12 (8,2%)
Compreender que tipo de alimentos ajudam a prevenir doenças crónicas	132 (89,8%)	15 (10,2%)
Avaliar se um alimento/bebida é saudável em função da informação presente na frente da embalagem	103 (70,1%)	44 (29,9%)
Decidir sobre a escolha de alimentos/bebidas com características nutricionais mais adequadas	116 (78,9%)	31 (21,1%)
Selecionar produtos com base na informação do rótulo	119 (81,0%)	28 (19,0%)
Utilizar a informação contida no guia alimentar	128 (87,1%)	19 (12,9%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”.

Relativamente ao domínio da **Preparação**, representado na tabela 5, verifica-se que a maioria dos participantes refere ter facilidade na aplicação de princípios de higiene e segurança dos alimentos (85,7%) e no armazenamento adequado de alimentos e bebidas (90,5%). Identifica-se também que há uma perceção positiva na identificação de técnicas culinárias que reduzam desperdícios, bem como na avaliação de métodos culinários que sejam adequados aos recursos disponíveis. No entanto, observa-se maior dificuldade na compreensão da informação sobre alergénicos no rótulo, havendo 27,2% dos inquiridos a classificar como “difícil” ou “muito difícil”, e ainda na capacidade de alterar receitas sem comprometer o resultado, onde 26,5% referem dificuldade. Tais resultados demonstram que, embora exista uma perceção global positiva das competências práticas relacionadas com a preparação alimentar, ainda persistem desafios.

Tabela 5: Análise dos resultados do domínio Preparação

Item do domínio da Preparação	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
-------------------------------	------------------	-------------------

Encontrar informações sobre boas práticas de higiene e segurança alimentar	122 (83,0%)	25 (17,0%)
Compreender a informação sobre alergénios existente nos rótulos dos produtos alimentares	107 (72,8%)	40 (27,2%)
Compreender que alimentos conjugar dentro dos que dispõe para preparar uma refeição saudável	125 (85,0%)	22 (15,0%)
Identificar os métodos de confeção culinária que permitem preservar os nutrientes dos alimentos	116 (78,9%)	31 (21,1%)
Avaliar qual o melhor método de confeção culinária em função dos alimentos, utensílios e equipamentos de cozinha que dispõe	122 (83,0%)	25 (17,0%)
Identificar as técnicas e métodos culinários que permitem uma redução do desperdício alimentar	124 (84,4%)	23 (15,6%)
Em caso de falta de ingredientes ou de querer experimentar novos ingredientes fazer, alterações nas receitas (escritas ou não) sem comprometer o resultado	108 (73,5%)	39 (26,5%)
Aplicar princípios básicos de higiene e segurança dos alimentos	126 (85,7%)	21 (14,3%)
Armazenar corretamente os alimentos/bebidas	133 (90,5%)	14 (9,5%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”.

Por fim, no domínio do **Consumo**, representado na tabela 6, observa-se que há, na sua generalidade, uma perceção positiva relativamente à importância do consumo sustentável e ao reconhecimento da influência de fatores externos nas escolhas alimentares, com a maioria dos participantes a indicar facilidade nestas dimensões. Contudo, verifica-se mais dificuldade na identificação de repercussões sociais e ambientais associadas aos alimentos (45,6%) e ainda em encontrar informações sobre como mudar os hábitos alimentares de modo a contribuir para o desenvolvimento territorial local (40,8%). Estes resultados sugerem que, embora haja consciência quanto à relevância do consumo sustentável, existe ainda dificuldade na compreensão aprofundada dos impactos sociais, económicos e ambientais das escolhas alimentares, o que pode limitar a adoção de práticas mais sustentáveis no quotidiano.

Tabela 6: Análise dos resultados do domínio Consumo

Item do domínio do Consumo	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Aceder a informação para seleccionar produtos mais sustentáveis	102 (69,4%)	45 (30,6%)

Encontrar informação sobre impactos socioeconómicos e ambientais	80 (54,4%)	67 (45,6%)
Encontrar informação sobre como mudar os hábitos alimentares de modo a contribuir para o desenvolvimento territorial local	87 (59,2%)	60 (40,8%)
Aceder a informação para perceber se pode incluir os produtos na alimentação habitual para um bom estado nutricional	116 (78,9%)	31 (21,1%)
Reconhecer quando os comportamentos de consumo alimentar são influenciados por fatores externos	127 (86,4%)	20 (13,6%)
Compreender a importância de consumos alimentares sustentáveis para a preservação do ambiente e a promoção de uma sociedade mais justa e uma economia mais viável para todos	126 (85,7%)	21 (14,3%)
Avaliar que escolhas alimentares permitem melhorar a preservação da biodiversidade das espécies animais e vegetais	105 (71,4%)	42 (28,6%)
Avaliar o custo-benefício do consumo de produtos sustentáveis	106 (72,1%)	41 (27,9%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”.

Após analisar os resultados de todos os domínios, foi realizada a média para as percentagens de “facilidade” (onde se insere o “muito fácil” e o “fácil”) e “dificuldade” (incluindo-se o “difícil” e “muito difícil”) de cada domínio, encontrando-se representada na tabela 7. Estes dados permitem depreender que a dimensão com maior facilidade é o Planeamento e com mais dificuldade é o Consumo.

Tabela 7: Médias globais de Facilidade Vs Dificuldade para cada domínio

Domínio	$\bar{x}$ de Facilidade (%)	$\bar{x}$ de Dificuldade (%)
Planeamento	77,5%	22,5%
Gestão	75,8%	24,2%
Seleção	84,0%	16,0%
Preparação	81,9%	18,1%
Consumo	72,2%	27,8%

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

De notar que os resultados da análise dos questionários evidenciam um nível global positivo de literacia alimentar, na amostra estudada, particularmente no domínio relacionado com o acesso à informação e aplicação de princípios básicos de higiene e segurança alimentar.

A elevada percentagem de respostas nas categorias de facilidade poderá estar associada ao nível de escolaridade predominante na amostra, onde se verifica uma forte representação de participantes com escolaridade igual ou superior ao ensino secundário. Contudo, as dimensões que exigem maior capacidade crítica e interpretação técnica, como é o caso da leitura aprofundada de rótulos, a interpretação de selos de certificação e a avaliação de impactos ambientais, apresentam níveis mais elevados de dificuldade.

Por sua vez, no que diz respeito aos conhecimentos e comportamentos alimentares e de atividade física questionados aos participantes através das restantes questões do questionário, encontra-se presente na tabela 8.

Tabela 8: Conhecimentos e comportamentos dos participantes sobre alimentação, atividade física e sedentarismo

Variável	Categoria	Frequência absoluta (n)	Percentagem (%)
Considera ter uma alimentação saudável?	Sim	143	97,3
	Não	4	2,7
Pratica atividade física regularmente?	Sim	73	49,7
	Não	74	50,3
Conhecimento das recomendações da OMS sobre atividade física no adulto	Não Sabe	79	53,7
	Sabe	68	46,3
Conhecimento das recomendações da OMS sobre atividade física na criança	Não sabe	99	67,8
	Sabe	47	32,2
Conhecimento sobre o que é o sedentarismo	Sim	137	93,2
	Não	10	6,8

Nota: As variáveis “frequência de atividade física” para adultos e crianças apresentaram respostas abertas não agrupáveis.

Após análise dos dados apresentados na tabela anterior, observa-se que a maioria dos mesmos considera ter uma alimentação saudável (97,3%), revelando uma perceção bastante positiva dos seus comportamentos alimentares. No que se refere à prática de atividade física, os resultados indicam que 49,7% dos participantes referem praticar regularmente atividade física, enquanto 50,3% afirmam não o fazer. Esta proporção evidencia que metade da amostra se encontra fisicamente inativa, apesar da elevada perceção de alimentação saudável. Este desalinhamento sugere que, apesar da valorização da alimentação, a atividade física pode não ser encarada com a mesma prioridade no quotidiano.

Relativamente às recomendações da OMS sobre a prática de atividade física, a maioria dos participantes afirma não saber quais são as aconselhadas para adultos (53,7%). Esta tendência tornando-se ainda mais evidente quando se analisam as recomendações dirigidas a crianças, onde 67,8% dos respondentes indicam desconhecimento. Esta falta de

conhecimento constitui um dado relevante, atendendo a que, estas diretrizes são fundamentais para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de excesso de peso infantil. O facto de dois terços da amostra não conhecerem as recomendações de atividade física infantil indica uma lacuna significativa de literacia nesta área, especialmente entre os adultos responsáveis pelas decisões de saúde das crianças.

Por outro lado, verifica-se que 93,2% dos participantes afirmam compreender o conceito de sedentarismo, demonstrando elevada familiaridade com este comportamento de risco. Isto pode sugerir que o conceito está amplamente disseminado, possivelmente devido à divulgação pública sobre os riscos associados a comportamentos sedentários. No entanto, conhecer o conceito não significa que haverá automaticamente a adoção de comportamentos protetores, o que pode justificar a elevada taxa de inatividade encontrada.

De notar que as variáveis de frequência de atividade física apresentaram respostas abertas e heterogêneas, impossibilitando a categorização direta. Porém, estas respostas possibilitam ao investigador saber se os participantes que optaram por assinalar que sabem quais são as recomendações, têm conhecimentos acertados ou não, sobre as mesmas. Como tal, apesar de várias respostas nesse campo, foi aferido que apenas nove participantes indicaram corretamente os valores recomendados. A maioria dos participantes apresentou respostas incorretas ou pouco específicas, sugerindo uma baixa literacia relativamente às recomendações oficiais de atividade física.

Por fim, foram também analisadas as respostas às questões respondidas apenas pelos participantes com filhos/educandos. A amostra de crianças apresenta idades compreendidas entre os 6 a 10 anos, sendo a idade média de $7,4 \pm 1,2$ anos e a mediana de 7 anos. Destes, 53,2% são do sexo masculino e 46,0% do sexo feminino. A maioria dos mesmos pratica atividade física regular (86,5%), e 13,5% não o faz. Este resultado contrasta com os valores observados nos adultos, onde a prática de atividade física é consideravelmente mais baixa. Quanto ao tempo de ecrã, todas as respostas abertas foram analisadas (1h/dia, 30 min, 2h/dia, 4h por semana, 5h por semana, 40 minutos, “muito pouco”, etc.) e recodificadas de forma a possibilitar uma melhor análise. Assim, foram agrupadas as respostas de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (2024) e representadas na tabela 9.

Tabela 9: Tempo de ecrã nas crianças

Tempo de ecrã diário	Frequência (n)	Percentagem (%)
Até 1 hora por dia (inclusive)	84	57,1
Mais que 1h por dia	63	42,9

A análise dos presentes dados indica que 57,1% dos educandos apresentam um tempo de exposição igual ou inferior a uma hora por dia, enquanto 42,9% ultrapassam esse limite. Apesar da maioria das crianças apresentar um tempo de ecrã relativamente reduzido, uma proporção significativa passa mais de uma hora por dia exposta a ecrãs, o que pode contribuir para o aumento do sedentarismo, alterações do sono e para a redução do tempo dedicado a atividades físicas ou recreativas.

2.5 Determinação de prioridades

A segunda fase do planeamento em saúde corresponde à definição de prioridades, onde segundo Tavares (1990) “é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar”, tratando-se de um processo de tomada de decisão.

Assim, com base na amostra dos 147 questionários preenchidos pelos pais, EE, docentes e não docentes participantes, relativamente à literacia alimentar e aos conhecimentos e hábitos sobre a atividade física e sedentarismo, foram priorizados os problemas de saúde que reúnem a maior percentagem de dificuldade manifestada pelos participantes em cada um dos domínios da escala de literacia alimentar, bem como as principais dificuldades sentidas a nível de conhecimentos sobre atividade física e a percentagem de comportamentos sedentários, sendo eles:

- 27,2% refere dificuldade em compreender a informação sobre alergénios existente nos rótulos dos produtos alimentares;
- 29,9% dos inquiridos revelam dificuldade em avaliar se um alimento/bebida é saudável em função da informação presente na frente da embalagem;
- 34,7% dos participantes têm dificuldade em utilizar informação alimentar que dispõem para satisfazer as suas necessidades nutricionais;
- 32,7% refere ter dificuldade em planear a ementa semanal de forma a adquirir regularmente os alimentos/bebidas que necessitam através de diferentes fontes (mercado, peixaria, talho);
- 42,9% das crianças, a cargo dos participantes, passam mais que uma hora por dia em frente a ecrãs;
- 45,6% têm dificuldade em encontrar informação sobre as repercussões sociais, económicas e ambientais (sustentabilidade, poluição, desertificação, equidade) relacionadas com os hábitos alimentares;
- 50,3% dos participantes não pratica atividade física regularmente
- 53,7% refere não saber quais as recomendações de atividade física semanal para adultos;

- 67,8% dos participantes não sabe quais são as recomendações de prática de atividade física para as crianças.

Os problemas identificados foram integrados numa abordagem interventiva global, dado apresentarem forte inter-relação no contexto da prevenção da obesidade infantil.

2.6 Objetivos do projeto de intervenção

Segundo Tavares (1990), um objetivo consiste no “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” A determinação de objetivos é uma etapa fundamental na Metodologia do Planeamento em Saúde, após ter sido realizado o diagnóstico de saúde e o estabelecimento de prioridades.

O objetivo geral do presente estudo é prevenir o excesso de peso e obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas da Região Centro Litoral de Portugal, através da aquisição de conhecimentos por parte dos pais, EE, docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis, até ao final do ano letivo de 2025/2026.

Os objetivos específicos são:

- ✓ Aumentar em pelo menos 30% os conhecimentos dos EE, pais, docentes e não docentes dos alunos do 1.º ciclo do agrupamento de escolas onde será realizado o projeto de intervenção sobre hábitos de alimentação saudável para a prevenção de excesso de peso e obesidade das crianças, até ao final do 1.º período letivo de 2025/2026, avaliados através de um questionário aplicado antes e após a sessão educativa.
- ✓ Aumentar em pelo menos 30% os conhecimentos dos EE, pais, docentes e não docentes dos alunos do 1.º ciclo do agrupamento de escolas onde será realizado o projeto de intervenção sobre hábitos de atividade física saudável na prevenção de excesso de peso e obesidade das crianças, até ao final do 1.º período letivo de 2025/2026, avaliados através de um questionário aplicado antes e após a sessão educativa.
- ✓ Promover a participação de pelo menos 40% dos pais e EE na sessão de educação para a saúde (SES), até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam comportamentos saudáveis em contexto familiar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.
- ✓ Promover a participação de pelo menos 90% docentes na SES, até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam

comportamentos saudáveis em contexto escolar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.

- ✓ Promover a participação de pelo menos 50% não docentes na SES, até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam comportamentos saudáveis em contexto escolar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.

2.7 Seleção de estratégias

A seleção de estratégia, consiste na etapa seguinte à fixação de objetivos, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) no processo de metodologia do Planeamento em Saúde. É nesta etapa que será traçado o processo mais adequado para atingir os objetivos definidos.

Como tal, surgiu como principal estratégia neste projeto de intervenção a educação para a saúde, através de uma SES.

É também importante referir o contributo do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender pois constituiu uma estratégia estruturante para a planificação das atividades e para a definição das intervenções. Assim, procurou-se inicialmente identificar os comportamentos prévios relacionados com a alimentação, a atividade física e o tempo de ecrã das crianças, bem como os conhecimentos e comportamentos que cada um dos participantes tinha nessa área. As intervenções foram planeadas com intuito de reforçar os benefícios percebidos da adoção de estilos de vida saudáveis e reduzir barreiras identificadas pelos pais, EE e profissionais escolares, e aumentar a perceção de autoeficácia na implementação de práticas alimentares equilibradas e na promoção da atividade física. Neste sentido, foram previstas estratégias educativas e participativas como a SES.

