



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

CUIDAR DO FUTURO - HÁBITOS ALIMENTARES E DE
SONO NAS CRIANÇAS DO 1º CICLO – PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Relatório Final

Eva da Costa Prata

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

CUIDAR DO FUTURO - HÁBITOS ALIMENTARES
E DE SONO NAS CRIANÇAS DO 1º CICLO –
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

TAKING CARE OF THE FUTURE – EATING AND
SLEEPING HABITS IN PRIMARY SCHOOL
CHILDREN – PROJECT FOR THE
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL
SKILLS IN COMMUNITY HEALTH AND PUBLIC
HEALTH NURSING

Estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Elisabete Borges e
coorientado pela Professora Doutora Teresa
Martins

Porto, 2025

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso não teria sido possível sem o contributo, apoio e inspiração das várias pessoas e instituições, às quais quero expressar o meu sincero agradecimento.

À equipa pedagógica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em particular à Professora Doutora Elisabete Borges e à Professora Doutora Teresa Martins, pela partilha de conhecimentos, dedicação e constante acompanhamento ao longo deste percurso. Ao Professor Carlos Pinto, orientador de estágio, agradeço a orientação próxima, os conselhos valiosos e as palavras de incentivo nos momentos mais desafiantes.

Às enfermeiras tutoras da USP e da UCC, expresso a minha gratidão pela disponibilidade, acolhimento e por partilharem o seu saber e experiência.

Aos restantes profissionais das Unidades de Saúde onde estagiei, o meu reconhecimento pelo contributo, colaboração e espírito de equipa, que enriqueceram esta etapa formativa.

Aos professores da escola onde foi desenvolvido o projeto, um especial agradecimento pela colaboração, tendo sido essencial para a concretização das atividades.

À Enfermeira Fátima e à Rosa, o meu agradecimento pelo apoio constante, pelas palavras de motivação e pela generosa partilha do vosso conhecimento enquanto enfermeiras especialistas.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado, Bárbara e Sofia, agradeço pela amizade, apoio mútuo e companheirismo incansável nos desafios e conquistas.

À minha família, pilar fundamental ao longo desta jornada, pelo apoio incondicional, sem o qual a concretização deste trabalho não teria sido possível.

A todos, obrigada!

RESUMO

O presente relatório de estágio apresenta um trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, com o objetivo de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista nesta área. O projeto centrou-se na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e sono, fundamentais para o crescimento, desenvolvimento cognitivo e bem-estar emocional das crianças, influenciados por fatores biológicos, familiares, sociais e ambientais.

A escola, enquanto espaço privilegiado de aprendizagem e socialização, constitui um contexto estratégico para a promoção da saúde, permitindo o desenvolvimento de intervenções educativas eficazes junto da comunidade escolar. No âmbito dos estágios profissionais realizados numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade foi delineado e implementado um projeto de intervenção comunitária, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos encarregados de educação, promovendo hábitos alimentares e de sono saudáveis nos alunos do 1.º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas na região Norte de Portugal.

Com base na metodologia de planeamento em saúde, identificaram-se dois principais problemas na população-alvo: o uso frequente de dispositivos eletrónicos antes do sono e a baixa literacia relativamente à interpretação de rótulos alimentares. Assim, foram desenvolvidas atividades de educação para a saúde, focadas no impacto da tecnologia no sono infantil e na promoção da alimentação saudável, com destaque para a interpretação de rótulos alimentares.

Após a implementação do projeto verificou-se um impacto positivo nos comportamentos dos encarregados de educação e das crianças. Cerca de 80% dos encarregados de educação referiram que os seus educandos passaram a desligar os dispositivos eletrónicos pelo menos uma hora antes de dormir e que as crianças passaram a realizar atividades sem recurso a ecrãs nesse período. Todos demonstraram conhecer o sistema Nutri-score e 66,6% revelaram conhecer a quantidade diária recomendada de açúcar e sal para os seus educandos.

A principal dificuldade prendeu-se com a baixa adesão dos encarregados de educação, o que reforça a necessidade de refletir sobre estratégias mais eficazes que promovam um maior envolvimento destes nas iniciativas escolares. Adicionalmente, outras atividades realizadas em âmbito de estágio contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Comunitária e de Saúde Pública, fortalecendo a capacidade de proceder à vigilância epidemiológica, planear, gerir e implementar cuidados de qualidade orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença no seio da comunidade.

Palavras-chave: saúde pública; saúde comunitária; enfermagem; saúde escolar.

ABSTRACT

This internship report presents work carried out as part of the Master's Degree in Community Health Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing, with the aim of developing the specific competencies of the Specialist Nurse in this area. The project focused on promoting healthy eating and sleeping habits, which are fundamental for children's growth, cognitive development and emotional well-being, influenced by biological, family, social and environmental factors.

The school, as a privileged space for learning and socialization, is a strategic context for health promotion, enabling the development of effective educational interventions with the school community. As part of the professional internships carried out in a Public Health Unit and a Community Care Unit, a community intervention project was designed and implemented, with the aim of increasing the health literacy of parents, promoting healthy eating and sleeping habits among elementary school students in a school grouping in the north of Portugal.

Based on the health planning methodology, two main problems were identified in the target population: the frequent use of electronic devices before sleep and low literacy in interpreting food labels. Health education activities were therefore developed, focusing on the impact of technology on children's sleep and the promotion of healthy eating, with an emphasis on the interpretation of food labels.

After the project was implemented, there was a positive impact on the behavior of parents and children. Around 80% of parents reported that their children switched off their electronic devices at least an hour before bedtime and that the children started doing screen-free activities during this time. All of them said they knew the Nutri-score system and 66.6% said they knew the recommended daily amount of sugar and salt for their children.

The main difficulty was the low level of support from parents, which reinforces the need to think about more effective strategies to get parents more involved in school initiatives. In addition, other activities carried out as part of the internship contributed to the development of the common and specific skills of the Community Nursing Specialist in the area of Community Health and Public Health, strengthening the ability to carry out epidemiological surveillance, plan, manage and implement quality care aimed at promoting health and preventing disease within the community.

Keywords: public health; community health; nursing; school health.

SIGLAS

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

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Encarregados de Educação

EEECAESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EPS - Escolas Promotoras de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

MDH - Minnesota Department of Health

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PES - Promoção e Educação para a Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1. Saúde escolar	11
1.2. Os hábitos alimentares e a família	14
1.3. Os hábitos de sono e a família	18
2. CONTEXTO DO ESTÁGIO	23
2.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde	24
2.2. Caracterização da Unidade de Saúde Pública	25
2.3. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade	25
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	27
3.1. Elaboração do plano	27
3.1.1. Diagnóstico da situação	27
3.1.2. Determinação de prioridades	35
3.1.3. Fixação de objetivos	36
3.1.4. Seleção de estratégias	45
3.1.5. Elaboração do projeto	48
3.1.6. Preparação da execução	49
3.2. Execução	54
3.3. Avaliação	54
4. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	61
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: CONTRIBUTO DA PRÁTICA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	65
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Taxa de resposta e caracterização sociodemográfica da amostra	30
Tabela 2 - Dados relativos ao pequeno-almoço	32
Tabela 3 - Dados relativos ao lanche a meio da manhã	32
Tabela 4- Dados relativos ao conhecimento dos EE em relação aos rótulos dos alimentos	34
Tabela 5 - Dados relativos ao conhecimento dos EE sobre hábitos de sono...	35
Tabela 6 - Objetivos específicos, metas e indicadores de resultado.....	44
Tabela 7 - Resumo do plano de sessão da atividade 1.....	50
Tabela 8 - Resumo do plano de sessão da atividade 2.....	51
Tabela 9 - Previsão de recursos.....	53
Tabela 10 - Indicadores de resultado relativos à sessão da Atividade 1.....	55
Tabela 11 - Indicadores de resultado, metas e avaliação	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Logotipo do projeto "Cuidar do Futuro"	49
---	----

INTRODUÇÃO

As escolas são um local de permanência, durante grande parte do dia para quem nelas estuda e trabalha. Com a extensão progressiva da escolaridade obrigatória e a ampliação da formação profissional e superior, o ambiente escolar assume um papel fundamental na vida das pessoas. Nesse contexto, a escola pode ser considerada um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos e comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença. Além disso, as intervenções em saúde têm o potencial de abranger toda a comunidade escolar, fortalecendo a sua eficácia e impacto (Drouka et al., 2023).

Neste sentido, a promoção da saúde assume um papel central. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986, p.1) define-a como sendo “(...) o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo e melhorar a sua própria saúde”. Este conceito alinha-se com a visão da saúde pública, especialmente, no que concerne à sua abordagem em relação à promoção do bem-estar da população, à prevenção da doença e à disponibilização de serviços de saúde (Laverack, 2014).

No contexto escolar, a promoção da saúde pode ser facilitada por uma abordagem integrada e especializada, como a que é desenvolvida na enfermagem comunitária e de saúde pública. O meio escolar apresenta-se como um cenário propício para a tomada de decisão em saúde direcionada à comunidade enquanto unidade de cuidados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECAESCSP) desempenha um papel essencial neste processo, contribuindo para a capacitação dos grupos e comunidades, avaliando o seu estado de saúde através da metodologia do planeamento em saúde (Melo et al., 2018; Regulamento n.º 428/2018).

O planeamento em saúde pode ser entendido como a otimização da utilização dos recursos disponíveis para alcançar os objetivos estabelecidos, com o propósito de reduzir os problemas de saúde tidos como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Ainda segundo os mesmos autores, este processo envolve uma

coordenação entre diferentes setores, garantindo uma abordagem integrada e eficaz na promoção da saúde.