2.8 Elaboração do Projeto de intervenção

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) um projeto define-se como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”. Assim, foi delineado um cronograma (apêndice 3) com as várias etapas do projeto e o seu período temporal. O cronograma planeado foi cumprido com a exceção da partilha dos resultados que ficou planeado para o mês de abril.

Após o tratamento dos dados obtidos, a intervenção foi dirigida consoante os mesmos, sendo realizada uma SES sobre a prevenção da obesidade e hábitos saudáveis de alimentação e exercício.

A SES foi planeada para ter a duração de 45 minutos. Esta compreendia um momento de quebra-gelo, onde foi dinamizado um pequeno jogo que compreendia o lançamento de uma bola entre os participantes e quem a recebia tinha de fazer uma breve apresentação e referir um “deslize pouco saudável” relacionado com os seus hábitos de vida, cometido no último ano, bem como um compromisso futuro para tentar cumprir neste novo ano. Este momento seguiu-se da apresentação de um *PowerPoint* (ppt) sobre a temática (apêndice 4). No final, foi disponibilizado aos participantes um *flyer* (apêndice 5) com um “descodificador de rótulos” para facilitar a leitura dos mesmos, sobre a forma de um código Q R.

A SES foi realizada em dois momentos, agrupando duas escolas de áreas geográficas próximas, tendo sido esta divisão realizada por sugestão do agrupamento, de modo a acomodar no espaço indicado os interessados à participação da SES. As datas e horas definidas foram em concordância com a disponibilidade do agrupamento, bem como com o horário de maior afluência dos pais, que coincidia com a hora de saída das crianças da escola. De maneira a potencializar a participação dos pais e EE na SES, foi permitido que os seus filhos ou educandos atendessem à mesma, desde que conseguissem respeitar as regras de bom comportamento.

A divulgação das sessões contou com a colaboração dos professores do agrupamento de escolas que apelaram aos pais, em parceria com a UCC, à participação nas SES. Após realização das mesmas, a UCC disseminou o projeto de intervenção através das suas redes sociais.

A realização de qualquer projeto implica custos associados, sendo de notar que o presente projeto de intervenção não teve qualquer tipo de financiamento visto ter sido desenvolvido em termos académicos. Como tal, os recursos materiais, foram, na sua maioria, financiados pela enfermeira mestranda. De notar a colaboração da UCC, que disponibilizou não só viatura para as deslocações necessárias, como também as horas afetas da Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar daquele agrupamento. Também a menção de relevo para o agrupamento de escolas que forneceu gratuitamente o espaço físico onde decorreram as SES e os recursos audiovisuais (computador e projetor).

Desta forma, foi realizado um orçamento aproximado com a previsão dos recursos necessários à realização do projeto de intervenção, evidenciados na tabela 8.

Tabela 10: Recursos e previsão de custos dos mesmos

Tipo de recursos	Especificação dos recursos	Custos
Recursos	Enfermeira Mestranda	0€
Humanos	Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar	0€

Recursos Materiais	Material para questionários (papel A4 para impressão, toner, agramos, agramador, caixas de cartão para colocação dos questionários, adesivo, papel para forrar as caixas.)	200€
	Material para flyer (papel A4 para impressão, toner, tesoura)	20€
	Material de suporte à SES (bola, caneta para preenchimento do segundo questionário)	0€
	Sala de aula com computador e projetor	0€
	Viatura	0€
		Total: 220€

2.9 Avaliação e indicadores

A última fase do Planeamento em Saúde é a avaliação e é a etapa onde se pretende determinar a eficácia do percurso desenvolvido através do confronto entre as estratégias e os objetivos (Tavares, 1990).

Para compreender se foi alcançado o objetivo dos pais, EE, docentes e não docentes adquirirem conhecimentos sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis que permitam prevenir o excesso de peso e obesidade nas crianças, foi realizada uma avaliação da intervenção através da definição de indicadores. Estes vão medir os objetivos e determinar a relação entre o diagnóstico de enfermagem e a população avaliada, traduzindo-se em percentagem (Melo, 2020).

Donabedian (2003), referido em Melo (2020), definiu três tipos de indicadores para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, sendo eles indicadores de processo, de resultado e de estrutura.

2.9.1 Indicadores de processo

Os indicadores de processo encontram-se relacionados com a prestação de cuidados de saúde, traduzindo o resultado dos cuidados desenvolvidos em relação aos previstos (Melo, 2020). Assim, foram definidos quatro indicadores de processo para o presente projeto: taxa de SES implementadas; taxa de participação de pais e EE; taxa de participação de docentes e taxa de participação de não docentes.

Relativamente à taxa de SES implementadas, projetou-se que fosse atingido em 100% o número de sessões planeadas em relação ao número de sessões realizadas, tendo este sido alcançado. Este resultado evidencia que as atividades previstas no planeamento foram executadas conforme programado.

- Taxa de SES implementadas: $\frac{n^{\circ} \text{ de SES realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de SES previstas}} \times 100\%$

- Taxa de SES implementadas: $\frac{2}{2} \times 100\% = 100\%$

No que diz respeito à taxa de participação de pais e EE, foi definida como meta que pelo menos 40% dos pais e encarregados de educação participassem na SES, tendo não sido alcançada.

- Taxa de participação de pais e EE nas SES: $\frac{n^{\circ} \text{ de pais e EE participantes na SES}}{n^{\circ} \text{ de pais e EE convidados para a SES}} \times 100$

- Taxa de participação de pais e EE nas SES: $\frac{20}{128} \times 100 \approx 15,6\%$

Foi ainda planeado alcançar uma participação de pelo menos 90% dos docentes na SES e de pelo menos 50% de não docentes. Deste modo, traçou-se a taxa de participação dos docentes nas SES, que consiste na proporção de docentes que participaram na SES, relativamente ao número total de docentes convidados, encontrando-se de seguida representada.

- Taxa de participação de docentes nas SES: $\frac{n^{\circ} \text{ de docentes participantes na SES}}{n^{\circ} \text{ de docentes convidados para a SES}} \times 100$

- Taxa de participação de docentes nas SES: $\frac{7}{12} \times 100 \approx 58,3\%$

Por sua vez, a taxa de participação dos não docentes nas SES, é a razão entre o número de não docentes que participaram nas SES e o número total de não docentes convidados, multiplicado por 100.

- Taxa de participação de não docentes nas SES: $\frac{n^{\circ} \text{ de não docentes participantes na SES}}{n^{\circ} \text{ de não docentes convidados para a SES}} \times 100$

- Taxa de participação de não docentes nas SES: $\frac{0}{7} \times 100 = 0\%$

Assim, verifica-se que, apesar dos esforços, não foram atingidas as metas relativamente à percentagem de participantes de pais, EE, docentes e não docentes, mesmo tendo sido realizadas todas as sessões planeadas.

2.9.2 Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado, encontram-se relacionados com o impacto dos cuidados de saúde nos seus intervenientes, sendo as metas que se indicaram anteriormente. Ao atingir as metas traçadas, é demonstrado o impacto dos cuidados de enfermagem na comunidade em estudo (Melo, 2020). Nesse sentido, como indicador de resultado foi definido o conhecimento adquirido pelos intervencionados no projeto de intervenção. Para isso, foi comparado o nível de conhecimento que a amostra tinha, através do preenchimento no início do projeto de intervenção da Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar com as respostas dos participantes nas SES à mesma, no final da intervenção, na forma de questionário.

A análise das vinte e sete respostas dos intervencionados deu origem às seguintes tabelas onde se encontram as respostas de cada domínio. Na tabela 11 estão representadas as respostas relativamente ao domínio do Planeamento.

Tabela 11: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio do Planeamento

Itens do domínio do Planeamento	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Encontrar informações sobre os valores nutricionais dos alimentos/bebidas	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Aceder a informação que permita reconhecer as vantagens e desvantagens de um produto alimentar	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Compreender os conselhos alimentares e ou nutricionais dados pelos profissionais de saúde	27 (100%)	-
Compreender a informação presente na lista de ingredientes de um produto alimentar	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Avaliar as vantagens e desvantagens dos alimentos/bebidas comprados em comparação com produtos semelhantes ou substitutos	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Avaliar se a informação nutricional que dispõe permite adequar o consumo alimentar às necessidades em termos de saúde	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Identificar os produtos a adquirir equilibrando necessidades nutricionais e considerando o tempo, equipamentos e habilidades culinárias	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Utilizar informação alimentar que dispõe para satisfazer as necessidades nutricionais	25 (92,6%)	2 (7,4%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

Por sua vez, a tabela 12 tem representadas as respostas no domínio da Gestão.

Tabela 12: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio da Gestão

Itens do domínio da Gestão	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Compreender que quantia do orçamento mensal se destina a alimentação considerando o número de pessoas do agregado familiar	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Priorizar compra de produtos mais saudáveis em função do orçamento	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Utilizar algum tempo da semana para o planeamento e aquisição de alimentos/bebidas em função do orçamento	20 (74,1%)	7 (25,9%)
Planear a ementa semanal de forma a adquirir alimentos/bebidas através de diferentes fontes	17 (63,0%)	10 (37,0%)
Decidir seguir um padrão alimentar mais saudável sendo ao mesmo tempo amigo do ambiente	25 (92,6%)	2 (7,4%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

Na tabela 13, encontram-se as respostas relativas ao domínio da Seleção

Tabela 13: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio da Seleção

Itens do domínio da Seleção	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Compreender que um alimento/bebida mais processado pode ter aditivos ou outras substâncias químicas	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Compreender as diferentes formas de apresentação dos prazos de validade nos alimentos	27 (100%)	-
Compreender a informação presente nos alegações nutricionais e de saúde constantes nos rótulos	27 (100%)	-
Compreender a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Compreender a informação transmitida por selos ou classificações	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Compreender a informação sobre alimentação e nutrição através das diversas fontes	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Compreender as recomendações alimentares e nutricionais para seguir um padrão alimentar saudável	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Compreender que tipo de alimentos ajudam a prevenir doenças crónicas	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Avaliar se um alimento/bebida é saudável em função da informação presente na frente da embalagem	25 (92,6%)	2 (7,4%)
Decidir sobre a escolha de alimentos/bebidas com características nutricionais mais adequadas	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Selecionar produtos com base na informação do rótulo	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Utilizar a informação contida no guia alimentar	26 (96,3%)	1 (3,7%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

Na tabela 14, encontram-se os dados relativamente ao domínio da Preparação

Tabela 14: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio da Preparação

Item do domínio da Preparação	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Encontrar informações sobre boas práticas de higiene e segurança alimentar	23 (85,2%)	4 (14,8%)

Compreender a informação sobre alergénios existente nos rótulos dos produtos alimentares	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Compreender que alimentos conjugar dentro dos que dispõe para preparar uma refeição saudável	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Identificar os métodos de confeção culinária que permitem preservar os nutrientes dos alimentos	21 (77,8%)	6 (22,2%)
Avaliar qual o melhor método de confeção culinária em função dos alimentos, utensílios e equipamentos de cozinha que dispõe	22 (81,5%)	5 (18,5%)
Identificar as técnicas e métodos culinários que permitem uma redução do desperdício alimentar	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Em caso de falta de ingredientes ou de querer experimentar novos ingredientes fazer, alterações nas receitas (escritas ou não) sem comprometer o resultado	21 (77,8%)	6 (22,2%)
Aplicar princípios básicos de higiene e segurança dos alimentos	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Armazenar corretamente os alimentos/bebidas	25(92,6%)	2 (7,4%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

A tabela 15 espelha as respostas no domínio do Consumo

Tabela 15: Respostas dos participantes das SES relativamente ao domínio do Consumo

Item do domínio do Consumo	Facilidade n (%)	Dificuldade n (%)
Aceder à informação para selecionar produtos mais sustentáveis	25(92,6%)	2 (7,4%)
Encontrar informação sobre impactos socioeconómicos e ambientais	21 (77,8%)	6 (22,2%)
Encontrar informação sobre como mudar os hábitos alimentares de modo a contribuir para o desenvolvimento territorial local	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Aceder à informação para perceber se pode incluir os produtos na alimentação habitual para um bom estado nutricional	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Reconhecer quando os comportamentos de consumo alimentar são influenciados por fatores externos	26 (96,3%)	1 (3,7%)
Compreender a importância de consumos alimentares sustentáveis para a preservação do ambiente e a promoção de uma sociedade mais justa e uma economia mais viável para todos	22 (81,5%)	5 (18,5%)
Avaliar que escolhas alimentares permitem melhorar a preservação da biodiversidade das espécies animais e vegetais	21 (77,8%)	6 (22,2%)
Avaliar o custo-benefício do consumo de produtos sustentáveis	21 (77,8%)	6 (22,2%)

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

Na tabela 16 evidencia-se a média geral de “facilidade” ou de “dificuldade” em cada domínio da escala.

Tabela 16: Médias globais de Facilidade Vs Dificuldade dos participantes após as SES

Domínio	$\bar{x}$ de Facilidade (%)	$\bar{x}$ de Dificuldade (%)
Planeamento	91,7%	8,3%
Gestão	81,5%	18,5%
Seleção	94,1%	5,5%
Preparação	86,8%	13,2%
Consumo	84,7%	15,3%

Nota: na “facilidade” estão compreendidas as respostas assinaladas no “muito fácil” e “fácil” e na “dificuldade” as respostas assinaladas no “muito difícil” e “difícil”

Ao analisar os resultados obtidos no preenchimento da escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar, antes e após a SES, verifica-se uma tendência de melhoria da literacia alimentar auto-percebida em todos os domínios, encontrando-se essa comparação representada na tabela 17. Apesar de não ter sido possível intervir na totalidade da amostra, foram considerados apenas os resultados dos participantes da SES, para efeitos de comparação

Tabela 17: Comparação das percentagens médias de Facilidade e Dificuldade, de cada domínio, antes e após a intervenção

Domínio	Pré-intervenção Facilidade (%)	Pré-intervenção Dificuldade (%)	Prós-intervenção Facilidade (%)	Prós-intervenção Dificuldade (%)	Variação da Facilidade (p.p.)	Variação da Dificuldade (p.p.)
Planeamento	77,5%	22,5%	91,7%	8,3%	+ 14,2	- 14,2
Gestão	75,8%	24,2%	81,5%	18,5%	+ 5,7	- 5,7
Seleção	84,0%	16,0%	94,1%	5,5%	+ 10,5	- 10,5
Preparação	81,9%	18,1%	86,8%	13,2%	+ 4,9	- 4,9
Consumo	72,2%	27,8%	84,7%	15,3%	+12,5	-12,5
Total	78,28%	21,72%	87,76%	12,16%	+9,5	-9,6

Nota: p.p.=pontos percentuais (representam a diferença aritmética entre dois valores expressões em percentagens). A facilidade corresponde à agregação das respostas “muito fácil” e “fácil”, enquanto a dificuldade corresponde à agregação de respostas “difícil” e “muito difícil”

Observa-se que existiu um aumento das percentagens médias de facilidade, bem como, uma diminuição das percentagens médias de dificuldade, sugerindo uma possível influência favorável da intervenção. O domínio que apresentou uma evolução positiva mais marcada dos conhecimentos foi o do Planeamento, com aumento da facilidade de 77,5% para 91,7%

e redução da dificuldade de 22,5% para 8,3%. Esta evolução pode indicar que, após a SES, os participantes apresentam maior capacidade para procurar, compreender e utilizar informação nutricional no apoio às suas decisões alimentares.

Também no domínio do Consumo evidenciou-se uma melhoria relevante do ponto de vista descritivo, apresentando uma subida de 72,2% para 84,7% na facilidade e uma descida de 27,8% para 15,3% na dificuldade. Isto sugere que existe uma maior consciencialização dos participantes nas SES, no que concerne às escolhas alimentares sustentáveis, aos impactos sociais e ambientais da alimentação e à importância de um consumo mais informado.

No domínio da Seleção, a facilidade aumentou de 84% para 94,1% e a dificuldade diminuiu de 16% para 5,5%. Este resultado aponta para a melhoria da capacidade dos participantes na SES em interpretar rótulos, alegações nutricionais, selos, recomendações alimentares e outras informações pertinentes para a escolha de alimentos/bebidas mais adequados.

Embora menos acentuadas, verifica-se também uma evolução positiva dos conhecimentos, a nível descritivo, nos domínios da Gestão e da Preparação. Na Gestão, a facilidade passou de 75,8% para 81,5%, e a dificuldade passou de 24,2% para 18,5%, evidenciando que os participantes ainda encontram desafios em aspetos relacionados com o planeamento da ementa semanal e com a organização das compras em relação ao orçamento disponível. Por sua vez, na Preparação, a facilidade aumentou de 81,9% para 86,8% e a dificuldade passou de 18,1% para 13,2%, sugerindo ganhos a nível da segurança alimentar, da interpretação sobre alergénicos e da aplicação de técnicas culinárias adequadas.

Atendendo à impossibilidade de emparelhamento dos participantes entre os momentos pré e pós intervenção, decorrente da confidencialidade dos questionários, os dados foram analisados como amostras independentes, recorrendo-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, com o objetivo de avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes antes e após a intervenção. Os resultados obtidos encontram-se representados na tabela 18.

Tabela 18: Resultados do teste não paramétrico de Mann-Whitney

Domínio	U de Mann-Whitney	Z	p-value	Significância
Planeamento	1453,5	-2,349	0,019	Sim
Gestão	1922,0	-0,277	0,782	Não
Seleção	1472,0	-2,289	0,022	Sim
Preparação	1797,5	-0,846	0,398	Não
Consumo	1545,0	-1,930	0,054	Não

Os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos domínios do Planeamento (U=1453,5; Z=-2,349; p=0,019) e da Seleção (U=1472,0; Z=-2,289; p=0,022) sugerindo resultados mais favoráveis nestas dimensões após a intervenção. Por outro lado, nos domínios da Gestão (U=1922,0; Z=-0,277; p=0,782) e da Preparação (U=1797,5; Z=-0,846; p=0,398), não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos dois momentos de avaliação. Relativamente ao domínio do Consumo, apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas (U=1545,0; Z=-1,930; p=0,054), o valor obtido encontra-se muito próximo do limiar de significância estatística.

Para perceber se a meta inicialmente traçada foi atingida, foi necessário calcular o aumento relativo para cada domínio (presente na tabela 19), seguindo-se o cálculo do aumento relativo médio global da escala. Para isso foi utilizada a fórmula:

$$\text{Aumento Relativo} = \frac{\text{Valor Final} - \text{Valor Inicial}}{\text{Valor Inicial}} \times 100\%$$

$$\text{Aumento Relativo} = \frac{\text{Facilidade pós} - \text{Facilidade pré}}{\text{Valor Inicial} \times \text{Facilidade pré}} \times 100\%$$

Obteve-se assim os resultados presentes na tabela 19.

Tabela 19: Aumento Relativo Médio em cada domínio

Domínio	Aumento Relativo (%)
Planeamento	18,3%
Gestão	7,5%
Seleção	12,0%
Preparação	6,0%
Consumo	17,3%

Por sua vez, foi calculada a média simples dos aumentos relativos observados nos cinco domínios da escala, observando-se um aumento relativo médio global de 12,2%.

$$\text{Aumento Relativo médio global} = \frac{\text{soma dos aumentos relativos dos domínios}}{\text{nº de domínios}} \times 100\%$$

$$\text{Aumento Relativo médio global} = 12,2\%$$

Estes resultados indicam que se observou uma tendência de melhoria nos resultados médios de todos os domínios após a intervenção, embora sem significância estatística no domínio da Gestão e da Preparação.

Relativamente à meta inicialmente definida de aumentar em 30% os conhecimentos dos participantes relativamente aos hábitos de alimentação saudável para a prevenção de excesso de peso e obesidade nas crianças, considera-se que a mesma não foi plenamente atingida. Tal conclusão prende-se, por um lado, com o facto do aumento relativo médio global dos níveis de literacia alimentar auto-percebida não ter alcançado esse valor e, por outro lado, com a ausência de uma avaliação quantitativa dos conhecimentos adquiridos noutras áreas abordadas na intervenção, nomeadamente a atividade física, o sedentarismo e o sono. Além disso, considerando que os conhecimentos constituem uma dimensão integrante da literacia alimentar, pode-se afirmar que as melhorias observadas a nível da literacia alimentar auto-percebida, poderão refletir, pelo menos em parte, um aumento dos conhecimentos percecionados pelos participantes. No entanto, melhorias na literacia não se reduzem apenas a melhorias do conhecimento, pelo que não é possível demonstrar empiricamente, através da análise anterior, um aumento de conhecimentos. Assim, não foi possível avaliar de forma global e objetiva o cumprimento integral da meta inicialmente proposta.

No que se refere à meta de aumentar em 30% os conhecimentos dos participantes relativamente aos hábitos de atividade física saudável na prevenção de excesso de peso e obesidade nas crianças, não foi possível avaliar de forma quantitativa. Esta foi considerada como uma das principais limitações do projeto de intervenção, sendo abordado de forma mais profunda no subcapítulo das limitações e melhorias.

2.9.3 Indicadores de estrutura

Por fim, os indicadores de estrutura são referentes aos fatores influenciadores à prestação de cuidados de saúde, devendo ser realizada uma análise das circunstâncias que foram dificultadoras ou facilitadoras ao desenvolvimento do projeto, bem como ao atingimento dos demais indicadores (Melo, 2020). Assim, podemos aferir que no presente projeto de intervenção, existiu uma otimização dos recursos humanos, visto este ter sido desenvolvido pela estudante de mestrado e pela enfermeira de saúde escolar da UCC, não aplicando custos. No entanto, apesar da ausência de custos com recursos humanos representar uma vantagem do ponto de vista económico, pode ser considerado como uma limitação no que consiste à capacidade de sustentabilidade do mesmo no futuro.

Relativamente aos custos materiais e financeiros, verificou-se que foram inferiores ao inicialmente previstos (220€), devido à colaboração da UCC na impressão de alguns questionários, ficando assim com um custo associado de cerca de 180€.

2.10 Limitações e sugestões de melhoria

Os resultados adquiridos relativamente aos indicadores de processo sugerem que apesar da intervenção ter sido implementada na totalidade, conforme o previsto, o nível e adesão da

comunidade educativa foi inferior ao esperado. Tal pode ter limitado o alcance e impacto do projeto de intervenção, pelo que se torna essencial refletir sobre possíveis fatores que possam ter condicionado a participação, como é exemplo a disponibilidade temporal dos participantes, os horários das sessões, ou a percepção de relevância das temáticas abordadas. Surge assim como sugestão a implementação de estratégias que promovam um maior envolvimento e mobilização da comunidade escolar nas atividades de promoção da saúde.

Uma possível estratégia consiste na realização da SES em mais datas, atendendo à disponibilidade da enfermeira da UCC e à autorização do diretor do agrupamento de escolas. A realização da SES num horário pós-laboral mais tardio, para potenciar a participação de não docentes. Reforçar os mecanismos de divulgação das SES, recorrendo a diferentes canais de comunicação como cartazes informativos afixados na escola ou partilha de anúncio informativo no site da escola e nos meios sociais da UCC. Outra sugestão consiste na realização de SES em articulação com outros momentos de presença dos pais na escola, como reuniões de EE ou festas escolares, facilitando assim a sua participação.

Os indicadores de resultado demonstraram que a meta de aumento de 30% de conhecimento nos participantes não foi atingida, podendo ser atribuído a vários fatores nomeadamente à definição de metas excessivamente ambiciosas ou à utilização de um instrumento de avaliação que pode não ser suficiente para determinar objetivamente a aquisição de conhecimentos. Apesar da Escala Auto-percebida de Literacia Alimentar se constituir como um instrumento útil para avaliar a percepção dos participantes relativamente às suas competências e conhecimentos alimentares, trata-se de uma escala que se baseia na percepção dos participantes e que não permite objetivamente confirmar ganhos de conhecimento, reforçando também que a literacia não engloba apenas conhecimentos. Assim, seria recomendável no futuro da investigação, completar a avaliação com instrumentos de medição de conhecimentos mais objetivos, sugerindo-se ainda o reajuste de metas, considerando a duração da investigação.

Verificou-se, no entanto, melhorias consistentes e significativas nos diferentes domínios da literacia alimentar auto-percebida, com um aumento médio de 12,2%.

Por sua vez, relativamente aos indicadores de estrutura, sugere-se aumentar a disponibilidade de profissionais para dar continuidade ao projeto de intervenção.

Uma das principais limitações do presente projeto de intervenção prende-se com a avaliação dos conhecimentos relacionados com a prática de atividade física, sono e comportamentos sedentários, a qual não foi possível realizar com o mesmo nível de profundidade que a literacia alimentar. Esta opção deu-se devido às limitações de tempo e extensão do instrumento de recolha de dados. Ainda assim, estes temas foram abordados

durante a SES e avaliados de forma mais exploratória, através de questões diretas aos participantes, permitindo obter uma percepção geral do nível de conhecimentos adquiridos. No entanto, a ausência de uma avaliação quantitativa limita a comparação direta entre o momento antes e depois da intervenção. Assim, sugere-se a integração futura de questões direcionadas a estas áreas no instrumento de avaliação.

Outra limitação consiste na possibilidade de existir sobreposição entre os participantes dos dois momentos (pré e pós intervenção), no entanto a ausência de identificação dos questionários por motivos de confidencialidade, impossibilitou o emparelhamento dos dados, podendo comprometer a independência entre os grupos.

2.11 Sustentabilidade e disseminação dos resultados

Segundo Laverack (2022), para garantir resultados sustentáveis é necessário potenciar o envolvimento contínuo da comunidade no projeto, através de estratégias desenvolvidas a longo prazo e a integração em políticas públicas. Entendendo-se que a política é influenciada por múltiplos fatores e pode ser mutável com o tempo, é essencial despertar toda a sociedade para o tema da alimentação e prática de atividade física, através da disseminação em rede, de forma a providenciar um grande impacto. Apesar da existência de programas instituídos a nível nacional, como o PNPAF, o PNPAS e o PNS, existe ainda espaço e necessidade para criação de novas políticas facilitadoras à adoção de hábitos saudáveis, reforçando o acesso a alimentos saudáveis a preços justos e acessíveis, bem como a criação de políticas que incentivem a prática de atividade física e redução de sedentarismo.

Para a disseminação dos resultados de um projeto de intervenção, a elaboração de publicações e relatórios científicos ou técnicos permite consolidar e compartilhar os resultados de forma formal e estruturada. Deste modo, verifica-se a pertinência da realização do presente relatório final. Será ainda partilhado com a UCC todo o projeto de intervenção, incluindo os resultados do mesmo e sugestões de melhoria, de modo que seja aplicado pelos mesmos no futuro.

3. Contributos para o desenvolvimento de Competências

A prestação de cuidados diferenciados permite responder de forma adequada, segura e eficaz às necessidades complexas em saúde, promovendo intervenções adaptadas às especificidades de cada situação, potenciando assim melhores resultados em saúde.

Assim, surge o papel do enfermeiro especialista, um profissional de saúde da área de enfermagem, que desenvolveu um conjunto específico de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade em enfermagem, pelos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, e do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem.

A atribuição do título de enfermeiro especialista depreende, não só, da aquisição de competências específicas para cada área de especialidade, mas também de competências comuns aplicáveis nos diversos contextos. Para desenvolver essas aptidões, a componente de estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi essencial pois possibilitou a aplicação prática do conhecimento adquirido na componente teórica.

Essas competências, encontram-se espelhadas nos subcapítulos seguintes, correlacionando o contributo do estágio com a aquisição das mesmas.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovou, a 18 de setembro de 2019, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), que visa quatro domínios das competências comuns, sendo eles a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para adquirir **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, pressupõe-se que o enfermeiro exerça, na sua área de especialidade, de acordo com as normas legais, desempenhando uma prática assente nos princípios deontológicos e éticos. É ainda necessário que este respeite não só as suas responsabilidades profissionais, como também os direitos humanos.

Neste âmbito, durante o período de estágio desenvolvi uma prática sustentada nas normas ético-legais. Procurei que todas as minhas intervenções fossem planeadas e executadas de acordo com o código deontológico que rege a profissão de enfermagem, respeitando os

princípios de beneficência, autonomia, não maleficência e confidencialidade. Os direitos humanos foram respeitados, assegurando o direito à informação, à participação ativa e ao respeito pela dignidade, em todos os momentos do estágio. Consegui assegurar uma postura profissional responsável, refletida na tomada de decisão ético-legal, perante situações com que me defrontei e no reconhecimento das minhas responsabilidades enquanto futura enfermeira especialista. As situações que vivenciei durante o estágio, permitiram-me perceber que a tomada de decisão ética exige uma consideração constante dos princípios éticos, das necessidades da pessoa ou comunidade e do contexto dos cuidados. Permitiu-me ainda refletir sobre a responsabilidade profissional do enfermeiro especialista, não só como sendo aquele que executa cuidados, mas também como defensor dos direitos das pessoas e promotor de uma prática humanizada e segura. Considero que esta consciência ética se tornou mais sólida ao longo do estágio, o que contribuiu para me ajudar a nível da minha maturidade profissional.

É de salientar ainda, o trabalho de grupo que tive durante o estágio, tanto com as colegas de mestrado, como com as equipas multidisciplinares de ambos os locais de estágio. Através do mesmo consegui desenvolver competências sociais, de equipa e interajuda. Permitiu-me ainda reconhecer a importância da partilha de conhecimentos e da resolução de problemas em equipa. Considero que o companheirismo que floresceu durante o estágio, com as minhas colegas de mestrado e com os enfermeiros das equipas onde estagiei, foi para mim, uma mais-valia. O contacto com profissionais de diferentes áreas proporcionou-me ainda uma perspetiva diferente de determinadas situações, o que me fez estar desperta para realidades que me eram desconhecidas.

Em relação **às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, conjectura-se que o enfermeiro apresente um papel dinamizador na criação e suporte de iniciativas institucionais estratégicas, no âmbito da governação clínica. Colaborando e gerindo programas de melhoria contínua, através de um ambiente terapêutico seguro e do desenvolvimento de práticas de qualidade. Assim, o estágio permitiu-me identificar necessidades de melhoria nos cuidados à comunidade, colaborando em programas e projetos de melhoria contínua, nomeadamente através da elaboração de atas e do próprio “Relatório de Atividades de Saúde Escolar” ou na colaboração da criação de um folheto e de um cartaz informativo para a promoção vacinal contra a gripe em crianças (apêndices 6 e 7, respetivamente). Procurei criar um ambiente terapêutico seguro e acolhedor durante as intervenções na comunidade, dando como exemplo, entre os demais, as sessões de educação para a saúde e as visitas do Estatuto do Cuidador Informal. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma visão crítica e sistemática da qualidade dos cuidados. Ao participar nestas atividades, compreendi que a melhoria contínua da qualidade

não depende apenas da execução de cuidados, mas também da identificação de necessidades, da capacidade de propor soluções e avaliar os seus resultados. Tal perspetiva, foi essencial para que reconhecesse o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança, que consegue obter ganhos em saúde através de intervenções planeadas e fundamentadas.