Entre as temáticas desenvolvidas no âmbito da saúde escolar, a promoção de uma alimentação equilibrada e de uma rotina de sono adequada, numa fase precoce da infância, é essencial para melhorar a capacidade de aprendizagem, a regulação emocional e a prevenção de problemas de saúde a longo prazo. Os hábitos alimentares e os hábitos de sono comprometidos estão, a médio ou a longo prazo, na base do aparecimento de patologias, como as doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hipertensão arterial. Estas destacam-se entre as principais causas de mortalidade nos adultos em Portugal, nomeadamente as doenças do aparelho circulatório, que representam 25,9% da proporção de óbitos ocorridos no país por causas de morte mais frequentes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024; Kobel et al., 2023; Pacheco & Vyas, 2023). Os hábitos alimentares inadequados encontram-se entre os cinco fatores de risco que levam à perda de anos de vida saudável e à mortalidade em Portugal, na população adulta. Estima-se também que, em Portugal, 25% das crianças tenham, em alguma fase da sua infância, uma perturbação no sono (Gregório et al., 2020).

Tendo como enquadramento estes dois domínios, procedeu-se à elaboração de um trabalho, no qual foram propostas atividades alinhadas com as competências comuns do enfermeiro especialista, previstas no Regulamento n.º 140/2019 que incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Permitiu ainda desenvolver competências específicas do EEECAESCSP tais como, estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e realizar vigilância epidemiológica.

O presente relatório pretende dar a conhecer este trabalho desenvolvido, que se encontra alinhado com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030

(PNS), com os eixos estratégicos do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e com os problemas de saúde priorizados a nível do Plano Local de Saúde (PLS). Contou com a orientação da Professora Doutora Elisabete Borges e Professora Doutora Teresa Martins.

A parte empírica do trabalho foi realizada durante o módulo I e II do estágio de natureza profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico da temática em estudo, sustentando os principais conceitos que a fundamentam. O segundo caracteriza o contexto em que decorreu o estágio, proporcionando uma compreensão do ambiente e das suas características. O terceiro capítulo descreve a metodologia do planeamento em saúde e o que foi realizado em cada uma das suas etapas. No quarto capítulo são apresentadas outras atividades complementares realizadas durante o estágio. Por fim, o último capítulo consiste numa análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em contexto de estágio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A alimentação e o sono desempenham um papel fundamental no crescimento, no desenvolvimento cognitivo e no bem-estar emocional das crianças, sendo influenciados por fatores biológicos, familiares, sociais e ambientais. A escola, como espaço privilegiado de aprendizagem, assume um papel central na promoção de hábitos saudáveis, possibilitando intervenções eficazes na educação alimentar e na regulação do sono. Neste contexto, a metodologia do planeamento em saúde permite identificar necessidades, definir estratégias e implementar ações baseadas em evidências para melhorar a qualidade de vida infantil. Assim, o enquadramento teórico deste documento desenvolve os conceitos chave e temas relevantes que fundamentam o trabalho desenvolvido.

Este capítulo encontra-se subdividido em três partes: a primeira aborda a saúde escolar em Portugal, seguidamente apresentam-se os hábitos alimentares e a família e, por último, os hábitos de sono e a família.

1.1. Saúde escolar

A Carta de *Ottawa*, publicada em 1986, serviu como referência fundamental para o desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a promoção da saúde. Estabeleceu princípios e estratégias essenciais para fortalecer a saúde pública, enfatizando a capacitação das pessoas, a criação de ambientes saudáveis e a implementação de políticas que favoreçam o bem-estar da população. O conceito de saúde foi redefinido, deixando de estar centrado apenas na pessoa, passando a contemplar fatores externos que influenciam o bem-estar, nomeadamente a interação que o indivíduo tem com os diferentes ambientes, tais como, a família, a escola e a comunidade onde este está inserido (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2015).

As instituições de educação, em particular, desempenham um papel vital na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de competências socio emocionais (OMS, 2021). Crianças e jovens que frequentam estas instituições

encontram-se numa fase propícia para assimilar conhecimentos que podem influenciar positivamente os seus comportamentos e promover estilos de vida saudáveis. Por essa razão, as escolas devem ser o foco de intervenções voltadas para a promoção e educação para a saúde (Sousa & Trindade, 2013).

Desde 1994 que Portugal pertence à Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (EPS). Estas têm por missão criar um ambiente educacional que favoreça o bem-estar físico, mental e social de toda a comunidade escolar. Para isso, estas escolas integram a promoção da saúde ao currículo, à cultura escolar e às práticas diárias, capacitando alunos, professores, funcionários e famílias a adotarem estilos de vida saudáveis. Além disso, procuram fortalecer parcerias com os serviços de saúde e com a comunidade, garantindo um ambiente seguro, inclusivo e favorável ao desenvolvimento integral dos estudantes (International Union for Health Promotion and Education, 2009). As EPS têm como princípios a equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empoderamento da comunidade educativa para as questões da saúde (DGS, 2015).

A DGS (2015, p. 16) afirma que a saúde escolar:

“(...) procura entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde das crianças e jovens, salvaguardando a das/os mais vulneráveis. Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo”.

A promoção da saúde em meio escolar pode definir-se como qualquer atividade que é realizada para melhorar ou proteger a saúde de toda a comunidade educativa. Esta abordagem está integrada nas principais estratégias de intervenção do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS) direcionadas aos determinantes de saúde. Alguns desses determinantes exercem um impacto significativo na morbilidade e mortalidade na infância e adolescência. Desta forma, as intervenções em saúde escolar devem ser orientadas para dar resposta ao impacto que os determinantes de saúde têm na vida das crianças e jovens (DGS, 2015; DGS, 2021; Lawrence et al., 2010). De acordo com o modelo

de Dahlgreen e Whitehead (1991), estes determinantes, predominantes na população escolar, são considerados macrodeterminantes e determinantes relacionados com as condições de vida. Estes grupos de determinantes são aqueles que vão exercer influência nos determinantes individuais, nomeadamente no que diz respeito aos estilos de vida (Ferrinho, 2011).

Em Portugal, as políticas de promoção da saúde em meio escolar são guiadas pelo PNSE, que estabelece estratégias para a melhoria do bem-estar físico, mental e social da comunidade educativa. O presente PNSE foi elaborado com base no PNS 2012-2016, posteriormente estendido até 2020, nos objetivos e estratégias definidos pela OMS para a região Europeia e nos princípios das EPS (DGS, 2015). O papel do Ministério da Educação, em articulação com DGS, possibilita a implementação e o desenvolvimento do PNSE, visando o fortalecimento das capacidades das instituições de ensino para lidar com questões relacionadas com a promoção, prevenção e proteção da saúde. As instituições de ensino e de saúde, têm como objetivo comum capacitar os alunos para enfrentar os desafios relacionados com a sua saúde durante o seu percurso escolar (Lawrence et al., 2010; Sousa & Trindade, 2013).

A gestão do PNSE é da responsabilidade das USP, sendo o programa implementado em articulação com as UCC e outros parceiros da comunidade. Para a implementação do PNSE é necessário trabalho de equipa, o envolvimento da comunidade escolar e o estabelecimento de parcerias (DGS, 2015; Martins & Borges, 2023).

A população-alvo do PNSE é constituída pela comunidade educativa, que comporta os alunos, pessoal docente e não docente e encarregados de educação (EE) das escolas do Ministério da Educação, Instituições Particulares de Solidariedade Social e, caso existam recursos humanos disponíveis para intervenção, as instituições privadas.

Os objetivos para a saúde em contexto escolar estão definidos no PNSE e passam por promover estilos de vida saudáveis e elevado nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; promover a

saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho dos alunos; estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar (DGS, 2015).

Encontram-se contemplados no PNSE seis eixos estratégicos, articulados entre si, que influenciam a saúde, quer a nível individual, quer a nível coletivo, sendo estes: a capacitação, o ambiente escolar e saúde, as condições de saúde, a qualidade e inovação, formação e a investigação em saúde escolar e parcerias. Em cada um destes eixos são desenvolvidas áreas de intervenção e objetivos operacionais para os quais existem estratégias de intervenção de saúde escolar (DGS, 2015). Um dos grandes eixos deste programa é a capacitação que consiste em “(...) adquirir informação, compreendê-la, estar habituado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões” (DGS, 2015, p. 22). A capacitação no âmbito da saúde escolar contribui para “(...) elevar o nível de literacia para a saúde, incentivar a diversidade das práticas e envolver toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum” (DGS, 2015, p. 22). Assim, prevê-se que exista uma intervenção nas áreas da saúde mental e competências socio emocionais, educação para os afetos e sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas e nos comportamentos aditivos sem substâncias.

1.2. Os hábitos alimentares e a família

A infância é o período da vida no qual é imprescindível adotar comportamentos saudáveis. A importância de estabelecer uma alimentação saudável e cuidada na infância, bem como os seus benefícios a curto e longo prazo, são temáticas fundamentais a serem desenvolvidas. A alimentação saudável engloba no seu conceito uma alimentação completa, variada e equilibrada, que proporciona energia necessária e promove um bem-estar físico. Este tipo de alimentação apresenta vários benefícios como, aporte energético e de nutrientes essenciais para o funcionamento do organismo, a ajuda na manutenção do estado de saúde

físico e mental e a contribuição para o crescimento e desenvolvimento infantil (DGS, 2023).

Contudo, o aumento da produção de alimentos processados, o aumento da urbanização e a mudança de estilos de vida levaram a que houvesse uma alteração nos padrões de alimentação ao longo do tempo. Atualmente, a população consome mais alimentos com elevado teor de calorias, gorduras, açúcares e sal em detrimento do consumo de frutas, vegetais e cereais (OMS, 2020).

Verifica-se que esta alteração de comportamentos alimentares tem influência no estado ponderal e, conseqüentemente, promove o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, sendo atualmente um grave problema de saúde pública, uma vez que a obesidade constitui um dos principais determinantes de morbilidade nas crianças (Rito et al., 2023).

Segundo a última ronda do *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal de 2022, verificou-se que, nas crianças com idades compreendidas entre os seis e os oitos anos, 31,9% apresentam excesso de peso e 13,5% obesidade, registando-se um aumento em relação aos valores de 2019 de 2,2% na prevalência de excesso de peso e de 1,6% na prevalência de obesidade (Rito et al., 2023).

Além do excesso de peso e obesidade, as alterações do padrão nutricional também são responsáveis por desencadear, a curto prazo, conseqüências para a saúde mental das crianças, pela discriminação e estigma associados à imagem corporal, e a longo prazo, doenças crónicas como as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, dislipidemia e alguns tipos de cancro (Lobstein & Jackson-Leach, 2016; Reilly & Kelly, 2011; Rito et al., 2023).

O comportamento alimentar diz respeito a todas as ações relacionadas com os alimentos como as decisões, a disponibilidade, o modo de preparação, os utensílios a utilizar, os horários, a divisão das refeições e a ingestão do alimento. Os fatores que podem ter influência nos comportamentos alimentares são individuais (biológicos, cognitivos, culturais e religiosos), familiares e ambientais

(escola ou comunidade onde cada um se insere). O ambiente e as experiências com os alimentos, fatores modificáveis, têm sido aqueles que demonstram ter um papel central no desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças (DeCosta et al., 2017; Santos et al., 2018). O primeiro ambiente com o qual as crianças interagem é, na maioria dos casos, a sua família. Esta constitui o principal meio de aprendizagem e no qual ocorre o desenvolvimento moral, cognitivo e afetivo (Costa, 2015).

Os pais ou EE desempenham um papel fundamental na alimentação dos seus filhos, projetando neles os seus próprios conhecimentos e hábitos. São os pais que, em geral, fazem a escolha e a aquisição da oferta alimentar disponível no domicílio. É através dos pais que as crianças experimentam novos sabores, diferentes consistências e diferentes formas de preparação dos alimentos. É também em família que se estabelecem os horários e a quantidade de refeições. Os cuidadores conseguem moldar as preferências das crianças e a aceitação de alimentos saudáveis quando realizada uma exposição precoce aos mesmos, orientando assim os seus comportamentos alimentares (Gomes et al., 2021; Monteiro & Monteiro, 2021; Santos et al., 2018).

Apesar dos EE considerarem a saúde como um dos fatores mais importantes para os seus filhos, o aumento da comercialização de produtos com elevado teor energético, conteúdo excessivo de açúcar, gordura e sal, contribui para dietas pouco saudáveis. Estes produtos são frequentemente publicitados como adequados para crianças e recorrem a estratégias de *marketing* persuasivas e enganadoras ou alegações nutricionais de saúde nas suas embalagens, que associam estes alimentos a produtos saudáveis, quando não o são (Velázquez et al., 2021).

Assim, torna-se imperativo o conhecimento nutricional e o uso da rotulagem alimentar no momento das compras pois a qualidade da dieta está proporcionalmente relacionada com estes fatores (Kakinami et al., 2017).

Segundo a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2017), a rotulagem é uma ferramenta importante que providencia informação aos consumidores sobre os alimentos que estão a ingerir, permitindo assim uma consciencialização sobre as

suas escolhas alimentares. Permite que cada um adequa as suas escolhas às suas necessidades, às suas preferências e sua à saúde.

Para além da escolha alimentar, são vários os fatores relacionados com a família ou o meio que podem ser determinantes para os comportamentos alimentares. O baixo poder socioeconómico encontra-se relacionado com um maior consumo de alimentos com alto teor calórico e pouco teor de nutrientes essenciais, constituindo um fator que pode comprometer hábitos alimentares mais saudáveis (Lopes et al., 2022).

Numa revisão sistemática de Notara et al. (2020), com o objetivo de analisar os fatores familiares que pudessem estar relacionados com o peso das crianças, verificou-se que as refeições realizadas em família estão associadas a um maior consumo de frutas e vegetais, menor consumo de alimentos calóricos e à existência de melhor coesão familiar e menos problemas comportamentais. Este tempo dedicado à família está também associado a menor tempo passado em frente aos ecrãs e menor exposição ao *marketing* da indústria alimentar.

As crianças tendem a imitar o comportamento de quem as rodeia. Por este motivo, a alimentação dos pais e da família pode encorajar ou não o consumo de determinados alimentos, contribuindo para moldar comportamentos (Santos et al., 2018).

Além do momento da refeição, também o envolvimento das crianças no momento da sua confeção é um fator que pode ter impacto na aquisição de conhecimentos e que pode promover mudança nos comportamentos alimentares (DGS, 2020). É fora do contexto escolar que ocorrem a maioria das escolhas alimentares que são determinantes para o padrão alimentar individual. Nesse sentido, torna-se importante intervir nesse campo envolvendo os pais e EE (Gregório et al., 2021).

Num estudo desenvolvido por Tremblay et al. (2012) verificou-se que, quando existe uma maior preocupação por parte dos pais com o peso dos filhos existe maior tendência para o consumo de alimentos saudáveis pelas crianças e uma maior adesão dos mesmos a programas de promoção de alimentação saudável.

Santos et al. (2018) apontam que a adesão aos programas de educação alimentar em contexto escolar é mais baixa em pais com estatuto socioeconómico desfavorecido, tornando-se importante desenvolver estratégias que envolvam e motivem os pais a participar. Um maior nível de conhecimentos e habilidades dos pais/EE resulta num desenvolvimento infantil mais salutar e mais sensível às necessidades das crianças (Jesus et al., 2019).

1.3. Os hábitos de sono e a família

Para além da alimentação, uma das necessidades biológicas inerentes ao período da infância é o sono. Este é fundamental para um funcionamento adequado e manutenção de uma vida saudável.

A infância é caracterizada por inúmeras mudanças no crescimento neuro motor, assim, o descanso físico e a recuperação de energia mostram-se extremamente importantes devido ao impacto que têm no desenvolvimento infantil. O sono constitui um dos fatores determinantes na saúde das crianças (Silva, 2014; Silva et al., 2018). Apresentando uma fisiologia complexa, o sono é um processo reparador sendo uma necessidade básica do organismo. Consiste numa diminuição da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência, diminuição do metabolismo, postura imóvel, atividade corporal diminuída e menor reação a estímulos externos (International Council of Nurses, 2020).

O hipotálamo é o órgão que regula o processo responsável pelo sono e fornece a informação sobre a necessidade de dormir. São vários os fatores que contribuem para este processo, entre eles, a diminuição da luz solar, a produção de melatonina e a diminuição da temperatura corporal. A pressão de sono é outro dos mecanismos envolvidos e caracteriza-se pela produção de adenosina, cuja acumulação ocorre 12 a 16 horas após se estar acordado e cria a vontade de ir dormir (Walker, 2019).

O sono saudável implica que este tenha duração adequada, boa qualidade, regularidade e a ausência de perturbações ou distúrbios externos (Paruthi et al., 2016; Vilelas et al., 2023).

A duração do sono é, frequentemente, tida em consideração para analisar o seu impacto na saúde. Nas crianças, um sono com uma duração adequada está associado a um melhor nível de saúde física e mental (Paruthi et al., 2016).

Segundo a American Academy of Sleep Medicine (2016), as crianças com idades compreendidas entre os seis e os 12 anos devem dormir entre nove a 12 horas, de forma regular, para ter ganhos na saúde e no bem-estar. Dormir menos horas do que as recomendadas e fazer deste padrão um comportamento habitual, está associado a problemas na atenção, na aprendizagem, na memória, no comportamento (hiperativo ou agressivo) e no humor. Contribui também para um maior risco de acidentes e de lesões e de desenvolvimento de doenças como a hipertensão, a obesidade, a diabetes e a depressão na infância e adolescência (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d; Paruthi et al., 2016; Tambalis et al., 2018).

A dimensão das repercussões negativas da privação do sono nas crianças parece estar relacionada com a diminuição do número de horas de sono e com a cronicidade deste comportamento. As consequências que advém da diminuição da duração do sono podem ter um início subtil e não ser imediatamente relacionadas com a causa (Silva, 2014).

A sonolência diurna, muitas vezes observada em contexto escolar, e muitas vezes interpretada como desinteresse ou desmotivação da criança, é frequentemente consequência do sono insuficiente ou ausência de higiene de sono. Normalmente relaciona-se com a hora de deitar tardia e hora de levantar precoce (Salavessa & Vilariça, 2009; Silva, 2014).

Por outro lado, as perturbações do sono nas crianças podem ter impacto nos períodos de descanso dos pais, desencadeando alterações do seu bem-estar e na sua capacidade para desempenhar as tarefas do dia-a-dia (Silva et al., 2014).

Os hábitos de sono são influenciados por diversos fatores nomeadamente, biológicos, psicológicos, desenvolvimentais, ambientais, familiares e socioculturais (Lopes et al., 2016).

Os ambientes relaxados, confortáveis e com estímulos reduzidos são facilitadores do sono, devendo, idealmente, o quarto ter estas características. Este ambiente deve encontrar-se livre de dispositivos eletrónicos, incluindo a televisão (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d.; Silva, 2014).

Os dispositivos eletrónicos, quando utilizados em excesso e até uma hora antes de dormir, têm uma influência negativa no sono das crianças. Além de criarem estímulos devido à luminosidade e ruído, condicionam a hora de deitar, tornando-a mais tardia e diminuindo o período de sono, dificultam o processo de adormecimento e promovem despertares noturnos (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d; Martins & Bacatum, 2023; Tambalis et al., 2018)

O exercício físico pode também ser um estimulante e, por esse motivo, ser um fator dificultador do sono quando praticado até duas horas antes de dormir. Por outro lado, o exercício físico, quando realizado de forma regular e durante o dia, além de todos os benefícios que lhe são conhecidos, está associado a uma melhor qualidade do sono (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d; Carson et al., 2016).