As **competências do domínio da gestão dos cuidados**, dizem respeito à capacidade de otimizar as respostas da equipa onde o enfermeiro especialista se insere, articulando-a também na equipa de saúde, potenciando assim a gestão dos cuidados de enfermagem. Compreende ainda a adaptação da liderança e gestão dos recursos ao contexto e à situação em questão, de modo a garantir qualidade nos cuidados. Durante o meu estágio, consegui articular-me com a equipa multidisciplinar de ambos os campos de estágio, participando em reuniões de equipa na UCC e do DSP, adaptando-me às diferentes situações e gerindo de forma eficiente os recursos disponíveis. Ao interagir com equipas multidisciplinares, consegui reconhecer a complexidade inerente à coordenação dos cuidados na comunidade. Permitiu ainda compreender que uma gestão eficaz não se limita à organização de recursos, implicando também ter capacidade de comunicação, negociação e liderança. Através da observação de comportamentos e ações dos enfermeiros especialistas com quem tive o privilégio de estagiar, consegui ter modelos fortes de liderança realizada com graciosidade, que levarei como exemplo para o meu futuro profissional.

Por fim, as **competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, assentam no desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática em evidências científicas. Neste contexto, durante o estágio procurei guiar-me pelas mais recentes normas e *guidelines* emitidas pela Direção Geral da Saúde (DGS), sustentando a minha prática clínica em evidência científica. Procurei aproveitar todas as fontes de conhecimento com que me deparei, dando como exemplo a ação de formação “Tráfico de Crianças: da Prevenção à Proteção” disponibilizado pela CNPDPCJ, que assisti durante o estágio na UCC. Assim, criei um compromisso de prática baseada na evidência, contribuindo para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista. Ao longo do estágio, fui-me deparando com várias situações desafiantes, que exigiram a procura de informação e o aumento de conhecimentos. Isto fomentou a minha consciência de que o desenvolvimento profissional consiste num processo contínuo e que a aquisição de conhecimentos não termina com a formação académica. A necessidade de procurar novos conhecimentos que assentem em evidência científica para fundamentar as minhas intervenções, levou-me a desenvolver uma postura mais reflexiva e crítica perante a prática clínica.

Assim, considero que, na sua globalidade, o estágio constituiu uma oportunidade privilegiada de consolidação e integração das competências comuns do enfermeiro especialista. Para além de permitir a aquisição de conhecimentos, possibilitou-me desenvolver uma postura mais crítica e reflexiva perante os desafios da prática profissional. As vivências no decorrer do estágio, contribuíram para uma compreensão mais profunda do papel do enfermeiro especialista na promoção da qualidade dos cuidados, ajudando-me na preparação para o exercício futuro desta função.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Aprovado e homologado em 2018, o regulamento nº 428/2018 diz respeito às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este integra o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, presentes em regulamento próprio, com as competências especializadas clínicas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Atendendo às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas diferenciadas, é imperativo especificar as competências atendendo ao alvo e contexto de intervenção dentro da especialidade de Enfermagem Comunitária, como tal identificam-se as áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar. Uma vez encontrar-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, serão apenas abordadas as competências dessa área, descritas nas subsecções seguintes, de acordo com o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

De notar ainda que, a apresentação das competências no seguinte texto foi realizada através da individualização das mesmas, de modo a facilitar a sua análise e compreensão. No entanto, é importante salientar que, na prática, o seu desenvolvimento não ocorreu de forma isolada, pois cada experiência, projeto, atividade ou intervenção ao longo dos estágios contribuíram para a aquisição de competências que se interligam entre si.

- “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”:

O EEECSF realiza, de acordo com a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, o planeamento em saúde. Para isso segue diferentes etapas, iniciando-se com a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, seguindo-se o estabelecimento de prioridades em saúde, a formulação de objetivos e estratégias de acordo com as

necessidades estabelecidas, a determinação de projetos e programas de intervenção para resolver os problemas identificados e termina com a avaliação dos mesmos.

Durante o período de estágio na UCC, tive a oportunidade de criar um projeto no âmbito da saúde escolar, juntamente com a enfermeira de saúde escolar que era minha tutora. Este denomina-se “Saúde Kids – Pequenos Heróis de [REDACTED]”, é direcionado para as crianças da área de abrangência da UCC, sendo no âmbito da prevenção da obesidade infantil. Para a sua criação, foi elaborado um diagnóstico de situação, seguindo-se do estabelecimento de prioridades e objetivos. Foi adotada como estratégia a realização de nove SES às crianças e definidos critérios de avaliação. Este projeto foi inserido no Plano de Ação da UCC. Durante a elaboração do mesmo, compreendi, de forma prática, a importância da metodologia do planeamento em saúde. Inicialmente, encarava-o como um processo predominantemente teórico, contudo, a experiência que vivenciei demonstrou-me a sua relevância enquanto instrumento orientador em enfermagem comunitária. A construção do diagnóstico de situação, bem como a definição de prioridades exigiram que realizasse uma análise crítica dos dados disponíveis, o que me levou a desenvolver competências de avaliação e raciocínio que serão fundamentais para a minha prática futura enquanto enfermeira especialista.

Tive também oportunidade de participar nas visitas aos cuidadores informais, no âmbito do projeto do Estatuto do Cuidador Informal da UCC. Estas visitas contribuíram para a avaliação das necessidades de saúde do cuidador informal, permitiram recolher dados sobre os determinantes sociais e económicos, comportamentais, biológicos, ambientais e relacionados com o sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde, determinar prioridade, objetivos e intervenções para os mesmos, de modo a ser possível realizar uma avaliação do estado de saúde deste subgrupo. A participação nestas visitas foi uma das experiências mais enriquecedoras do estágio, uma vez que me permitiu contactar de forma próxima com a realidade dos cuidadores informais. Foi bastante gratificante perceber o papel do EEECSPP na vida destas pessoas e das suas famílias. Através da escuta ativa, da orientação e do apoio prestado, o enfermeiro fazia a diferença nos cuidadores que se encontravam frequentemente sobrecarregados pelas exigências inerentes ao cuidar. Considero ainda que estas experiências contribuíram significativamente para fortalecer a minha sensibilidade e empatia, competências fundamentais para o exercício de enfermagem.

- “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”:

O EEECSPP promove a capacitação de grupos e comunidades através da liderança de processos comunitários que tenham como fim a habilitação de comunidades no exercício da cidadania e na consecução de projetos de saúde. Nos processos de mobilização e

participação de grupos ou comunidades, incorpora conhecimentos de diferentes disciplinas e realiza a gestão da informação em saúde à comunidade através de conhecimentos sobre técnicas de comunicação em saúde, da sistematização e documentação de projetos de intervenção comunitária e da utilização de estratégias que promovam a procura de informação por parte das comunidades.

De modo a capacitar a comunidade, durante o período de estágio realizei, como já mencionado, um panfleto e um cartaz informativo sobre a vacinação contra a gripe em crianças, apelando à mesma.

Participei em várias sessões de educação para a saúde nas escolas, no âmbito do PNSE, capacitando crianças e jovens em áreas como Higiene do Corpo e Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis. O contacto com as crianças permitiu-me compreender a importância da intervenção precoce na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos de risco. Esta experiência levou-me a refletir no impacto que a educação para a saúde pode ter a longo prazo, reconhecendo o papel fundamental do EEECSPP na capacitação das crianças e jovens, para a adoção de escolhas conscientes, contribuindo para a construção de uma sociedade futura mais saudável.

Realizei ainda visitas domiciliárias com a ECCL onde foi promovido e realizado treino de competências de autocuidado e da gestão do regime terapêutico.

As diferentes intervenções desenvolvidas permitiram-me compreender que capacitar uma comunidade não é apenas transmitir informação. Ao contar diretamente com as comunidades e os seus grupos, percebi que a mudança de comportamento só acontece se forem contempladas as características e necessidades de cada um. Assim, refleti sobre o papel do EEECSPP como facilitador da literacia em saúde, percebendo que a verdadeira capacitação ocorre quando os indivíduos desenvolvem competências para tomar decisões conscientes relativamente à sua saúde.

- “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”:

A obtenção de ganhos em saúde está intimamente associada à maximização das atividades de âmbito comunitário, como tal o EEECSPP tem o papel de participar na promoção, coordenação, implementação e monitorização das atividades definidas nos diferentes Programas de Saúde emanados pela DGS, de forma a alcançar os objetivos do PNS.

Como tal, tive oportunidade de participar no projeto “ Unida pelo Coração”, sendo este um projeto focado na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares, que mobiliza entidades de saúde e a autarquia, com objetivo de aumentar a literacia da

comunidade, articulando Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados. Este encontra-se alinhado com as indicações do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

Durante o período de estágio no DSP, tive também oportunidade de participar na realização do “Relatório Rastreios (2024-2025)”, cuja elaboração vai de encontro com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas de Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro (2021-2030). A gestão e coordenação do programa de rastreios oncológicos, encontra-se a cargo da Equipa de Rastreios oncológicos e não oncológicos da ULS, tendo como um dos seus membros, um enfermeiro do DSP. Esta realiza a articulação com a equipa correspondente a nível regional e coordena outros rastreios não oncológicos, nomeadamente o Rastreio de Saúde Visual Infantil e o Rastreio da Retinopatia Diabética.

Realizei também, juntamente com colegas mestrandas e com os enfermeiros do DSP, o “Relatório de atividade Saúde Escolar Ano Letivo | 2024-2025”, participando nas reuniões de saúde escolar com as Equipas Locais de Saúde Escolar no âmbito do PNSE.

A realização do projeto de intervenção e investigação “Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil”, potencia também alcançar os objetivos do PNS, uma vez que segue as indicações presentes no PNPAF e no PNPAS.

A participação em vários projetos de saúde permitiu-me desenvolver uma visão mais abrangente das estratégias nacionais de saúde e como estas são realizadas a nível local. Contribuiu ainda para cimentar a minha crença sobre a importância de uma boa articulação entre diferentes instituições e profissionais e reconhecer que o EEECSPP assume um papel fundamental na concretização dos objetivos definidos nas políticas de saúde.

- “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”:

Para compreender, analisar e explicar os fenómenos de saúde-doença de uma comunidade, numa determinada área geográfica, é necessário realizar a vigilância epidemiológica. Este importante instrumento é utilizado pelos EEECSPP na sua prática.

No decorrer do estágio do mestrado, tive oportunidade de participar na colheita e análise semanal de dados, presentes no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), associados à vacinação sazonal da comunidade afeta ao DSP, de maneira a monitorizar o número de pessoas imunizadas com as vacinas sazonais para estabelecer uma evolução prognóstica. A navegação no BI-CSP, que constitui uma ferramenta para criação e monitorização dos planos de ação, no âmbito da contratualização dos cuidados de saúde primários, foi também uma mais-valia no meu processo de aquisição

de conhecimentos. Colaborei também na realização do Relatório de Vacinação Sazonal (2025-2026).

A realização da vigilância dos rastreios realizados no país, através da plataforma SiiMA Rastreios é também essencial para compreender os fenómenos de saúde-doença da comunidade. Como tal, tive oportunidade de aprender como se realiza a colheita de dados nesta plataforma através da mentoria dos enfermeiros tutores.

O contacto que tive com os sistemas de monitorização e vigilância epidemiológico foi essencial para perceber a relevância dos indicadores de saúde na tomada de decisão e no planeamento das intervenções comunitárias. O estágio permitiu-me concluir que a análise epidemiológica é uma ferramenta indispensável para identificar tendências, antecipar necessidades e fundamentar estratégias de intervenção. Assim, esta aprendizagem contribuiu para perceber a dimensão analítica e estratégica do EEECS.

De notar que os relatórios acima mencionados não foram anexados ao presente trabalho, por questões de confidencialidade inerente à instituição a que dizem respeito.

A aquisição e consolidação de todas estas competências foram imprescindíveis para, no futuro, desempenhar o papel de EEECS. Para além da aplicação de conhecimentos teóricos e científicos, o estágio proporcionou-me oportunidades de análise crítica, tomada de decisão e adaptação a diferentes contextos comunitários. As experiências que vivenciei contribuíram para o desenvolvimento de uma visão mais abrangente da saúde, reforçando a importância da prevenção, da capacitação e da intervenção baseada na evidência.

Reconheço que este percurso foi bastante desafiante pela exigência do mesmo, no entanto foi também determinante para a construção da minha identidade profissional enquanto futura especialista.

Conclusão

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, revelou-se uma oportunidade essencial para a integração e consolidação de competências, articulando a prática clínica com os conhecimentos teóricos e com a evidência científica.

A implementação do projeto de intervenção “Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil”, revelou-se pertinente e ajustado à crescente problemática da obesidade infantil nos dias de hoje e, caso não seja combatida, no futuro próximo, constituindo-se assim como um desafio de saúde pública.

Tornou-se evidente que a prevenção da obesidade infantil não pode ser dissociada dos contextos onde a criança se insere, nomeadamente no seio da sua família e na escola. O papel dos pais e EE, enquanto principais modelos de comportamento, assim como a influência do meio escolar enquanto espaço privilegiado de aprendizagem e promoção da saúde, assumem-se como determinantes na adoção de estilos de vida saudável. Assim, foi realizada a aposta no empoderamento dos diferentes intervenientes através do aumento da literacia em saúde, de modo a promover mudanças consistentes e duradouras.

A análise do diagnóstico de situação permitiu identificar que, na amostra, a literacia alimentar encontrava-se num nível geral positivo, especialmente nas dimensões relacionadas com o acesso à informação e aplicação de práticas básicas. Contudo, eram evidentes dificuldades em áreas que exigem uma maior capacidade crítica e interpretativa, nomeadamente na leitura e utilização de informação nutricional dos alimentos/bebidas; interpretação de rotulagem e compreensão dos impactos sociais e ambientais das escolhas individuais. Paralelamente, foram identificadas lacunas relevantes relativamente à literacia em atividade física, particularmente no desconhecimento das recomendações internacionais, o que reforça a natureza multifatorial da obesidade infantil.

A intervenção, desenvolvida através de uma SES, foi baseada em estratégias de educação para a saúde que promovessem a aquisição de conhecimentos e permitissem aos intervencionados, realizar escolhas conscientes saudáveis. Os resultados sugerem um efeito favorável da intervenção na literacia alimentar, evidenciado pelo aumento das percentagens de facilidade e pela diminuição das percentagens de dificuldade em todos os domínios avaliados. Os ganhos estatisticamente significativos observaram-se nas dimensões do planeamento e seleção, podendo sugerir que os participantes apresentam uma maior capacidade para transformar conhecimentos em decisões práticas no seu quotidiano. Tais resultados corroboram os pressupostos teóricos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola

Pender, pois demonstram a importância das cognições e percepções individuais na adoção de comportamentos promotores de saúde.

Não obstante, importa salientar que há domínios onde os participantes continuam a apresentar desafios, nomeadamente no domínio da gestão e da preparação. Este facto evidencia que a aquisição de conhecimentos, embora essencial, pode não ser suficiente para garantir mudanças comportamentais sustentadas, sendo necessário a continuidade de intervenções centradas no empoderamento.

Reconhecem-se limitações metodológicas, nomeadamente a ausência de uma avaliação quantitativa estruturada dos conhecimentos relativos à atividade física, sono e sedentarismo, o que restringe uma análise mais robusta destas dimensões. Esta limitação demonstra a necessidade de, no futuro, integrar instrumentos de avaliação mais abrangentes e equilibrados.

Na sua globalidade, o projeto contribuiu para a capacitação dos participantes, reforçando o papel do enfermeiro especialista como agente facilitador da literacia em saúde, promotor de mudanças comportamentais e essencial na construção de comunidades mais saudáveis. Ainda que, as mudanças comportamentais sejam, por natureza, graduais e dependentes de múltiplos fatores, considera-se que este tipo de intervenções constitui um passo relevante para a construção de uma comunidade mais informada e consciente.