Os comportamentos alimentares e o padrão de sono são tidos como fatores que se influenciam mutuamente. A diminuição das horas de sono está relacionada com comportamentos alimentares desadequados e com o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade. Quando o sono é insuficiente existe uma tendência para um aumento da ingestão alimentar, o que leva a um aporte calórico maior do que o recomendado (Godos et al., 2021; Miller et al., 2018; Sejbuk et al., 2022; Tambalis et al., 2018).

Godos et al. (2021) verificaram que, nas populações mais jovens, o consumo de bebidas com alto teor de açúcar, energéticas e com cafeína influenciam o ritmo circadiano e o sono na sua duração, qualidade e eficiência.

O consumo destas bebidas, bem como de alimentos com maior aporte calórico (chocolates, snacks, fast-food) está relacionado com perturbações no sono,

principalmente quando consumidas no período de tempo após a hora do lanche (Associação Portuguesa do Sono e a Sociedade Portuguesa de Pediatria, n.d; Ramalho et al., 2021).

A qualidade do sono é também obtida através do estabelecimento de horários, regras e rotinas, das interações com os cuidadores e do tipo de ambiente proporcionado ao adormecer, criando-se assim hábitos e rotinas de sono (Henderson & Jordan, 2010).

As rotinas de sono são compostas por um conjunto de comportamentos observáveis e repetidos, realizados pela criança e com interação do seu cuidador. Estas rotinas que antecedem o sono devem ser regulares, previsíveis e ocorrer num ambiente consistente. Podem ser diversificadas, adequando-se às práticas educativas dos pais e adaptadas à idade da criança. A importância do estabelecimento de rotinas prende-se com o facto de promoverem um bom desenvolvimento infantil e maior funcionalidade familiar (Henderson & Jordan, 2010; Mindell & Williamson, 2017).

Cada família deve adotar as suas rotinas, ajustadas à preferência dos pais e da criança, sendo aconselhado que o sono se inicie à mesma hora todos os dias e que, desta forma, também potencie regularidade na hora de acordar. O cumprimento de horários aumenta o sincronismo entre a necessidade fisiológica do sono, os ritmos circadianos e a qualidade do sono noturno. A duração e a continuidade do sono pioram quando a hora de dormir é adiantada ou atrasada (El-Halal & Nunes, 2018; Irish et al., 2015).

Para a promoção de uma rotina de sono eficaz, as atividades a incluir antes de dormir devem ser calmas e livres de estímulos eletrónicos. Algumas famílias desenvolvem práticas interativas como leitura ou jogos, outras optam por incluir nas suas rotinas atividades relacionadas com a higiene tais como o banho ou escovagem dos dentes. Estas atividades podem variar de acordo com diferentes culturas e contextos (El-Halal & Nunes, 2018; Mindell & Williamson, 2017).

A implementação de rotinas deve ser iniciada na infância de forma a promover a continuidade de hábitos de sono saudáveis para que estes possam permanecer

ao longo da vida adulta. Em todo este processo, além das características individuais da criança, o contexto familiar reveste-se de extrema importância para que a sua implementação possa ter o sucesso desejado (Mindell & Williamson, 2017).

2. CONTEXTO DO ESTÁGIO

O presente estágio decorreu numa localidade da região norte de Portugal (NUTS II) que abrange dois concelhos com uma área de 469,93 km². Um dos concelhos tem uma área de 379 km² (80,2% da área) com 61 freguesias, o outro tem uma área de 93,18 km² (19,8% do território) dividida em nove freguesias (PORDATA, 2022). De acordo com os dados dos Censos de 2021, no concelho de maiores dimensões, a população residente é de 116752 habitantes, 56218 indivíduos do sexo masculino e 60534 do sexo feminino, apresentando uma densidade populacional de 307,6 indivíduos por km². No concelho de menor dimensão, a população residente é de 35132 habitantes, 16789 indivíduos do sexo masculino e 18343 do sexo feminino, sendo a densidade populacional de 377,5 indivíduos por km². A população desta área geográfica corresponde a cerca de 4,2% do total da população da região norte. Na população residente, 12,9% são jovens (<15 anos), 66,9% são adultos (15-64 anos) e 20,2% são idosos (> 65 anos), assistindo-se a uma diminuição das faixas etárias mais jovens e a um aumento de população em idade adulta. A população residente de nacionalidade estrangeira é de 5,7%, sendo a nacionalidade mais prevalente a brasileira (26,5%) (PORDATA, 2022).

À data dos Censos de 2021, a população em idade ativa entre os 15 e os 64 anos era de 102337 indivíduos e destes 48,8% eram do sexo masculino e 51,2% do sexo feminino. O setor de atividade predominante é o setor terciário (49%), seguindo-se o setor secundário (48%) e, por último, o setor primário (3%) (PORDATA, 2022).

Os recursos existentes para dar resposta às necessidades de saúde são compostos por um hospital público, cinco hospitais privados, um agrupamento de centros de saúde e 35 farmácias. Nesta área geográfica trabalham 557 médicos, 817 enfermeiros, 204 farmacêuticos e 150 dentistas (PORDATA, 2022).

No que respeita ao nível de escolaridade completo mais elevado na população com 15 ou mais anos, o mais prevalente é o primeiro ciclo do ensino básico

(24,8%). Nesta população, 5,4% dos indivíduos não apresenta qualquer nível de escolaridade (PORDATA, 2022).

O parque escolar, apresenta 83 estabelecimentos de ensino do primeiro ciclo com 5009 alunos inscritos, para o segundo ciclo existem 15 estabelecimentos com 2992 alunos matriculados, existem 22 estabelecimentos de ensino do terceiro ciclo com 4684 alunos inscritos e 13 estabelecimentos do ensino secundário com 5059 alunos matriculados (PORDATA, 2022).

2.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde

A um de janeiro de 2024, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) sofreu uma das maiores reformas na sua organização, através da criação de 31 novas ULS. Às ULS incumbe garantir, dentro das suas infraestruturas, a prestação de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023). A instituição de saúde onde ocorreram os dois módulos de estágio adotou este modelo organizacional, unificando a gestão do Agrupamento de Centros de Saúde e do Hospital.

Esta ULS é constituída por um hospital com vários serviços de prestação de cuidados, unidades de suporte à prestação de cuidados, serviços de gestão e logística. Estão também integradas no hospital as comissões de apoio técnico, a comissão de ética, a comissão da qualidade e segurança do doente, entre outras, e os órgãos de apoio. Também parte integrante da ULS são os CSP que mantêm, até então, a sua estrutura organizacional. Apresentam como missão garantir na comunidade a melhoria da qualidade na promoção da saúde, na prevenção da doença, na prestação de cuidados e em rede, garantir uma acessibilidade eficaz e eficiente a todos os cidadãos. Os CSP encontram-se organizados em unidades funcionais (UF) sendo estas, 16 Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, três Unidades de Cuidados na Comunidade, um Centro de Diagnóstico Pneumológico, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2023). As diferentes unidades dos CSP contam com a colaboração de

profissionais de diversas categorias, tais como, 42 assistentes operacionais, 94 assistentes técnicos, 152 enfermeiros, 97 médicos, 35 médicos internos, 19 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e 14 técnicos superiores (BI-CSP, 2024). Em março de 2024 estavam inscritos, nos CSP, 161493 utentes, destes 159943 (99%) têm médico de família e 160776 (99,5%) têm enfermeiro de família (BI-CSP, 2024).

2.2. Caracterização da Unidade de Saúde Pública

A USP é uma unidade com autonomia organizativa e técnica, atuando em articulação com as restantes unidades funcionais. Estas apresentam como funções “(...) promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal.” (Decreto-Lei 52/2022, p. 11). À USP compete a elaboração de informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção para a prevenção, promoção e proteção da saúde da população da área geodemográfica onde se insere e colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei n.º 137/2013).

A USP onde foi desenvolvido o presente trabalho conta com a colaboração de cinco grupos profissionais, nomeadamente de cinco médicos especialistas em saúde pública, três médicos internos de formação especializada em saúde pública, seis enfermeiros, 12 técnicos de saúde ambiental, três assistentes técnicos e uma assistente operacional. Encontra-se organizada em quatro áreas funcionais, sendo que todas elas possuem programas e projetos com complementaridade, transversalidade e cooperação entre as equipas que ali trabalham.

2.3. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

Segundo o Despacho n.º 10143 de 2009, que aprovou o regulamento da organização e funcionamento das UCC, encontra-se explanado que a atividade

destas unidades “(...) desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais” apresentando como missão “(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. A UCC presta cuidados de saúde, de apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, atuando também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados (Decreto Lei n.º 137/2013).

A equipa da UCC onde o presente trabalho foi desenvolvido é constituída por 13 enfermeiros, um médico, um psicólogo, uma nutricionista, uma terapeuta da fala e uma terapeuta ocupacional. A população da área de abrangência desta UCC é de 35.850 utentes (BI-CSP, 2024). Para dar resposta às necessidades da população e face aos recursos disponíveis, a UCC apresenta, na sua carteira de serviços, vários programas/projetos nas áreas da saúde materna, saúde infantil, saúde escolar, intervenção comunitária, reabilitação respiratória e as atividades previstas pela equipa de cuidados continuados integrados. Em concreto na área da saúde escolar, esta unidade desenvolve programas e projetos na área da saúde mental, dos estilos de vida saudáveis, da saúde oral, da alimentação saudável e de educação sexual.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente trabalho foi desenvolvido com recurso à metodologia do planeamento em saúde. Este processo é realizado através de três etapas principais, nomeadamente, a elaboração do plano, a execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 Elaboração do plano

A elaboração do plano é uma etapa fundamental no planeamento em saúde, garantindo que as ações sejam organizadas de forma estruturada e eficaz e que seja dada resposta às reais necessidades da população. Este processo envolve diversas fases interligadas, apresentadas nos subcapítulos que se seguem.

3.1.1 Diagnóstico da situação

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação é o processo que leva à compreensão de uma determinada realidade. Tem como objetivo a identificação de problemas, necessidades e potenciais riscos para, posteriormente, serem planeadas ações que visem uma intervenção eficaz. Constitui o ponto de partida para o processo de planeamento em saúde.

Para uma melhor contextualização da região apresentam-se alguns indicadores demográficos na população em estudo. A taxa bruta de natalidade foi, em 2022, de 6,9‰, sendo este valor igual ao da região Norte e inferior ao do continente (7,7‰), apresentando uma tendência decrescente ao longo dos anos. A taxa bruta de mortalidade foi de 8,8‰, apresentando-se inferior à da região Norte (10,3‰) e à do continente (1,1‰) (PORDATA, 2023).

Dados relativos ao ano de 2022, obtidos através do BI-CSP, demonstraram que, os cinco problemas de saúde ativos mais prevalentes, por número e proporção de utentes inscritos na ULS, eram a pré-obesidade (29,9%), a alteração de metabolismo dos lípidos (26,9%), a hipertensão arterial (23,1%), a obesidade (16,5%) e a síndrome da coluna com irradiação de dor (12,5%).

A principal causa de morte em ambos os sexos e para todas as idades foram as doenças do aparelho circulatório (29,1%), podendo esta ser consequente aos três primeiros problemas de saúde ativos mais prevalentes. Seguiram-se os tumores malignos (25,4%) e as doenças do aparelho respiratório (11%). As principais causas de morte abaixo dos 75 anos, para ambos os sexos foram os tumores malignos (42,1%), as doenças do aparelho respiratório (18,2%) e causas externas (8%) (BI-CSP, 2023).

O PLS 2021-2030, elaborado pela USP, estabelece como prioridades de intervenção para a área geodemográfica da ULS cinco problemas de saúde: doenças cérebro-cardiovasculares (hipertensão arterial e acidente vascular cerebral), doenças endócrinas (diabetes e excesso de peso e obesidade), doenças geriátricas (síndrome de fragilidade do idoso e declínio cognitivo/demência), doenças mentais/psiquiátricas (depressão e ansiedade) e doenças oncológicas (cancro do colon e reto e cancro do pulmão).

Após a análise dos dados epidemiológicos e após discussão com a equipa de saúde, definiu-se a saúde escolar como área prioritária de intervenção, visando uma atuação precoce e preventiva.

Foi realizada uma auscultação aos professores responsáveis pela Promoção e Educação para a Saúde (PES) de cada agrupamento, e de acordo com os eixos estratégicos do PNSE, foram identificadas como áreas de maior relevância para a intervenção a alimentação saudável e os hábitos de sono.

População e amostra

A área de atuação da UCC integra três agrupamentos de escolas, uma escola agrupada e uma escola de ensino profissional. Estes estabelecimentos de ensino eram compostos por um total de 238 turmas e 4479 alunos no ano letivo de 2023/2024.

Considerando o horizonte temporal limitado para a execução do projeto e o condicionamento de recursos humanos, foi selecionada uma escola para a sua implementação. A escolha baseou-se em diversos critérios, nomeadamente o

maior número de estudantes, a presença de vários níveis de ensino, a colaboração ativa com a equipa de saúde escolar da UCC e a disponibilidade e abertura da direção escolar para a concretização do projeto.

A população-alvo foi composta pelos EE dos estudantes do 1º, 2º e 3º anos do 1º ciclo do Ensino Básico do agrupamento de escolas mencionado. Este estabelecimento de ensino conta com cinco turmas correspondentes aos anos letivos incluídos, constituídas por um total de 91 alunos. No primeiro ano de escolaridade existe uma turma com 21 alunos, o segundo ano de escolaridade é composto por duas turmas, com 20 e 18 alunos respetivamente, e o terceiro ano de escolaridade é também composto por duas turmas com 16 alunos em cada uma.

Procedimento de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados ocorreu com recurso a um questionário com respostas de escolha múltipla bem como de resposta aberta, elaborado para o efeito. O documento dividiu-se em três partes: a primeira relativa à caracterização sociodemográfica, a segunda aos hábitos alimentares e a terceira aos hábitos de sono. As questões pretenderam avaliar os comportamentos dos alunos e o conhecimento dos EE relacionado com as temáticas consideradas pertinentes. Os questionários foram respondidos pelos EE, em formato de papel e entregue por via da escola, com a colaboração dos docentes.

Foi realizado um pré-teste a um grupo de EE cujos educandos frequentam o 1º ciclo do ensino básico de outra escola pertencente a um agrupamento de escolas na área de atuação da UCC. Não foram realizadas sugestões de alteração ao questionário nem foi reportada nenhuma dificuldade na interpretação e preenchimento do mesmo.

Considerações éticas

Foi realizado um pedido de autorização prévio perante o conselho diretivo do Agrupamento de Escolas para a implementação do projeto. Foi remetida informação para os EE, via correio eletrónico, que expunha o âmbito e objetivo do projeto, encontrando-se explicita a garantia de anonimato no tratamento dos dados recolhidos bem como, do caráter voluntário de participação. Os instrumentos de recolha de dados foram codificados por código numérico simples a iniciar em um.

Resultados das atividades de diagnóstico obtidos

Nas tabelas abaixo apresentam-se os resultados obtidos relativamente à taxa de resposta e aqueles que fazem uma caracterização sociodemográfica da população à qual foi aplicado o instrumento de colheita de dados. Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS *Statistics*® versão 29.0 e encontrando-se apresentados em valores percentuais com os valores absolutos entre parêntesis.

Tabela 1

Taxa de resposta e caracterização sociodemográfica da amostra

Dados sociodemográficos da amostra		%	N
Taxa de resposta	1º ano	20,5	17
	2º ano	45,8	38
	3º ano	33,7	28
	Total	91,2	83
Sexo	Feminino	95,2	79
	Masculino	4,8	4
Habilitações académicas	1º ciclo	0	0
	2º ciclo	4,8	4
	3º ciclo	18,1	15
	Secundário	34,9	29

Continua

	Superior	41	34
	Outro	1,2	1
Situação de Emprego	Empregado(a)	88	73
	Desempregado(a)	6	5
	Doméstico(a)	3,6	3
	Reformado(a)	2,4	2

A média de idades dos EE foi de 41,1 ($\pm 4,9$). Os agregados familiares eram compostos por uma média de 2 adultos ($\pm 0,7$) e uma média de crianças de 1,77 ($\pm 0,6$). Verifica-se que 78,3% (65) dos alunos têm irmãos, sendo que os restantes 21,7% (18) são filhos únicos. Em termos de atividades extracurriculares, 70,7% (58) dos EE referem que os seus educandos frequentam essas atividades para além do horário escolar com uma média semanal de frequência entre duas e três vezes.

Quando questionados relativamente aos hábitos alimentares, 91,5% (75) dos EE afirmaram que se preocupavam com a alimentação do seu educando. O número médio de refeições realizados por dia pelos alunos foi de 5,49 ($\pm 0,69$), sendo que 91,6% (76) dos EE considerou o número de refeições que as crianças faziam adequado para a idade.

Face à descrição dos alimentos integrados em cada refeição foi realizada uma avaliação qualitativa tendo por base que uma refeição é adequada se equilibrada, nutritiva e adaptada às necessidades energéticas e de crescimento, devendo incluir: carboidratos complexos (que forneçam energia de longa duração), proteínas (essenciais para o crescimento e desenvolvimento muscular), gorduras insaturadas (fundamentais para o desenvolvimento do sistema nervoso central) e vitaminas e minerais (que contribuem para o fortalecimento do sistema imunitário e integridade da massa óssea).

Os pequenos-almoços e os lanches a meio da manhã foram classificados em quatro categorias (Tabela 2 e 3) de acordo com a sua composição nutricional, de acordo com a roda dos alimentos:

- Insuficiente: refeições compostas apenas por alimentos pertencentes a um grupo alimentar da roda dos alimentos.
- Satisfatório: refeições que incluem alimentos de dois grupos da roda dos alimentos, como um laticínio e uma fonte de hidratos de carbono.
- Bom: refeições que abrangem três grupos alimentares, por exemplo, um laticínio, uma fonte de hidratos de carbono e uma fonte proteica.
- Muito bom: considerado um pequeno-almoço ou um lanche nutricionalmente completo, composto por alimentos de quatro grupos da roda dos alimentos, incluindo um laticínio, uma fonte de hidratos de carbono, uma fonte proteica e uma porção de fruta.

Tabela 2

Dados relativos ao pequeno-almoço

A criança toma o pequeno-almoço...			
Sim	Não	Onde	Com quem
97,6% (81)	2,4% (2)	Casa - 98,8% (80) Escola - 1,2% (1)	Família - 91,4% (74) Amigos - 1,2% (1) Sozinho(a) - 7,4% (6)
Composição do pequeno-almoço			
Insuficiente	Satisfatório	Bom	Muito Bom
17,3% (14)	34,6% (28)	39,5% (32)	8,6% (7)

Verificou-se que apenas 37% (30) dos pequenos-almoços descritos não continha produtos com elevado teor de açúcar.