Em suma, o projeto desenvolvido demonstra que, quando é realizada uma intervenção adequada e planeada utilizando por base as competências gerais e específicas do EEECS, pode contribuir para produzir ganhos relevantes em saúde, constituindo um contributo para a diminuição da obesidade infantil.

Referências Bibliográficas

- Almeida, C. V. (2022). Literacia em saúde: o conhecimento que salva-vidas e reduz gastos. Disponível em: <https://vidasustentavel.sabado.pt/prevencao-e-literacia/literacia-em-saude-o-conhecimento-que-salva-vidas-e-reduz-gastos/>. Cofina Boost Content, publicado em 4 de abril.
- Andrade, A., Almeida Ribeiro, A. (2025). Caderno Pedagógico em Intervenção Comunitária. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu
- Bandura A (1999) Social cognitive theory: an agentic perspective. *Asian J Soc Psychol* 2,21–41.
- Batista, W. A., Terra, B. de S., Silva, G. V. de L. C. e, Bonone, F. M., Cardoso, F. B., & Sholl-Franco, A. (2025). Impacto de um programa de conscientização dos riscos da obesidade infantil sobre a composição corporal de crianças. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 6(1), e14504. <https://doi.org/10.54022/shsv6n1-042>
- Câmara Municipal [REDACTED]. (s.d.). *Enquadramento geográfico*. [https://www.cm-\[REDACTED\].pt](https://www.cm-[REDACTED].pt)
- Departamento de Saúde Pública ULS [REDACTED]. (2024). *Relatório de atividades de Saúde Escolar: Ano letivo 2023–2024*. ULS de [REDACTED]. Direção: Maria Fernanda Pinto Silva.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - PNPAF 2017* (versão 7).
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Referencial de educação para a saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Ferramenta de boas práticas: Programas comunitários*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/ferramenta-boas-praticas-programas-comunitarios-af1.aspx>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal – 2015: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M.-F. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência.
- Gerardo, M. M., & Macan, T. P. (2022). Determinantes nas preferências alimentares e seletividade alimentar em crianças. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (31), 62–66. <https://doi.org/10.21011/apn.2022.3110>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3a ed). Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos – Região Centro*. INE.

Janssen, C. H. C. (2024). La introducción de objetivos SMART en un entorno educativo. *Educación Química*, 35(2). <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2024.2.86489>

Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future & International Longevity Center – UK.

Laverack, G. (2022). Guia de bolso para a promoção da saúde. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>

Lopes C, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Porto: Universidade do Porto, 2017. 291p.

Martins, T., & Borges, E. (2023). *Saúde escolar: Intervenções de promoção de saúde*. Lidel.

Ministério da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar: 2015-2020 (Relatório). Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-015-2015-pnse-pdf.aspx>

Mora Pluas, P. M., Guerrero Menoscal, J. S., Coya Choez, Y. A., Vera Timbiano, A. V., Ruiz Mora, D. J., & Mendoza Triviño, M. V. (2024). La Aplicación De Las Metodologías, Activas En El Proceso De Enseñanza Aprendizaje En El Aula. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 983-1000.

Município [REDACTED] (s.d.). *Município [REDACTED] – página inicial*. Recuperado em 21 de junho de 2025, de [https://www.cm-\[REDACTED\].pt/mcsite/home](https://www.cm-[REDACTED].pt/mcsite/home)

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578–1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>

Okan, O., Paakkari, L., & Dadaczynski, K. (2020). *Literacia em saúde nas escolas: Estado da arte (SHE Factsheet n.º 6)*. Schools for Health in Europe Network Foundation. <https://www.schoolsforhealth.org>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018).

Diário da República, 2.^a série – N.º 135, 16 de julho de 2018.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.^a série – N.º 26, 6 de fevereiro de 2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: resumo* (Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Trad.). Direção-Geral da Saúde.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice. Pearson. <https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134754085.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. (2017). *Despacho n.º 11418/2017: Aprova a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS)*. Diário da República, 2.^a série (n.º 249), 29 de dezembro de 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022 / Ana Rito, Sofia Mendes, Inês Figueira... [et al.]. - Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2023. - 126 p.: il. <http://hdl.handle.net/10400.18/8630>

Ribeiro, J. C. M. (2022). Desenvolvimento e validação de uma escala de avaliação auto-percebida de literacia alimentar (Dissertação de mestrado). Repositório Aberto da Universidade do Porto

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2024). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utilização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica*. <https://neuropediatria.pt/wp-content/uploads/Recomendacoes-SPNP-ecras-e-tecnologia-digital-2.pdf>

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação. Ministério da Saúde.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (s.d.). *Health literacy. Healthy People 2030*. <https://health.gov/healthypeople/priorityareas/social-determinants-health/literaturesummaries/health-literacy>

Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2024). *2028-2024 Perfil ULS [REDACTED]*

Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2025). *Literacia em saúde: Um desafio emergente*. [REDACTED].

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts* (I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel, & A. D. Tsouros, Eds.). WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/128703>

Apêndices

Apêndice I - Questionário para colheita de dados



Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

No âmbito do Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade, pertencente ao plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu integrada no Instituto Politécnico de Viseu, cujo estágio decorre na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Cantanhede, encontro-me a realizar um estudo intitulado "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil". Este tem como objetivo principal a prevenção do excesso de peso e da obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas de [REDACTED], através da aquisição de conhecimentos por parte dos Pais, Encarregados de Educação, docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis. Assim, solicito a sua colaboração através da resposta ao presente questionário, assegurando que todos os dados recolhidos são **confidenciais, anónimos, voluntários** e utilizados para fins estatísticos e de planeamento em saúde da UCC de [REDACTED]. Em caso de alguma dúvida ou necessidade de outros esclarecimentos, pode enviar e-mail para beatriz_saude_rodrigues@hotmail.com

Código do Formulário: _____

A. Caracterização sociodemográfica:

Assinale, por favor, a opção que melhor se adequa.

1. Qual é o seu papel na vida da criança?

☐ Pais	☐ Professor
☐ Encarregado de educação	☐ Não docente
2. Qual é o seu grau de parentesco com a(s) criança(s)?

☐ Pai	☐ Outro. Qual? _____
☐ Mãe	☐ Nenhum
3. Se viver com a criança, quantas pessoas fazem parte do agregado familiar, incluindo a mesma? (se não viver, não responda) _____
4. Qual é o seu género?

☐ Feminino	☐ Prefiro não responder
☐ Masculino	
5. Qual é a sua idade? _____
6. Qual é o seu nível de escolaridade?

☐ 1º ciclo	☐ Ensino secundário
☐ 2º ciclo	☐ Ensino superior (Licenciatura)
☐ 3º ciclo	☐ Mestrado ou doutoramento



ULS



Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

7. Qual a sua situação profissional?

☐ Empregado(a)☐ Estudante☐ Desempregado (a)☐ Reformado (a)

8. Qual é a sua profissão? _____

9. Qual é a sua nacionalidade? _____

10. No seu entender, tem uma alimentação saudável?

☐ Sim☐ Não

11. Pratica atividade física semanalmente?

☐ Sim☐ Não12. Sabe com que frequência é recomendado a prática de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa por semana para adultos, segundo a Direção geral de Saúde?☐ Não sei☐ Sei, é recomendado praticar: _____13. Sabe com que frequência é recomendado a prática de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa por semana para crianças, segundo a Direção geral de Saúde?☐ Não sei☐ Sei, é recomendado praticar: _____

14. Sabe o que é sedentarismo?

☐ Sim☐ Não

No caso de ser pai ou encarregado de educação da(s) criança(s), por favor responda às seguintes questões. Caso não se verifique, não precisa de responder às restantes perguntas do ponto A, passando diretamente para o ponto B.

15. Qual a idade do seu educando? _____

16. Qual é o género do seu educando?

☐ Masculino☐ Prefiro não responder☐ Feminino

17. O seu educando pratica algum tipo de atividade física?

☐ Sim☐ Não

18. Em média, quanto tempo é que acha que o seu educando passa à frente de ecrãs (TV; telemóvel; tablet; playstation...)? _____

19. No seu entender, o seu educando passa muito tempo à frente de ecrãs?

☐ Sim☐ Não



IUS

Faculdade de Saúde
Escola Superior de Saúde de Lisboa

Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

B. Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar:

Para cada pergunta, assinale qual o grau de dificuldade, numa escala de "Muito fácil", "Fácil", "Difícil" ou "Muito difícil":

I. Planeamento	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
1. Encontrar informações sobre os valores nutricionais (ex: kcal quantidade de açúcares adicionados) dos alimentos/bebidas que pretendo comprar?				
2. Aceder a informação que me permita reconhecer as vantagens e desvantagens de um produto alimentar (ex: consultar a informação presente no rótulo no site da marca)?				
3. Compreender os conselhos alimentares e ou nutricionais dados pelos profissionais de saúde (ex: nutricionista, médico, enfermeiro)?				
4. Compreender a informação presente na lista de ingredientes de um produto alimentar (ex: a ordem da listagem o que representa cada ingrediente)?				
5. Avaliar as vantagens e desvantagens dos alimentos/bebidas que compro em comparação com produtos semelhantes ou substitutos?				
6. Avaliar se a informação nutricional de que disponho me permite adequar o consumo alimentar as minhas necessidades em termos de saúde?				
7. Identificar que alimentos/bebidas devo adquirir para equilibrar as minhas necessidades nutricionais considerando o meu tempo disponível para confeccionar os equipamentos de cozinha que tenho disponíveis e as minhas habilidades culinárias?				
8. Utilizar informação alimentar que disponho para satisfazer as minhas necessidades nutricionais (ex: necessidades proteicas de fibra de ferro)?				
II. Gestão	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
9. Compreender que quantia do meu orçamento mensal se destina a alimentação considerando o número de pessoas do agregado familiar?				
10. Dar prioridade a compra de alimentos/bebidas mais saudáveis em função do orçamento que tenho?				
11. Utilizar algum tempo da minha semana para o planeamento e aquisição de alimentos/bebidas em função do meu orçamento?				
12. Planear a ementa semanal de forma a adquirir regularmente os alimentos/bebidas que necessito através de diferentes fontes (mercado, peixaria, talho)?				
13. Decidir seguir um padrão alimentar mais saudável sendo ao mesmo tempo amigo do ambiente?				
III. Seleção	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
14. Compreender que um alimento/bebida mais processado/industrializado poderá conter aditivos ou outras substâncias químicas de forma a melhorar as suas características?				



ULS

Unidade Local de Saúde

Politécnico
de ViseuEscola Superior
de Saúde de Viseu

Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

15. Compreender as diferentes formas de apresentação dos prazos de validade nos alimentos bebidas como: "consumir antes de...", "consumir até dia..."?				
16. Compreender a informação presente nas alegações nutricionais (ex: baixo teor de gordura, sem adição de açúcares) e de saúde (ex: o cálcio é necessário para a manutenção de ossos normais) constantes nos rótulos dos produtos alimentares?				
17. Compreender a informação nutricional presente nos rótulos dos produtos alimentares (ex: hidratos de carbono, hidratos de carbono dos quais açúcares, lípidos, lípidos dos quais saturados)?				
18. Compreender a informação transmitida por selos ou classificações (ex: Denominação de Origem Protegida [DOP], Identificação Geográfica Protegida [IGP], selo de agricultura biológica, sem glúten, comércio justo)?				
19. Compreender a informação sobre alimentação e nutrição através das diversas fontes as quais acedo (ex: televisão, rádio, jornais, livros, internet, guia alimentar nacional)?				
20. Compreender as recomendações alimentares e nutricionais para seguir um padrão alimentar saudável?				
21. Compreender que tipo de alimentos ajudam a prevenir doenças crónicas tais como a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial?				
22. Avaliar se um alimento/bebida é saudável em função da informação presente na frente da embalagem como por exemplo o Semáforo Nutricional ou o Nutriscore?				
23. Decidir sobre a escolha de alimentos/bebidas com características nutricionais mais adequadas (ex: mais vitaminas, minerais, antioxidantes, menos açúcar, sal)?				
24. Selecionar um produto alimentar tendo em conta a informação disponibilizada no rótulo?				
25. Utilizar a informação contida no guia alimentar nacional (Roda dos Alimentos/ Roda da Alimentação Mediterrânica)?				
IV. Preparação	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
26. Encontrar informações sobre boas práticas de higiene e segurança alimentar que me permitam saber como acondicionar, armazenar, manusear, conservar, preparar e confeccionar os alimentos?				
27. Compreender a informação sobre alérgenos existente nos rótulos dos produtos alimentares?				
28. Compreender que alimentos conjugar dentro dos que se encontram ao meu dispor para preparar uma refeição saudável?				
29. Identificar os métodos de confeção culinária que permitem preservar os nutrientes dos alimentos?				



IISA



Polytechnic
de Viseu
Escola Superior
de Saúde de Viseu

Questionário "Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil"

30. Avaliar qual o melhor método de confeção culinária em função dos alimentos, utensílios e equipamentos comuns de cozinha ao meu dispor?				
31. Identificar as técnicas e métodos culinários que permitem uma redução do desperdício alimentar?				
32. Em caso de falta de ingredientes ou de querer experimentar novos ingredientes fazer, alterações nas receitas (escritas ou não) sem comprometer o resultado final?				
33. Aplicar princípios básicos de higiene e segurança dos alimentos (ex: utilizar utensílios diferentes para manusear alimentos crus e cozinhados, separar alimentos crus e cozinhados no frigorífico)?				
34. Armazenar corretamente os alimentos/bebidas (ex: local seco e fresco, sem luz direta, tempo e temperatura de refrigeração e congelação adequadas)?				
V. Consumo	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
35. Aceder a informação que me permita selecionar alimentos/bebidas mais sustentáveis (ex: sazonalidade, origem, embalamento, métodos de produção, processamento)?				
36. Encontrar informação sobre as repercussões sociais, económicas e ambientais (sustentabilidade, poluição, desertificação, equidade) relacionadas com os hábitos alimentares?				
37. Encontrar informação sobre como mudar os hábitos alimentares de modo a contribuir para o desenvolvimento territorial local?				
38. Aceder a informação que me permita conhecer os alimentos/bebidas a serem incluídos ou excluídos da alimentação habitual para um bom estado nutricional?				
39. Reconhecer quando os meus comportamentos de consumo alimentar são influenciados por fatores externos (ex: redes sociais, tendências, mensagens, promoções, marketing)?				
40. Compreender a importância de consumos alimentares sustentáveis para a preservação do ambiente e a promoção de uma sociedade mais justa e uma economia mais viável para todos?				
41. Avaliar que escolhas alimentares permitem melhorar a preservação da biodiversidade das espécies animais e vegetais?				
42. Avaliar o custo-benefício do consumo de alimentos/bebidas mais sustentáveis?				

Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alimentar (Ribeiro, 2022)

Apêndice II - Consentimento informado



ULS



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção as seguintes informações. Caso considere que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi requerida, proceda à assinatura deste documento.

Nome do projeto: Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil

Enquadramento: Este projeto de Intervenção Comunitária surge no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Viseu, integrada no Instituto Politécnico de Viseu. Tem como equipa de investigação a Professora Doutora Cláudia Chaves, a Enfermeira Especialista e Mestre [REDACTED] o Enfermeiro Especialista e Mestre [REDACTED] e a Enfermeira Beatriz Rodrigues.

Explicação do Estudo: A realização deste estudo tem como objetivo a prevenção do excesso de peso e da obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas de [REDACTED] através da aquisição de conhecimentos sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis, por parte dos pais, Encarregados de Educação (EE), docentes e não docentes.

Desta forma este projeto compreende duas fases: Uma primeira, em que se realizará um diagnóstico de situação, através da aplicação de um questionário aos pais, EE, docentes e não docentes, que irá permitir perceber os conhecimentos que cada um tem relativamente a hábitos saudáveis alimentares e de atividade física. Após o tratamento dos dados obtidos, a intervenção será dirigida consoante os mesmos.

A seleção dos participantes obedece ao critério de **idade superior a 18 anos**, de todos os **pais, EE, docentes e não docentes** de alunos do primeiro ciclo do Agrupamento de Escolas [REDACTED]. Tem como critério de exclusão o analfabetismo e indivíduos com necessidades cognitivas.

Após a fase de diagnóstico, será realizada uma sessão de educação para a saúde aos pais e Encarregados de Educação e outra aos docentes e não docentes. O presente questionário será aplicado novamente em janeiro de 2026, de forma a avaliar a intervenção.



ULS



Condições e financiamento: A participação neste projeto é gratuita, voluntária e isenta de compensações. Pode recusar participar no mesmo e tem a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: O anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos é garantida para este estudo. Os dados obtidos poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mantendo a confidencialidade e o anonimato. No final do estudo, os dados serão devidamente eliminados, através das normas da ULS de [REDACTED] (trituração mecânica).

Agradeço desde já a sua participação, para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar:

Enfermeira Beatriz Rodrigues:

beatriz_saude_rodrigues@hotmail.com

Declaração de consentimento:

Confirmo que li e compreendi o conteúdo deste documento e que tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Sei que posso, a qualquer momento, desistir da minha participação neste estudo, sem qualquer prejuízo. Assim, aceito participar voluntariamente e autorizo a utilização dos dados que forneço, confiando que serão usados apenas para fins desta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato apresentadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Apêndice III - Cronograma

Atividades desenvolvidas	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Elaboração do diagnóstico de situação								
Pedido de autorização às escolas e à comissão de ética								
Solicitação de consentimento informado aos participantes do projeto								
Aplicação e recolha dos questionários								
Planeamento do projeto								
Implementação da 1ª sessão com duas primeiras escolas								
Implementação da 2ª sessão com as restantes escolas								
Análise e avaliação de resultados								
Relatório final								
Partilha dos resultados								

Apêndice IV- Apresentação da SES



“SAÚDE EM REDE: PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO E DA OBESIDADE INFANTIL”

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública,
da ESSV
UCC Cantanhede

→ Deslize “pouco saudável” ...



→ Comprometo-me a ...

O **excesso de peso e a obesidade na infância** são considerados um problema saúde pública



Encontrando-se entre as **principais causas de mortes evitáveis**, doenças crônicas e despesas econômicas com saúde.



Influenciado por fatores genéticos, biológicos, psicossociais e comportamentais, tem como principais causas uma má alimentação e a falta de atividade física (Batista et al, 2025).

É considerada a doença crônica mais fácil de tratar, no entanto é vista como a epidemia do século XXI.

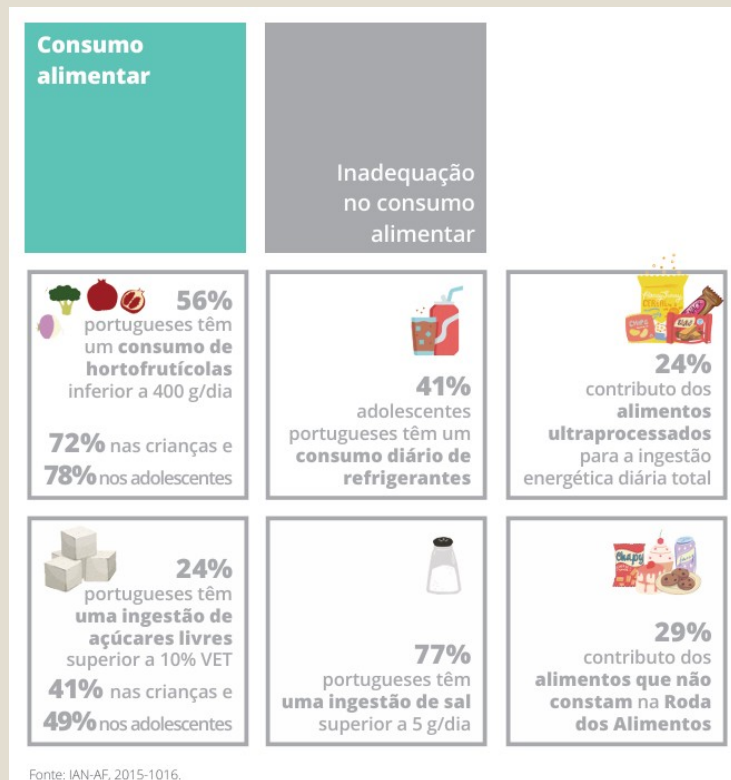
Dados epidemiológicos (Portugal)

- A obesidade, atinge mais de 20% da população adulta portuguesa
 (cerca de 2 milhões de pessoas)
- o excesso de peso ultrapassa os 50%
- Excesso de peso nas crianças (incluindo obesidade infantil) em 2019 foi de 29,6%



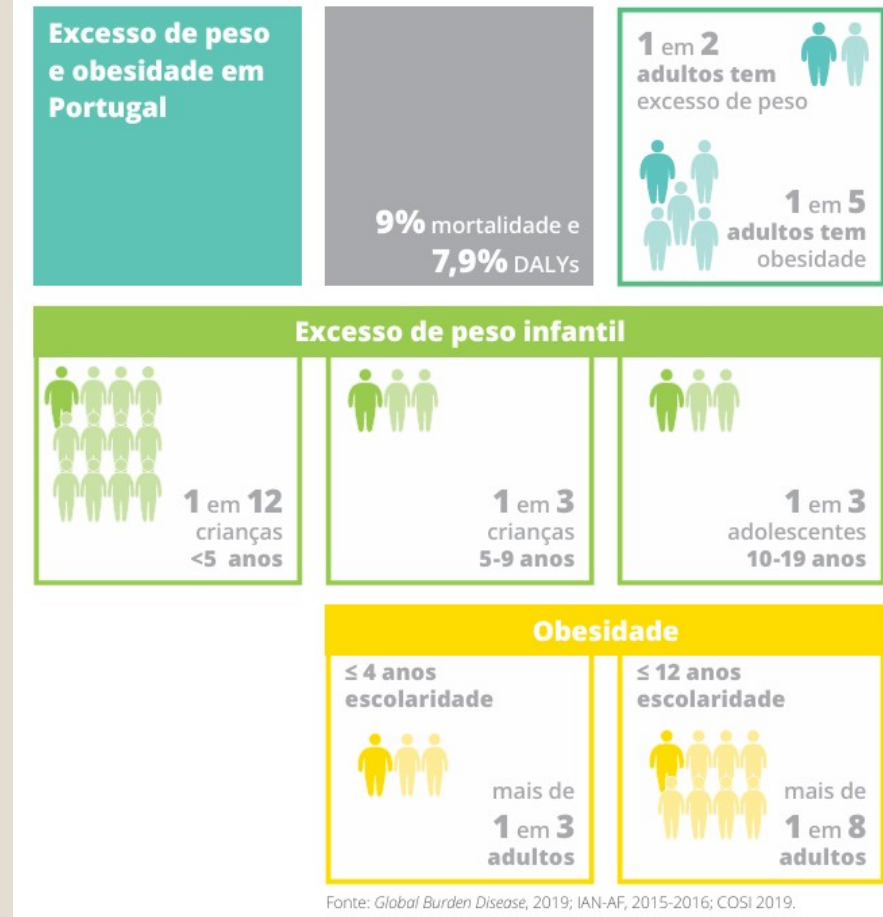
12% das crianças dos 6 aos 8 anos de idade viviam com obesidade.

PNPAS | 2022-2030



Projeções do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) para 2030 em Portugal:

- 13,84% dos óbitos projetados atribuível a erros alimentares
- 11,99% atribuível ao excesso de peso e obesidade



Fonte: OCDE, 2019.

Recomendações Da OMS Para Atividade Física E Comportamento Sedentário

- Crianças e Adolescentes (5-17 anos)



Pelo menos
60
minutos por dia



Atividade física de intensidade moderada a vigorosa ao longo da semana; a maior parte dessa atividade deverá ser aeróbia.



Pelo menos
3
dias por semana



Atividades aeróbias de intensidade vigorosa, bem como atividades de **fortalecimento muscular e ósseo**, devem ser incorporadas.



LIMITAR

o tempo em **comportamento sedentário**, particularmente o tempo de ecrã em recreação.



Praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma.

Fazer atividade física em **família** melhora a saúde, fortalece os laços e cria hábitos para a vida.



Cada oportunidade de movimento conta. A **escola** é um espaço essencial para promover hábitos ativos.

Recomendações Da OMS Para Atividade Física E Comportamento Sedentário

◦ Adultos (18-64)

2h30 – 5h



1h15 - 2h30



Programa Nacional para a Promoção de Alimentação Saudável 2022-2030

- **Alimentação saudável:**

“Corresponde a uma alimentação variada, equilibrada e completa, que permita garantir o consumo diário de alimentos nutricionalmente adequados de modo a assegurar as necessidades nutricionais para a manutenção da saúde e para a prevenção do risco de doenças crónicas associadas à alimentação, em linha com as recomendações da Roda dos Alimentos”



- **Alimentação não saudável:**

“Alimentos com elevada densidade energética e baixo valor nutricional, que possuem elevado teor de açúcares livres, ácidos gordos saturados, ácidos gordos trans e/ou sal e que não são necessários para uma alimentação saudável”

♥ E não esquecer que os mais pequenos comem menos!



As necessidades de água podem variar entre 1,5 a 3 litros por dia.

Dicas para alimentação saudável em casa

- ✓ Comer mais fruta e hortícolas
- ✓ Beber mais água e menos bebidas açucaradas
- ✓ Evitar o “lixo alimentar”, em particular os snacks hipercalóricos, ricos em sal, açúcar e gordura
- ✓ Leite e derivados todos os dias, mas na dose certa (A quantidade diária não deve ser superior a 400-500 ml)
- ✓ Fazer uma alimentação completa, variada e

equilibrada, seguindo os princípios da Roda

- Recomendações energéticas para crianças em idade pré-escolar (3-6 anos)

	AR por nível de atividade física*		
	Baixo (Sedentário) kcal/dia	Moderado kcal/dia	Elevado (Ativo) kcal/dia
Rapazes			
3 anos	1174	n.d.	n.d.
4 anos	1256	1436	1615
5 anos	1332	1522	1712
6 anos	1409	1610	1811
Raparigas			
3 anos	1096	n.d.	n.d.
4 anos	1168	1335	1502
5 anos	1239	1417	1594
6 anos	1312	1500	1687

AR, Average Requirement; n.d., não disponível

* A EFSA estima as necessidades energéticas médias considerando o metabolismo basal (MB), multiplicando-o pelos valores de nível de atividade física [Physical Activity Level – PAL] [baixo/sedentário (1.4 PAL)], [moderado (1.6 PAL)], [ativo (1.8 PAL)] ajustado para idade e considerando dispêndio energético necessário para crescimento

A ingestão diária de fibra para crianças em idade pré-escolar oscila entre 9,2g/dia e 15,2 g/dia.

lípidos 20 a 35% do total energético diário

A ingestão de proteína não deve ser nem insuficiente nem excessiva, devendo ser próxima das 0,9 g/kg/dia.

OS 10 PRINCÍPIOS DA DIETA MEDITERRÂNICA EM PORTUGAL

01. FRUGALIDADE E COZINHA SIMPLES

que tem na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas.

02. 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.

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.

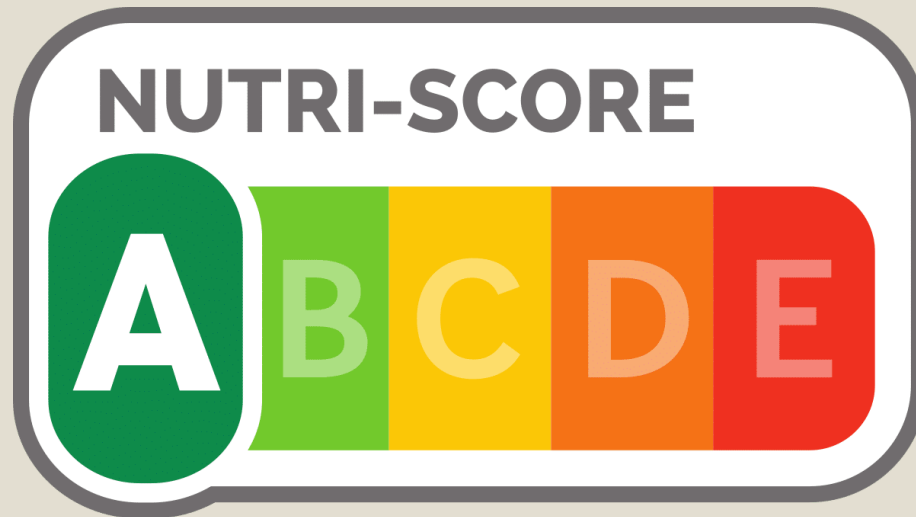
08. CONSUMO BAIXO A MODERADO DE VINHO e apenas nas refeições principais.

09. ÁGUA COMO PRINCIPAL BEBIDA ao longo do dia.

10. CONVIVIALIDADE À VOLTA DA MESA.

Como escolher o que ingerir?

- Nutri-score:
 - avalia a qualidade nutricional de alimentos e bebidas com base em fatores positivos (fibras, frutas, vegetais) e negativos (açúcar, gorduras saturadas, sal)





DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS POR 100G

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

◦ Rótulos



DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS POR 100ML

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 8,75ml	mais de 2,5ml	mais de 11,25ml	mais de 0,75ml
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75ml	entre 0,75 e 2,5ml	entre 2,5 e 11,25ml	entre 0,3 e 0,7ml
BAIXO	1,5ml ou menos	0,75ml ou menos	2,5ml ou menos	0,3ml ou menos

Farinha de **TRIGO** integral (52,7 %), açúcar, sêmola de milho (17,1 %), xarope de glucose, cacau magro em pó (5,5 %), carbonato de cálcio, óleo de girassol, sal, aroma natural, ferro, niacina, ácido pantotênico, vitamina D, vitamina B6, tiamina, riboflavina, ácido fólico.

Pode conter **LEITE** e **FRUTOS DE CASCA RIJA**.

Declaração Nutricional (valores médios)	Valores Diários de Referência	% DR		
		Por 100g	Por 30g	*
Energia	2000kcal	378kcal	113 kcal	6%
Lípidos	70g	3.0g	0.9g	1%
Dos quais Saturados	20g	0.7g	0.2g	1%
Hidratos de Carbono	260g	74.6g	22.4g	9%
Dos quais Açúcares	90g	22.1g	6.6g	7%
Fibra	-	9.3g	2.8g	-
Proteínas	50g	8.7g	2.6g	5%
Sal	6g	0.22g	0.07g	1%
-				

*DR - Doses de Referência para um adulto médio (8400 kJ/ 2000 kcal)



VITAMINAS E MINERAIS

		“%DR”*
Vitamina D	2.6 µg	52%
Tiamina (B1)	1.1 mg	100%
Riboflavina (B2)	1.5 mg	107%
Niacina (B3)	15 mg	94%
Vitamina B6	1.4 mg	100%
Ácido Fólico (B9)	200 µg	100%
Ácido pantotênico (B5)	6.2 mg	103%
Cálcio	502 mg	63%
Ferro	11 mg	79%

**VRN: Valores de Referência do Nutriente



Escolher **iogurtes** que tenham uma quantidade de açúcar e de gordura inferior a:



Açúcar < 10g por 100g

Gordura < 2,5g por 100g

Escolher **cereais pequeno-almoço** que tenham uma quantidade de açúcar e de sal inferior a:



Açúcar < 15g por 100g

Sal < 1g por 100g

Validades

Consumir até (dia/mês/ano)

Significa que o alimento **deve ser consumido até ao prazo máximo** indicado na embalagem, ou seja, depois disso não deve ser consumido.



peixe fresco, carne embalada, leite, iogurte e queijos frescos.