Tabela 3

Dados relativos ao lanche a meio da manhã

A criança faz lanche a meio da manhã		Composição do Lanche a Meio da Manhã			
Sim	Não	Insuficiente	Satisfatório	Bom	Muito Bom
98,8% (82)	1,2% (1)	11,1% (9)	19,8% (16)	45,7% (37)	23,5 (19)

Todos os EE afirmaram que os seus educandos fazem as principais refeições (almoço e jantar). Durante a semana, 98,8% (82) dos alunos almoçavam na cantina da escola e apenas um em casa. O jantar era realizado, pela totalidade da população, em casa na companhia dos seus familiares. Nas principais refeições estava incluída a sopa ao almoço para 96,3% (78) dos alunos, sendo esta prática menos presente ao jantar com 59,3% (48) dos alunos a consumir sopa e os restantes 40,7% (33) não. Apurou-se que os legumes fazem parte das principais refeições de 59,3% (48) dos alunos. Dos 33 alunos que não ingerem legumes nas principais refeições, 51,5% (17) dos EE referiu adotar estratégias para que o seu consumo seja implementado, a maioria através da sopa (12%). A substituição das refeições principais por sandes, mais do que uma vez por semana, não acontece em 95,1% (78) dos alunos. À sobremesa, os alunos consomem, em média, entre 1 e 2 produtos doces por semana.

Enquanto almoçam ou jantam, 29,3% (24) dos alunos têm o hábito de ver televisão, enquanto 39% (32) referiram que não tinham esse hábito e 31,3% (26) refere ver às vezes. Aferiu-se que 74% (60) dos alunos jantam entre as 20h e as 20h30, sendo que 93,8% (76) janta entre as 18h e as 20:30 horas.

Relativamente à ingestão de alimentos antes de ir dormir, 50% (41) referiu não apresentar esse hábito, enquanto 24,4% (20) ingere alimentos antes de ir dormir e 25,6% (21) ingere ocasionalmente. Os alimentos apontados como consumidos neste momento do dia não apresentavam elevado teor de açúcares adicionados em 68,4% (26), existindo como exemplos apontados o leite, o pão e a fruta.

No momento da aquisição de alimentos, 46,3% (38) dos EE implica as crianças na escolha dos alimentos, sendo que 53,7% (44) não solicita a participação dos menores.

Tabela 4*Dados relativos ao conhecimento dos EE em relação aos rótulos dos alimentos*

Os encarregados de educação referem em relação a si que...	Sim	Não
Quando vão às compras costumam ler/prestar atenção aos rótulos dos alimentos	72,3% (60)	27,7% (23)
Sabem o que é o Nutri-score	51,9% (42)	48,1% (39)
Sabem qual é a quantidade diária máxima de açúcar adicionado para a idade do seu educando	28,9% (24)	71,1% (59)
Sabem qual é a quantidade diária máxima de sal para a idade do seu educando	28,9% (24)	71,1% (59)

No que diz respeito aos hábitos relacionados com o sono e à prática de atividade física vigorosa nas duas horas que o antecedem, 79% (64) dos EE afirmou que o educando não pratica e 14,8% (12) pratica ocasionalmente. Durante o período letivo, 92,6% (75) dos alunos deita-se e levanta-se sempre à mesma hora

Os EE referem que 45,7% (44) dos seus educandos desligam os equipamentos eletrónicos pelo menos uma hora antes de dormir e que 82,7% (67) não adormecem com os equipamentos eletrónicos ligados.

Verificou-se que em 45,6% (36) dos alunos, as atividades realizadas antes de ir para a cama não incluíam dispositivos eletrónicos. Estas atividades passam pela leitura, brincadeiras em família e jogos. Em 54,4% (43) estão associados dispositivos tais como a televisão, o telemóvel ou o *tablet* nas atividades que antecedem o período de sono.

Para 80,2% (65) dos alunos, o ambiente de sono é escuro e sem ruídos. De acordo com o número de horas de sono diárias recomendadas para as faixas etárias destes alunos, 32,1% (26) referiu dormir nove horas por noite, 13,6% (11) nove horas e meia, 43,2% (35) 10 horas e 1,2% (1) 11 horas.

Tabela 5*Dados relativos ao conhecimento dos EE sobre hábitos de sono*

Os encarregados de educação consideram que...	Sim	Não	Não sei
O seu educando dorme as horas necessárias para a sua idade	72,8% (59)	17,3% (14)	9,9% (8)
É importante que o seu educando tenha sempre os mesmos hábitos antes de ir dormir	92,6% (75)	2,5% (2)	4,9% (4)
A qualidade do sono tem influência no rendimento escolar do educando	98,8% (80)	1,2% (1)	0

A análise dos dados revelou que os principais problemas nesta população, no que se refere aos hábitos alimentares, estão relacionados com a composição do pequeno-almoço e com a baixa ingestão de legumes nas principais refeições por parte dos educandos. Além disso, identificou-se a necessidade de melhorar o conhecimento dos EE sobre a leitura de rótulos alimentares, especialmente no que diz respeito às quantidades máximas recomendadas de açúcar e sal para a idade dos seus educandos (apenas 28,9% referiu conhecer estes valores) e à compreensão do sistema de classificação o Nutri-score (51,9% demonstraram familiaridade com este sistema).

Relativamente aos hábitos de sono, verificou-se que a utilização de dispositivos eletrónicos no período que antecede o sono noturno é o principal problema identificado. Dos EE inquiridos, 45,7% afirmou que os seus educandos desligam os equipamentos eletrónicos pelo menos uma hora antes de dormir, enquanto 45,6% referiu não utilizar estes dispositivos nas atividades que antecedem o sono.

3.1.2 Determinação de prioridades

Após a análise dos dados e identificação dos principais problemas da população, foi realizada a definição de prioridades através do Método de *Hanlon*. Este método permite estabelecer prioridades com base em quatro critérios: Amplitude ou magnitude do problema (A), Gravidade do problema (B), Eficácia da Solução (C) e Exequibilidade do projeto ou intervenção (D), que integra as componentes

PEARL (Pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade). Posteriormente procede-se ao cálculo através da fórmula $(A+B) \times C \times D$ (Tavares, 1990).

O processo de determinação de prioridades foi elaborado com a participação de vários intervenientes, nomeadamente três enfermeiros especialistas em saúde comunitária, um médico de saúde pública gestor do PNSE e a mestrande. A partir deste processo, foram destacadas duas prioridades de intervenção: nos hábitos de sono, a redução do uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir; e nos hábitos alimentares, a melhoria do conhecimento dos EE sobre a interpretação dos rótulos alimentares.

3.1.3 Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é uma componente essencial no planeamento de intervenções na área de enfermagem comunitária e de saúde pública.

Os objetivos permitem estabelecer um rumo claro para as intervenções a serem implementadas para, posteriormente, se poder “(...) proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Os objetivos correspondem, assim, aos resultados que são esperados após a implementação de um projeto junto de uma determinada população-alvo (Tavares, 1990).

A definição de objetivos deve ser realizada de forma clara, minuciosa e rigorosa. Estes devem ser mensuráveis, alcançáveis e precisos para que, desta forma, seja realizada uma intervenção eficaz, direcionada e adequada aos problemas identificados, que não comprometa a validade e viabilidade do projeto (Melo, 2020; Tavares, 1990).

Procedeu-se à definição do objetivo geral, que pretende descrever a situação na qual se quer intervir estando relacionado com o diagnóstico efetuado. Partindo do objetivo geral, construíram-se os objetivos específicos aliados a metas que determinam o “(...) resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades”

(Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80), bem como o tempo para que estes sejam alcançáveis (Melo, 2020).

Para medir os objetivos, são estruturados indicadores. Estes são definidos por Tavares (1990) como a representação de “(...) uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p. 120). Podem ser estabelecidos indicadores de resultado ou de impacto que visam medir a evolução ocorrida no problema identificado. De forma a quantificar as atividades desenvolvidas, determinam-se indicadores de atividade ou de execução. Por último, os indicadores de estrutura permitem quantificar as “(...) condições que contribuíram como fatores facilitadores ou dificultadores do desenvolvimento do projeto”, nomeadamente no que concerne aos custos (Melo, 2020, p. 27).

Neste projeto definiu-se um objetivo geral e cinco objetivos específicos com as respetivas metas. Foram também delineados indicadores de resultado associados a cada objetivo específico e um indicador de atividade (Tabela 7).

Objetivo Geral: Aumentar a literacia dos EE visando a promoção de hábitos alimentares e de sono saudáveis nos alunos do 1º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas na região norte de Portugal.

Tabela 6

Objetivos específicos, metas e indicadores de resultado

	Objetivos Específicos	Metas	Indicador de Resultado
1	Aumentar o número de EE que refere que os seus educandos desligam os equipamentos eletrónicos pelo menos uma hora antes de dormir	Aumentar de 45,7% para 55,7% até janeiro de 2025	(Nº EE que refere que os educandos desligam os equipamentos eletrónicos pelo menos uma hora antes de dormir / Nº total de EE avaliados) x 100
2	Aumentar a proporção de encarregados de educação que reconhecem a necessidade de atividades livres de equipamentos eletrónicos para os educandos antes de dormir.	Aumentar de 45,6% para 55,6% até janeiro de 2025	(Nº EE que refere que os educandos realizam atividades sem equipamentos eletrónicos antes de dormir / Nº total de EE avaliados) x 100
3	Elevar o nível de conhecimento dos encarregados de educação sobre o sistema Nutri-Score.	Aumentar de 51,9% para 61,9% até janeiro de 2025	(Nº EE que demonstra conhecimento sobre o Nutri-score / Nº total de EE avaliados) x 100
4	Aumentar o número de encarregados de educação que conheçam a quantidade diária máxima de açúcar recomendada para os educandos.	Aumentar de 28,9% para 38,9% até janeiro de 2025	(Nº EE que demonstra conhecimento sobre a quantidade diária máxima de açúcar recomendada para o seu educando / Nº total de EE avaliados) x 100
5	Aumentar o número de encarregados de educação que conheçam a quantidade diária máxima de sal recomendada para os educandos.	Aumentar de 28,9% para 38,9% até janeiro de 2025	(Nº EE que demonstra conhecimento sobre qual é a quantidade diária máxima de sal recomendada para o seu educando / Nº total de EE avaliados) x 100

Estabeleceu-se o indicador de atividade que indica a taxa de execução das atividades, calculado através da fórmula:

$$\% \text{ Atividades executadas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades executadas}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades planeadas}} \times 100$$

Para o indicador de atividade estabeleceu-se como meta a realização de 90% das atividades previstas até janeiro de 2025.

3.1.4 Seleção de estratégias

A quarta etapa do planejamento em saúde consiste na seleção de estratégias que permite determinar qual o “(...) o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87). O sucesso do atingimento das metas e concretização dos indicadores de resultado, encontra-se dependente deste processo (Melo, 2020).

As estratégias serão mais eficazes quanto maior o conhecimento sobre o tema em estudo por parte de quem as implementa. O conhecimento permite a criação de abordagens mais criativas e inovadoras, aumentando o seu potencial de efetividade. No processo de elaboração de estratégias deverá ser tido em consideração o possível aparecimento de obstáculos, sejam estes, organizacionais, legais, financeiros, relacionados com os profissionais ou com a comunidade (Tavares, 1990).

Foi utilizado como recurso para a seleção das estratégias o modelo conceitual e sistémico conhecido como a Roda de Intervenção em Saúde Pública do Minnesota Department of Health (MDH). Este instrumento é baseado na melhor evidência relacionada com as intervenções de enfermagem na área da saúde pública, fornecendo aos enfermeiros ferramentas essenciais para a sua prática. A Roda de Intervenção em Saúde Pública apresenta 17 intervenções de enfermagem distribuídas por cores e áreas de intervenção, assim considerando

os objetivos previamente delineados para este projeto, foram selecionadas como estratégias a adotar, a educação para a saúde e a colaboração (MDH, 2019).

A educação para a saúde é um processo sistemático, baseado em evidência científica que segue uma sequência lógica, realizado com planejamento prévio, composto por uma interação de ensino e aprendizagem (MDH, 2019).

Segundo a OMS (2012), os objetivos da educação para a saúde passam por melhorar o estado de saúde individual, familiar e comunitário, melhorar a qualidade de vida, reduzir custos em saúde e reduzir o número de mortes prematuras por causas evitáveis. A educação para a saúde “(...) implica a partilha de informações e experiências através de atividades educacionais, desenhadas para melhorar os conhecimentos em saúde, atitudes, comportamentos e habilidades” (MDH, 2019, p. 131), tendo por referência a evidência científica mais recente. Devem ser implementadas estratégias que motivem a comunidade para a redução de comportamentos de risco e para a adoção de escolhas informadas relativamente à sua saúde, tendo o educador o papel de implementar atividades de aprendizagem, fornecer treino e desenvolvimento de habilidades (Laverack, 2014; OMS, 2012)

As estratégias de implementação da educação para a saúde encontram-se, atualmente, numa geração que envolve o uso de um conjunto de teorias que dependem da tecnologia para a mudança do comportamento. Estas intervenções utilizam tecnologias, tais como computadores, tablets, aplicações, como fator facilitador para a mudança de comportamentos em saúde (Sharma, 2022). Nesse contexto, a educação para a saúde pode ser estruturada com base no modelo ASSURE (A- *Analyze the learner*; S- *State de objectives*; S- *Select the instructional methods, and materials*; U- *Utilize materials*; R- *Require learner performance*; E- *Evaluate the teaching plan and revise as necessary*). Este processo inicia-se com uma análise do aprendiz no que respeita ao seu desenvolvimento físico e estado de saúde, estado emocional, social e o nível de conhecimento. Posteriormente realiza-se a definição dos objetivos, tendo em consideração que estes devem ser específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e com um tempo limitado. Numa terceira etapa, seleciona-se os

métodos e materiais que sejam eficazes, baseados em evidência científica e adaptados à comunidade onde irá decorrer a intervenção. Após a seleção, procede-se à utilização dos materiais através da implementação de um plano estruturado para a atividade. A penúltima etapa deste modelo consiste em envolver o aprendiz através de demonstrações da sua aprendizagem, promover a sua autonomia e emoções positivas relativamente à mesma. Por último, realiza-se uma avaliação da efetividade da intervenção.

As estratégias podem ser combinadas entre si de forma a aumentar a eficácia da intervenção. Assim sendo, outra das estratégias utilizadas neste projeto é a colaboração. Esta envolve uma troca de informações, articulação e cooperação em atividades bem como a partilha de recursos (humanos, financeiros, técnicos) com vista a obter um benefício comum. A colaboração apresenta como principal objetivo aumentar a capacidade para que a promoção da saúde seja mais efetiva (MDH, 2019).

A utilização desta estratégia implica que as necessidades estejam bem identificadas por forma a perceber que objetivos específicos são mais fáceis de alcançar através de uma colaboração.

Para o presente projeto, foram utilizadas as duas estratégias de intervenção, previamente apresentadas, em ambas as atividades desenvolvidas. Estas foram concretizadas com recurso às tecnologias e procuraram promover a interação, a participação e treino dos intervenientes. A colaboração foi realizada com a escola onde decorreu a intervenção e com a escola profissional da área de intervenção, nomeadamente com os alunos do curso de Técnico de Cozinha-Pastelaria.

No processo de seleção de estratégias, é importante prever o aparecimento de possíveis obstáculos e constrangimentos, bem como as medidas alternativas a adotar para os minimizar. Estes obstáculos podem estar relacionados com as políticas, com recursos humanos e materiais, com a atitude da população-alvo, com a qualidade dos materiais e dos profissionais ou com as organizações. As estratégias alternativas podem ser novas ou uma adaptação das anteriores já previstas (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1.5 Elaboração do projeto

A elaboração de programas e projetos é a etapa do planeamento que pretende pôr em prática atividades de acordo com as linhas estratégicas previamente definidas. Os conceitos de programa e projeto distinguem-se pela dimensão da sua duração, pela tipologia dos resultados, pelos recursos humanos, materiais e financeiros necessários.

Assim, tendo em consideração o contexto académico em que se inscreve o presente trabalho, em que o período de tempo disponível para a sua implementação é curto e os recursos são limitados, optou-se pela elaboração de um projeto limitado a uma escola.

Um projeto pode definir-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” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 129).

O projeto desenvolvido foi intitulado “Cuidar do Futuro”. Este nome foi concebido no sentido de enfatizar a promoção da saúde como um alicerce para o futuro. Sendo os EE os principais cuidadores e agentes promotores de hábitos saudáveis das crianças quanto mais informados estes estiverem sobre o benefício de boas práticas, mais capazes estarão de contribuir para um futuro promissor para os seus filhos.

O projeto “Cuidar do Futuro” encontra-se direcionado para a promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade escolar, nomeadamente no âmbito da alimentação e do sono, foi implementado nos meses de novembro e dezembro de 2024 e teve duas atividades principais com os EE.

Foram elaborados materiais de comunicação das atividades do projeto e um logotipo, criando uma representação visual do mesmo. No logotipo (Figura 1) encontra-se simbolizada a conexão que existe entre os EE e os seus educandos, através da representação de um adulto e duas crianças, a figura do adulto pretende transmitir o seu papel no cuidado e orientação das crianças.



Figura 1
Logotipo do projeto "Cuidar do Futuro"

Os materiais de divulgação do projeto incluíram um folheto digital de calendarização e divulgação das atividades, bem como os materiais de apoio para duas atividades planeadas.

3.1.6 Preparação da execução

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), na metodologia do planeamento em saúde, a etapa da preparação da execução é aquela onde é expectável que se realize a especificação detalhada das atividades a desenvolver, bem como as necessidades em recursos e sua calendarização.

No presente projeto foram desenvolvidas duas atividades principais adotando as estratégias anteriormente previstas: a educação para a saúde e a colaboração. As atividades foram executadas pela mestranda, com a colaboração de duas enfermeiras especialistas, um professor da equipa pedagógica da ESEP, um professor e dois alunos da escola profissional.

A primeira atividade consistiu numa sessão sobre hábitos alimentares saudáveis, com destaque para a leitura de rótulos alimentares, intitulada "Saber para Melhor Escolher: rótulos alimentares". Esta atividade foi composta por uma componente inicial expositiva dos conteúdos, com recurso a uma apresentação *PowerPoint* e por uma componente participativa e de discussão, através de uma dinâmica de comparação de rótulos e da partilha de experiências sobre os hábitos alimentares dos educandos e da família.

A dinâmica sobre leitura de rótulos pretendeu que os EE realizassem a comparação de produtos pertencentes à mesma categoria alimentar, com recurso ao decodificador de rótulos, instrumento divulgado pelo Programa

Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da DGS. O descodificador de rótulos, disponibilizado em formato de cartão a cada EE, constituiu uma ferramenta prática e acessível, permitindo que os EE tivessem um recurso fácil para os auxiliar na interpretação da informação nutricional dos alimentos. Além disso, foram distribuídos exemplares adicionais para os seus educandos e familiares como incentivo às escolhas alimentares benéficas no contexto familiar.

Foram analisados produtos frequentemente consumidos pelas crianças, particularmente ao pequeno-almoço e lanche, sendo também apresentado um produto alternativo com uma composição nutricional mais saudável para efeitos de comparação. Esta abordagem prática teve como objetivo fornecer ferramentas aos EE para a aquisição de competências na tomada de decisões alimentares informadas, promovendo a seleção de opções nutricionalmente mais adequadas no momento da compra.

Para a apresentação da atividade, foi elaborado o plano de sessão. Na Tabela 7 apresenta-se o resumo da mesma.

Tabela 7

Resumo do plano de sessão da atividade 1

Atividade 1 – Saber para Melhor Escolher: rótulos alimentares

População-alvo: Encarregados de educação dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de uma escola básica do norte de Portugal.