Consumir de preferência antes de (dia/mês/ano)

Neste caso a data indica o período mínimo de durabilidade do produto, ou seja, **é a data pela qual o alimento conserva componentes específicas**, podendo ser consumido posteriormente desde que esteja devidamente acondicionado.



massas, arroz, azeite, bolachas, etc

Que mais informações podemos retirar dos produtos?

Selos e certificações alimentares

Selo	Imagem	O que garante	Notas importantes
DOP (Denominação de Origem Protegida)		Produção, transformação e preparação feitas integralmente numa região específica, segundo métodos tradicionais.	Ligação muito forte ao território; regras rigorosas.
IGP (Indicação Geográfica Protegida)		Pelo menos uma fase do processo ocorre numa região específica; produto associado à reputação local.	Ligação parcial à região.
Agricultura Biológica (UE)		Produção sem pesticidas de síntese, sem OGM , com respeito pelo ambiente e bem-estar animal.	Regulamentado pela UE, fiscalização obrigatória.
Sem glúten	 SEM GLÚTEN	Produto adequado para celíacos (≤ 20 mg/kg de glúten).	Pode ser naturalmente sem glúten ou produzido com controlo de contaminação.
Comércio Justo (Fair Trade)	 FAIRTRADE	Preço justo aos produtores, condições de trabalho dignas e práticas sustentáveis.	Muito comum em produtos importados (café, cacau, chá).



OGM: organismos geneticamente modificados

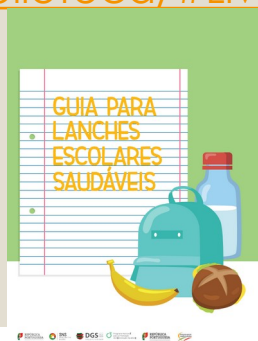
Como conservar os alimentos?



Dicas e sugestões

ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL
DOS 0 AOS 6 ANOS
LINHAS DE ORIENTAÇÃO
PARA PROFISSIONAIS
E EDUCADORES
2019

- Para os adultos:
 - Instagram: ritalopesnutricao; Miguel_figueiredo_m_funcional; nutrimento_pnpas
 - Vegetariano: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-em-Idade-Escolar.pdf>
 - ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS 0 AOS 6 ANOS LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA PROFISSIONAIS E EDUCADORES
- Para as crianças:
 - <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#Comer-beber-e-viver-1.pdf>
 - <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#GuiaLanchesEscolares.pdf>
 - <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#Livro-Sa%C3%BAde-Oral-e-Aliment%C3%A3o.pdf>



PATÉ DE GRÃO, OVO E SALSA

 1 PESSOA

 10 min

QUANTIDADE POR PESSOA

Valor energético (Kcal)	Proteína (g)	HC (g)	Gordura (g)
257	15,5	16,7	13



INGREDIENTES

100g grão-de-bico
1 ovo
1 colher de chá azeite (5ml)
Pimenta q.b.
Açafrão q.b.
Salsa fresca q.b.

ÁGUAS AROMATIZADAS

ÁGUA AROMATIZADA DE LIMÃO, CANELA E HORTELÃ

 1 PESSOA

 5 min

QUANTIDADE POR PESSOA

Valor energético (Kcal)	Proteína (g)	HC (g)	Gordura (g)
0	0	0	0

LEITE-CREME

 4 PESSOAS

 20 min

QUANTIDADE POR PESSOA

Valor energético (Kcal)	Proteína (g)	HC (g)	Gordura (g)
256	15,96	23,7	10,4



INGREDIENTES

750ml leite MG
4 ovos inteiros
30g amido milho
40g mel
Pau de canela
Casca limão
Anís estrelado



INGREDIENTES

1 pau de canela
3 folhas de hortelã
1 casca limão
200ml água

VAMOS FAZER A EMENTA SEMANAL PARA A FAMÍLIA?

Com esta atividade pretende-se que as crianças consigam apresentar uma proposta de ementa familiar para 1 semana. Para a elaboração da ementa familiar saudável devem ser ensinadas às crianças as seguintes regras.

→ A ementa deve ser COMPLETA

As refeições completas começam sempre com uma sopa de legumes. Depois, o prato da refeição deve dividir-se em T ou seja, metade do prato para os hortícolas e a outra metade repartida entre a carne (ou pescado ou ovos) e os alimentos do grupos dos cereais e tubérculos (batata, arroz ou massa). A refeição deve terminar com fruta à sobremesa e a água é a bebida que nos deve acompanhar sempre. As leguminosas (feijão, ou grão ou ervilha) também podem e devem estar presentes, na sopa ou no prato.

→ A ementa deve ser VARIADA

Variar ao longo das diferentes refeições é muito importante. Variar entre carne, peixe e ovos e idealmente ter um número de refeições de peixe igual ou superior ao número de refeições de carne. Variar nos alimentos do grupo dos cereais (arroz, massa ou batata), variar os hortícolas e escolher fruta de diferentes cores ao longo da semana.

→ Dar preferência a MÉTODOS DE CONFEÇÃO MAIS SAUDÁVEIS

Deve dar-se preferência a métodos de confeção que protejam o valor nutricional dos alimentos, como por exemplo, as jardineiras, estufados, cozidos, arroz...ou seja "pratos de panela", cheios de cor e sabor. Em contrapartida devemos limitar aqueles que acrescentam gordura aos alimentos, como os fritos.



Sopa

Prato

Fruta

Água

2ª FEIRA

almoço	jantar

Checklist

Será que fiz as escolhas certas para a minha ementa?

- ☐ A minha ementa tem feijão, grão ou ervilhas em algumas das refeições (na sopa ou no prato)?
- ☐ O peixe faz parte de pelo menos metade das refeições da minha ementa?
- ☐ A fruta é a sobremesa de quase todas as refeições e tenho frutas variadas ao longo da semana?
- ☐ Tenho refeições com massa, arroz ou batata e vou variando ao longo dos dias da semana?
- ☐ A sopa de legumes está presente em todas as refeições?
- ☐ A água é a bebida de todas as refeições?



Depois da ementa estar concluída, pedir às crianças para identificarem os alimentos que serão necessários comprar. Antes disso, deve verificar-se os alimentos que ainda estão disponíveis na despensa de casa e que por isso não serão necessários comprar.



CRIANÇAS NA COZINHA



CRIANÇAS 3 A 5 ANOS

Podem ajudar em tarefas muito simples, como por exemplo, lavar fruta e hortícolas, passar e juntar ingredientes em preparações a frio, mexer uma preparação a frio e amassar massa de pão.

1

Cerca de 25% da ingestão energética diária das crianças e jovens provém dos lanches.



20-25%



5-10%



30-35%



10-15%



25-30%



5%



Pequeno-almoço



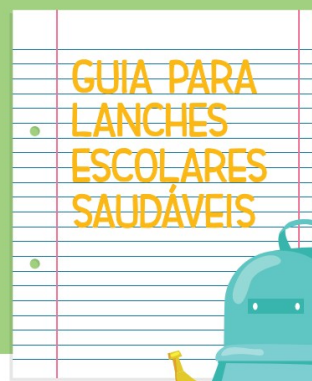
Almoço



Jantar

Lanche
manhã

Lanche
tarde



Manual "Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos"

GRUPO DE ALIMENTOS

3-9 ANOS

Lanche da manhã

1 pacote de leite
1 maçã

Lanche da tarde

½ pão de cereais com queijo
Palitos de cenoura
2 nozes

TOTAL

2 porções de lacticínios
1 porção de fruta
0,5 porções de cereais e derivados
¼ hortícolas
0,5 porções frutos gordos

Escolhas conscientes

Vida Saudável

Alimentos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS POR 100G

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Bebidas

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS POR 100ML

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 8,75ml	mais de 2,5ml	mais de 11,25ml	mais de 0,75ml
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75ml	entre 0,75 e 2,5ml	entre 2,5 e 11,25ml	entre 0,3 e 0,7ml
BAIXO	1,5ml ou menos	0,75ml ou menos	2,5ml ou menos	0,3ml ou menos



Quais as razões na sua vida atual que podem constituir uma barreira para fazer uma alimentação saudável e prática regular de atividade física?

Questionário



Apêndice V - Flyer sobre rótulos

Escolhas conscientes

Vida Saudável



Alimentos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS POR 100G

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos



Bebidas

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS POR 100ML

	Gordura (lípidos)	Gordura Saturada	Açúcar	Sal
ALTO	mais de 8,75ml	mais de 2,5ml	mais de 11,25ml	mais de 0,75ml
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75ml	entre 0,75 e 2,5ml	entre 2,5 e 11,25ml	entre 0,3 e 0,7ml
BAIXO	1,5ml ou menos	0,75ml ou menos	2,5ml ou menos	0,3ml ou menos

Apêndice VI - Panfleto vacinação contra a gripe em crianças



Questões frequentes

✎ Quero que o meu/minha filh@ seja vacinad@, o que devo fazer ?

Contactar a sua equipa saúde.

✎ Em que locais podem ser administradas as vacinas?

Nos centros de saúde.

✎ A vacina é segura para crianças pequenas?

Sim. A vacina é amplamente estudada e recomendada pelas autoridades de saúde.

✎ Porque devo vacinar a minha criança mesmo que seja saudável?

Crianças saudáveis também podem desenvolver complicações graves. A vacinação é uma medida preventiva eficaz.

✎ Qual o período ideal para vacinar?

Preferencialmente no outono, antes do pico da atividade gripal para que a criança ganhe imunidade antes do pico do contágio.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



CONTACTOS

Departamento de Saúde Pública
ULS Coimbra |

E-mail: dps@ulscoimbra.min-saude.pt
Tel: 239802112

DESCUBRA A APP SNS COIMBRA

Disponível em
Android e iOS



A ULS de Coimbra mais perto de si.

Vacinação Pediátrica contra a Gripe

Prevenir é ganhar — vacinar é cuidar!

Departamento de Saúde Pública



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULS
COIMBRA

Espaço para codificação do documento

VACINAÇÃO PEDIÁTRICA CONTRA A GRIPE

Grupo alvo :

Crianças dos 6 aos 23 meses (a vacina é gratuita no Serviço Nacional de Saúde).



Crianças dos 2 aos 5 anos (recomendada, no entanto não gratuita).



VACINAÇÃO PEDIÁTRICA CONTRA A GRIPE

Objetivos da vacinação:

- ✎ Diminuir a circulação do vírus na comunidade.
- ✎ Reduzir o risco de doença grave, complicações respiratórias e internamento.
- ✎ Promover a proteção dos grupos mais vulneráveis

Porquê vacinar?

- ✎ A DGS recomenda vacinar crianças entre os **6 meses e os 23 meses**, porque esta faixa etária tem risco significativo de hospitalização.
- ✎ A gripe é uma infeção viral que se transmite facilmente. **As crianças são os vetores primários de transmissão do vírus na comunidade.**
- ✎ Também é recomendada a vacinação para crianças entre os **2 e os 5 anos**, para prevenir **formas graves da doença.**

A vacina é **segura, comprovada e eficaz** para reduzir internamentos ou sintomas mais graves

VACINAÇÃO PEDIÁTRICA CONTRA A GRIPE

O impacto da gripe nas nossas crianças



A faixa etária dos 0 – 4 anos apresenta uma das **maiores taxas de hospitalização** por gripe;

A **taxa de admissão em Unidades de Cuidados Intensivos nas crianças por gripe** foi considerada crítica na época 24/25 quando comparada com as taxas de incidência em idosos;

Em 2024/2025, **74,2% das crianças** entre os 0 e os 4 anos, deram **entrada nas urgências** com diagnóstico principal de **gripe**.

Benefícios da vacinação:

- ✓ Proteção individual
- ✓ Proteção coletiva
- ✓ Redução de surtos e epidemias

Este ano já tem datas

23 setembro 2025
a 30 abril 2026



Apêndice VII - Cartaz vacinação contra a gripe em crianças



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ULS

#StopGripeCrianças

Vacine os seus filhos contra a

Gripe

Quem pode ser vacinado?

- Crianças dos 6 aos 23 meses (a vacina é gratuita no Serviço Nacional de Saúde).
- Crianças dos 2 aos 5 anos (recomendada, no entanto não gratuita).

É importante porque?

- Diminui a circulação do vírus na comunidade
- Reduz o risco de doença grave, complicações respiratórias e internamento
- Promove a proteção dos grupos vulneráveis

Onde vacinar?

Nas Unidades de Saúde Familiar

Até quando pode ser administrada?

23 de Setembro 2025 a 30 de Abril de 2026

A vacina é segura, comprovada e eficaz

Departamento de Saúde Pública

Anexos

Anexo I – Pedido de parecer à Comissão de Ética do IPV

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

Formulário para submissão de pedidos de parecer da Comissão de Ética
relativos a estudos de investigação

Todos os campos abaixo devem ser preenchidos eletronicamente. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para um anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do projeto

Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil

Identificação do(s) proponente(s)

Nome(s) **Beatriz Saúde Rodrigues**

Filiação institucional **Escola Superior de Saúde de Viseu integrada no Instituto Politécnico de Viseu - Mestrado em Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1º edição.**

Investigador responsável/orientador

Nome **Cláudia Balula Chaves**

Número do ORCID ou CIÊNCIAVITAE do investigador responsável/orientador:
<http://orcid.org/0000-0002-8103-7221>

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

Justificação do estudo

A relevância do estudo prende-se com a necessidade emergente identificada no diagnóstico de situação, que remete ao aumento na prevalência de obesidade infantil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como produto de um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético total. Esta é considerada a doença crónica mais fácil de tratar, no entanto é vista como a epidemia do século XXI. Segundo o relatório elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge no âmbito das atividades desenvolvidas na 6.ª ronda do COSI Portugal (2022) – Sistema de Vigilância Nutricional Infantil do Ministério da Saúde a prevalência de obesidade infantil aumenta com a idade, sendo que em 2021/2022, 13,5% das crianças apresentavam obesidade e 31,9% tinham excesso de peso. Batista et al (2025) referem que a obesidade infantil tem um impacto negativo na cognição das crianças e jovens.

O PNPAS revela que para os dados de 2019 relativamente à obesidade infantil, foi estimada uma prevalência de 29.6% de crianças e jovens com excesso de peso (onde se inclui a obesidade). Encontra-se também reportado que 12% correspondem a crianças dos 6 aos 8 anos de idade com obesidade.

O PNPAS (2022), evidencia que os principais fatores para a perda de anos de vida saudável prendem-se ao elevado consumo de carne vermelha, à elevada ingestão de sódio e ao diminuto consumo de cereais integrais. Em Portugal, a população tem uma ingestão de açúcares livres superior a 10% do valor energético total, sendo esta percentagem superior nos adolescentes, com um valor de 48,7%, e nas crianças com 40,7%. No entanto, verifica-se que o consumo de frutas e hortícolas não atinge o recomendado, principalmente nos grupos dos adolescentes (78%) e nas crianças (72%). Devido a isso, 1 em 12 crianças com menos de 5 anos e 1 em 3 crianças entre os 5 e os 9 anos, apresentam excesso de peso (PNPAS, 2022).

Em crianças de 4 a 9 anos, a ingestão energética é maior comparativamente com valores recomendados, observando-se também a mesma tendência na ingestão de proteína, evidente particularmente no sul da Europa e na ingestão de gordura e açúcar. A par deste excesso energético encontra-se também uma atividade física diária inferior ao recomendado (DGS,2020).

Na área geográfica abrangida pela ULS [REDACTED], duas das cinco morbilidades registadas em 2024 com maior proporção na população de inscritos foram a obesidade (9,3 %) e o excesso de peso (14,9 %). Posto isto, a 31 de dezembro de 2024, no que respeita a determinantes de saúde, o diagnóstico ativo registado nos cuidados de saúde primários com maior proporção de utentes da ULS, foi o excesso de peso/obesidade (24,2 %). Especificamente no Centro de Saúde [REDACTED], foi detetada uma percentagem de obesidade de 10,66% na USF [REDACTED]; na USF as [REDACTED] 10,46%; USF [REDACTED] 9,06%; 16 USF [REDACTED] 10,86%; USF [REDACTED] 10,45% e

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

USF [REDACTED] 9,94% (ULS [REDACTED], 2024). Atendendo a estes valores, verifica-se que a população de [REDACTED] beneficia de intervenções de saúde na área da prevenção da obesidade, conciliando-se ainda este fator com a realização de estágio de Mestrado de Enfermagem Comunitária, na UCC de Cantanhede, foi eleito o Agrupamento de Escolas [REDACTED] a [REDACTED] em [REDACTED] para realização do estudo.

A associação de uma alimentação de má qualidade com uma prática de atividade física reduzida contribui para a prevalência elevada não só de obesidade como de doenças associadas (DGS,2020).

Relativamente à atividade física e comportamentos sedentários, existiu um aumento na ordem dos 2,2 pontos percentuais a 9,3 pontos percentuais, verificando-se um maior aumento no uso do computador para jogos de 18% para 27,4%. As atividades sedentárias, nomeadamente os passatempos recreativos em frente aos ecrãs, podem diminuir a saúde metabólica das crianças, aumentar a sua quantidade de gordura corporal, reduzir o comportamento social e ainda interferir negativamente na duração e qualidade do sono. Segundo o PNPAF (2017) estima-se que, em Portugal, as crianças e adolescentes entre os 6-14 anos dediquem em média perto de 9 horas por dia em comportamentos sedentários. De modo a diminuir esses comportamentos, a OMS (2020) recomenda que as crianças pratiquem em média 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa e preferencialmente aeróbia ou então atividades aeróbias de intensidade vigorosa e/ou de fortalecimento muscular e ósseos, pelo menos 3 dias por semana. Contudo é importante reforçar que praticar alguma atividade física é melhor do que nenhuma, sendo que as crianças devem começar com pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo (OMS, 2020).

Nos últimos anos, deparamo-nos com uma realidade que tem aumentado, sendo ela as desigualdades socioeconómicas associadas à obesidade. Em Portugal e noutros países europeus, evidencia-se maiores casos de obesidade em crianças proveniente de familiares com menor capacidade económica e com menor escolaridade (DGS,2020). Assim, é imperativo aumentar a literacia de todas as famílias, sendo esta descrita pela OMS como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”. A escola surge assim com um papel fulcral, pois constitui uma ponte de acesso às famílias.

O contexto escolar consiste ainda num espaço privilegiado para a abordagem de várias temáticas, considerando-se um local que pode exercer uma grande influência na adoção de comportamentos benéficos para a saúde individual e coletiva. Ao investir na aquisição de conhecimentos e hábitos no meio escolar, a criança aprende a responsabilizar-se pelo seu próprio bem-estar e saúde, promovendo a autonomia dos seus cuidados pessoais e da sua

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

imagem, pelo que lhe devem ser fornecidas ferramentas para que este realize um constructo positivo (Martins e Borges, 2023). Surge aqui o papel fundamental dos docentes e não docentes, como facilitadores desse processo.

Se as crianças forem incentivadas a ter bons hábitos de saúde e estiverem conscientes para esta doença, podem crescer de forma saudável e próspera, tomando decisões ao longo das suas vidas com maior consciência. Ademais, vários estudos demonstram que a aquisição e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis pelas crianças encontra-se fortemente condicionada pelo seu ambiente. Segundo a teoria da aprendizagem social de Bandura (1977), no sistema de aprendizagem social, novos padrões de comportamento podem ser adquiridos por meio da experiência direta ou da observação do comportamento de outras pessoas. Uma vez que a maioria dos comportamentos que as pessoas exibem são aprendidos, deliberadamente ou inadvertidamente, por meio da influência do exemplo, um bom exemplo é, portanto, um muito melhor professor do que as consequências de ações não guiadas. Daqui depreende-se que as crianças podem adquirir comportamentos através da observação dos seus pais, EE ou docentes e não docentes da escola (ambiente onde passam uma quantidade significativa de tempo), pelo que quanto melhor for esse exemplo, melhor serão os comportamentos que elas próprias irão adotar.

Objetivos do estudo

O objetivo geral do presente estudo é prevenir o excesso de peso e obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas de [REDACTED], através da aquisição de conhecimentos por parte dos pais, EE, docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis, até ao final do ano letivo 2025/2026.

Os objetivos específicos são:

- Aumentar em pelo menos 30% os conhecimentos dos EE, pais, docentes e não docentes dos alunos do 1.º ciclo do agrupamento de escolas [REDACTED] sobre hábitos de alimentação saudável para a prevenção de excesso de peso e obesidade das crianças, até ao final do 1.º período letivo de 2025/2026, avaliados através de um questionário aplicado antes e após a sessão educativa.
 - Aumentar em pelo menos 30% os conhecimentos dos EE, pais, docentes e não docentes dos alunos do 1.º ciclo do agrupamento de escolas [REDACTED] sobre hábitos de atividade física saudável na prevenção de excesso de peso e obesidade das crianças, até ao final do 1.º período
-

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

letivo de 2025/2026, avaliados através de um questionário aplicado antes e após a sessão educativa.

- Promover a participação de pelo menos 40% dos pais e encarregados de educação na sessão de educação para a saúde, até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam comportamentos saudáveis em contexto familiar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.
- Promover a participação de pelo menos 90% docentes na sessão de educação para a saúde, até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam comportamentos saudáveis em contexto escolar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.
- Promover a participação de pelo menos 50% não docentes na sessão de educação para a saúde, até ao final do 1.º período letivo, para os capacitar com conhecimentos e estratégias que promovam comportamentos saudáveis em contexto escolar, avaliando o seu nível de empoderamento através de um questionário no final da sessão.

Fundamentação ética do estudo (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos, etc.)

O presente estudo apresentará ganhos em conhecimento, permitindo inferir se uma intervenção direcionada ao aumento de conhecimento das figuras de referência das crianças pode ter vantagens na adoção de comportamentos saudáveis por parte das mesmas. Os benefícios do mesmo serão, portanto, superiores aos riscos, que não se identificam.

Data prevista de início dos trabalhos	11/11/2025	Data prevista de fim dos trabalhos	31/03/2026
Data prevista de início da recolha de dados	Após parecer favorável da Comissão de Ética	Data prevista de fim da recolha de dados	30/01/2026

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

Metodologia

Tipo de estudo

Estudo quantitativo

População e amostra/informantes

Todos os encarregados de educação, pais, docentes e não docentes das crianças de primeiro ciclo do agrupamento de escolas [REDACTED]

Critérios de inclusão/exclusão

O analfabetismo e alterações cognitivas que impossibilitem o preenchimento do questionário, como critérios de exclusão.

Como critério de inclusão serão todos os constituintes da comunidade escolar com mais de 18 anos que sejam incluídos na categoria de encarregados de educação, pais, docentes ou não docentes que aceitem participar.

Local(ais) onde decorre a investigação

Escolas do primeiro ciclo do Agrupamento de escolas [REDACTED]

Instrumento(s) de recolha de dados

(anexar exemplar, no formato a utilizar; se o instrumento de recolha for inquérito *online* indicar o respetivo *link*)

Questionário (em anexo)

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

De que forma é garantida a anonimização e a confidencialidade dos dados recolhidos? Como serão o armazenamento e a destruição dos dados após utilização?

Os questionários aplicados não necessitam da identificação dos inquiridos, assegurando assim o anonimato. Para manter a confidencialidade, os questionários após respondidos deverão ser colocados dentro de envelope e selados. Posteriormente deverão ser colocados numa urna que será recolhida pela investigadora. Após a recolha de dados, o procedimento de destruição cumprirá a norma regulada pela ULS [REDACTED] que consiste na trituração mecânica dos questionários numa trituradora com nível de segurança de P-5 (nível alto de segurança) e de seguida enviadas as partículas para a reciclagem.

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes?

(juntar exemplar do documento para informação e obtenção do consentimento informado ou referir o fundamento para a isenção)

Consentimento Informado (anexo).

Nota: Nas situações em que a recolha de informação se processe por questionário *online*, o formulário de consentimento informado deve ser integrado no questionário, imediatamente antes da formulação das questões, sendo a aceitação dos requisitos condição necessária para se prosseguir.

Em caso de descobertas acidentais ou danos para os participantes que procedimentos estão previstos?

Não estão previstos quaisquer tipo de danos para os participantes ou eventuais descobertas acidentais.

Prevêem-se benefícios para os sujeitos da investigação? Quais?

Os benefícios prendem-se em ganhos para a saúde.

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

Existem custos de participação para os sujeitos da investigação? Quais serão as eventuais compensações?

Não existem custos de participação, nem serão realizadas compensações aos participantes.

Termo de Responsabilidade

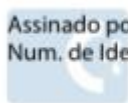
Eu, abaixo assinado, Investigador Responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras, que todo o processo decorrerá de acordo com o projeto de investigação submetido à Comissão de Ética e será executado no estrito cumprimento das Recomendações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) relativas à integridade na investigação científica (<https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/integridade-na-investigacao-cientifica-recomendacao>) e do Regulamento da União Europeia 2016/679 de 27 de abril de 2016 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT>) relativo à proteção e tratamento de dados das pessoas singulares.

Data: 05/12/2025

O Investigador Responsável

Cláudia Balula Chaves

Assinado por: **Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**
Num. de Identificação: 09929151



assinatura



Data: 05/12/2025

O(s) Proponente(s)

Beatriz Saúde Rodrigues

assinatura(s)

Beatriz
Rodrigues

COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS

ANEXAR

1. Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- a. identificação do investigador;
- b. identificação do estudo;
- c. objetivos do estudo;
- d. outras informações relevantes;
- e. carácter voluntário da participação;
- f. confidencialidade das respostas;
- g. declaração, por parte do participante, que recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceitou participar voluntariamente no estudo.

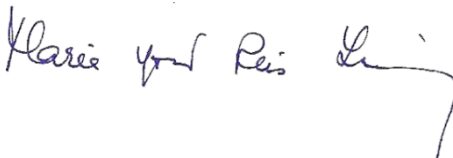
Nota: *No caso de o instrumento de recolha de dados ser realizado online, é imperativo que o consentimento informado, enviado em PDF (formato portátil de documento) esteja estritamente alinhado com o apresentado na plataforma selecionada para a referida recolha.*

2. Instrumento(s) de recolha de dados
3. Projeto de Investigação – OPCIONAL (máximo de 10 páginas)

Anexo II- PARECER N.º 52/SUB/2025

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil
Proponentes do projeto	Beatriz Saúde Rodrigues
Investigador responsável	Prof. ^a Doutora Cláudia Chaves
Data de submissão	11/11/2025
Data da aprovação do parecer	27/11/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 52/SUB/2025

☒ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de ressubmissão após consideração das recomendações

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

Intitulado «Saúde em Rede: Prevenção do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil», e como exhaustivamente descrito, o estudo propõe-se contribuir para o incremento dos hábitos de saúde e alimentares, no contexto da relevante questão do aumento da prevalência da obesidade infantil.

O seu principal objetivo geral consiste da prevenção do excesso de peso e obesidade em crianças do primeiro ciclo das escolas de [REDACTED] através da aquisição de conhecimentos por parte dos pais, EE, docentes e não docentes, sobre comportamentos de alimentação e atividade física saudáveis, até ao final do ano letivo 2025/2026.

Relativamente à fundamentação ética do estudo, os mesmos relacionam-se com ganhos em conhecimento, nomeadamente inferências sobre as eventuais vantagens de uma intervenção direcionada ao aumento de conhecimento das figuras de referência das crianças na adoção de comportamentos saudáveis por parte das mesmas.

O estudo iniciou no dia 11 de novembro de 2025, decorrerá até ao final de março de 2026, prevê iniciar a recolha de dados logo após eventual aprovação desta CE, e terminar o processo de recolha no dia 30 de janeiro de 2026.

Trata-se de um estudo quantitativo, a aplicar aos encarregados de educação, pais, docentes e não docentes das crianças de primeiro ciclo do Agrupamento de Escolas [REDACTED] que aceitem participar (critérios de inclusão), não sendo o questionário extensível a pessoas analfabetas ou com necessidades cognitivas. A recolha de informação decorrerá nas escolas do primeiro ciclo do Agrupamento de Escolas [REDACTED]. Como instrumento de recolha de dados será utilizado um questionário, em papel (partilhado com esta CE, e que não apresenta problemática ética).

Sobre a anonimização e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como sobre o armazenamento e a destruição dos dados após utilização, é indicado que i) os questionários a aplicar não terão identificação dos inquiridos; ii) que os questionários, após respondidos, serão colocados dentro de envelope e selados e, posteriormente, ser colocados em urna para recolha pela investigadora; e que iii), após a recolha de dados, o procedimento de destruição cumprirá as normas reguladas pela ULS [REDACTED].

Sobre a voluntariedade e autonomia dos participantes, os proponentes do estudo remetem para o formulário de Consentimento Informado (apresentado como anexo a este Pedido de Parecer, e num modelo aceitável).

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

É referido não estarem previstos danos para os participantes (o que se aceita), mas não é feita referência a eventuais descobertas acidentais (que, contudo, também não são de prever num estudo desta natureza).

Os benefícios para os sujeitos de investigação relacionam-se com ganhos para a saúde, e, finalmente, é referido não existirem custos de participação (embora se omita qualquer referência a compensações).

RECOMENDAÇÕES

O investigador responsável atendeu a todas as recomendações da CE-IPV, nomeadamente:

- escolha do [REDACTED] para realização do estudo;
- descrição do procedimento de destruição dos dados;
- eventualidade de compensações de participação;
- no Termo de Consentimento Informado é omissa a referência às necessidades cognitivas como critério de exclusão;
- corrigir, no Termo de Consentimento Informado, a frase «o presente questionário será aplicado novamente em janeiro 2024»;
- no Questionário, substituir «sexo» por «género».

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não ☒ Sim ☐

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.6. São pacientes?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 2

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☒

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 4 PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

Anexo III- Autorização da autora da “Escala de Avaliação Autopercebida de Literacia Alimentar” para utilização da escala

 RE: solicitar a sua autorização para utilizar a Escala de Avaliação Auto-percebida de Literacia Alime

 joanaribeiro@apn.org.pt

To: You

 Reply 

 You replied on Tue 9/23/2025 10:14 PM

Boa tarde Exma. Enf. Beatriz Rodrigues,

Desde já muito agradeço o seu contacto e interesse na escala de literacia alimentar, o que tanto me honra. É com muito gosto de autorizo a utilização da escala e desejo o maior sucesso para o vosso projeto.

Qualquer questão não hesite em contactar.

Muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,



Joana Ribeiro
Assessora Técnica
Nutricionista | Cédula Profissional 3392N

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO
Rua João das Regras, n.º 278 e 284 - R/C 3 | 4000-291 Porto
[Telf. 22 2085981*](tel:222085981) | [Fax: 22 2085145](tel:222085145)
geral@apn.org.pt | www.apn.org.pt



* Chamada para rede fixa nacional