Data e hora: 28/11/2024 às 18h30

Local: Biblioteca da Escola Básica

Duração: 50 minutos

Dinamizador(a): Eva Prata

Objetivo geral: Aumentar a literacia dos EE visando a promoção de hábitos alimentares saudáveis nos alunos do 1º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas da região norte de Portugal.

Conteúdos da atividade: Apresentação da dinamizadora e do grupo; Apresentação dos resultados da priorização; Apresentação do projeto; Importância de uma alimentação saudável; Leitura e interpretação de rótulos.

Na fase de conclusão da atividade, foi realizado um questionário interativo sobre os conteúdos abordados durante a sessão e que permitiu, desta forma, avaliar o conhecimento adquirido relativamente aos hábitos alimentares e avaliar a eficácia das estratégias utilizadas.

Com a colaboração da escola profissional da área onde decorreu a intervenção, foi preparado e servido um lanche saudável para todos os participantes. Esta iniciativa promoveu, não só a exploração de opções alimentares equilibradas, como também criou um ambiente propício para a partilha de conhecimentos e experiências entre os EE. No decorrer deste momento de convívio, foram abordados temas relacionados com a confeção dos alimentos, com destaque para técnicas e alternativas para a preparação das refeições no quotidiano. Além disto, os EE tiveram a oportunidade de partilhar sugestões de receitas equilibradas e incentivar a adoção de práticas alimentares mais saudáveis.

A segunda atividade, denominada “A Tecnologia do Sono”, pretendeu abordar o impacto das novas tecnologias no sono, em particular a exposição aos ecrãs. A atividade iniciou-se com uma apresentação expositiva, com recurso a uma apresentação *PowerPoint*, onde foram abordadas as temáticas previstas no plano de sessão, que se apresenta resumido na Tabela 8.

Tabela 8

Resumo do plano de sessão da atividade 2

Atividade 2 - A Tecnologia do Sono	
População-alvo: Encarregados de educação dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de uma escola básica do norte de Portugal.	
Data e hora: 04/12/2024 às 18h30	Local: Biblioteca da Escola Básica
Duração: 50 minutos	Dinamizador(a): Eva Prata
Objetivo geral: Aumentar a literacia dos EE visando a promoção de hábitos de sono saudáveis nos alunos do 1º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas da região norte de Portugal.	
Conteúdos da atividade: Apresentação da dinamizadora e do grupo; Apresentação dos resultados da priorização; Apresentação do projeto; Fisiologia do sono; Número de horas de sono recomendadas e consequências da privação de sono; Consequências dos dispositivos	

Continua

eletrônicos no sono; Higiene de sono; Atividades para realizar antes de dormir livres de dispositivos eletrônicos.

Momentos de discussão interativa foram promovidos ao longo da sessão, em momentos estratégicos, através de questões colocadas com o objetivo de estimular a participação ativa dos intervenientes. Assim, pretendeu-se desenvolver a partilha de experiências, esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre os desafios enfrentados nas rotinas e no equilíbrio entre o uso de tecnologias e o sono das crianças.

No final da intervenção foi realizada uma demonstração prática de exercícios de relaxamento, com o objetivo de proporcionar aos EE estratégias acessíveis e aplicáveis no quotidiano junto dos seus educandos. Estes exercícios visaram promover a regulação do estado fisiológico e emocional das crianças, favorecendo a indução de um sono de qualidade.

A sequência de exercícios iniciou-se com técnicas de respiração profunda, utilizando analogias lúdicas para facilitar a compreensão por parte das crianças. A inspiração foi associada ao ato de “cheirar uma flor”, enquanto a expiração foi representada por “apagar uma vela”. De seguida, foi proposto um exercício de alongamento, no qual se recorreu à imagem de um gato que arqueia as costas para exemplificar o movimento. Como complemento ou alternativa, podia ser realizado um exercício de alongamento progressivo, onde a criança seria orientada a contrair e relaxar alternadamente diferentes grupos musculares, finalizando com relaxamento de todo o corpo.

Por fim, introduziu-se a técnica de imaginação guiada, na qual a criança seria conduzida, através de uma narrativa estruturada pelo adulto, a visualizar um cenário tranquilo, seguro e agradável. Esta abordagem visa estimular o relaxamento e a regulação emocional, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico.

Foi disponibilizado, digitalmente, um panfleto com a descrição dos exercícios, apresentado de forma visual apelativa para a captar a atenção das crianças e incentivar a prática dos mesmos.

Previsão de recursos

No processo de preparação da execução de um projeto, e segundo Tavares (1990), é necessário proceder à determinação de recursos humanos, materiais e financeiros. Assim, para o presente projeto, os recursos previstos encontram-se apresentados na tabela abaixo.

Tabela 9

Previsão de recursos

Tipo de recursos	Recursos necessários
Materiais	Automóvel pessoal, combustível, 1 computador com acesso à <i>internet</i> , 1 projetor, <i>software Canva</i> , <i>software IBM SPSS Statistics 29.0</i> , plataforma <i>Zoom</i> , impressora, papel material didático para as sessões, alimentos para lanche
Humanos	1 aluna de Mestrado, 1 enfermeira tutora da USP, 1 enfermeira tutora da UCC, 2 docentes da escola básica, 3 docentes da equipa pedagógica da ESEP, 2 alunos e 1 professor escola profissional.
Físicos	Auditório com projetor e lugares sentados
Financeiros	100€ gasóleo, 30€ portagens, 15€ papel, 6€ fotocópias, 5€ licença <i>IBM SPSS Statistics 29.0</i> , 80€ produtos alimentares

Para orientar o planeamento e execução das atividades, foi elaborado um cronograma que estruturou todas as etapas do projeto, desde o seu início, em fevereiro de 2024, até à sua conclusão, fevereiro de 2025. Este cronograma organiza de forma sequencial e sistemática as ações a desenvolver, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos.

3.2. Execução

As atividades foram implementadas de acordo com a calendarização prevista e decorreram conforme planeado em termos de dinâmica e metodologia. No entanto, verificou-se a necessidade de ajustar o local, uma vez que o auditório inicialmente previsto apresentava dimensões excessivas face ao número de participantes. Desta forma, a atividade foi realizada na biblioteca da escola.

A segunda sessão foi alterada para formato digital, sendo realizada através da plataforma *Zoom*. Esta alteração ocorreu com o objetivo de maximizar a participação, pretendendo garantir maior acessibilidade dos EE.

3.3. Avaliação

A avaliação de um projeto consiste na análise da sua eficácia, comparando os objetivos delineados, as estratégias implementadas e os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993). No presente projeto, a avaliação teve como finalidade verificar o cumprimento das metas estabelecidas e dos indicadores de resultado, visando, assim, “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). De acordo com estes autores, a definição de indicadores de avaliação é essencial para aferir se as atividades desenvolvidas se encontram alinhadas com o planeado e se os objetivos do projeto foram atingidos.

Para avaliação das atividades do presente projeto foram definidos indicadores de estrutura, de processo, nomeadamente de adesão e de atividade, bem como indicadores de resultado.

No que diz respeito à caracterização dos participantes, verifica-se a seguinte distribuição: nove participantes eram do sexo feminino e um participante do sexo masculino, sendo que 20% (n=2) eram EE de alunos do 2º ano e 80% (n=8) de alunos do 3º ano de escolaridade.

Atividade 1 – “Saber para melhor escolher: rótulos alimentares”

Para avaliar a sessão, foram utilizados indicadores de resultado quantitativos, complementados por uma avaliação qualitativa.

A sessão contou com a participação de sete EE, correspondendo a uma taxa de adesão de 8,4%, evidenciando uma baixa participação nesta atividade.

A avaliação do conhecimento após esta sessão foi elaborada por meio do questionário previsto na preparação da atividade. Este questionário teve como objetivos principais: dinamizar a sessão e avaliar a eficácia das estratégias utilizadas, tanto no que se refere à aquisição conhecimento dos EE como à relevância que atribuíram a esta atividade. Os resultados obtidos através deste questionário encontram-se sintetizados na Tabela 10.

Tabela 10

Indicadores de resultado relativos à sessão da Atividade 1

Indicador de resultado	Avaliação
(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre o significado da alegação “baixo teor de gordura” /Nº de EE avaliados) x 100	$(6/7) \times 100 = 86\%$
(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre a quantidade máxima recomendada de açúcar adicionado por dia para uma criança saudável dos sete aos 10 anos/Nº de EE avaliados) x 100	$(3/7) \times 100 = 43\%$
(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre a principal fonte de informação nutricional num rótulo/Nº de EE avaliados) x 100	$(5/7) \times 100 = 71,4\%$
(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre o significado da alegação “sem adição de açúcares” /Nº de EE avaliados) x 100	$(6/7) \times 100 = 86\%$
(Nº de EE que identifica um produto com elevado teor de fibras/Nº de EE avaliados) x 100	$(6/7) \times 100 = 86\%$
(Nº de EE que identifica a tabela nutricional como a informação mais importante de um rótulo/Nº de EE avaliados) x 100	$(7/7) \times 100 = 100\%$

Continua

(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre a quantidade máxima recomendada de sal por dia para uma criança saudável dos sete aos 10 anos/Nº de EE avaliados) x 100	$(3/7) \times 100 = 43\%$
(Nº de EE que demonstra conhecimento sobre o Nutri-score e como funciona/Nº de EE avaliados) x 100	$(7/7) \times 100 = 100\%$
(Nº de EE que atribuem a classificação mais elevada à relevância da atividade/Nº de EE avaliados) x 100	$(5/7) \times 100 = 71,4\%$

Os resultados desta avaliação indicam um nível considerável de conhecimentos dos EE sobre rotulagem alimentar. Todos os participantes identificaram a tabela nutricional como a informação mais relevante do rótulo e demonstraram compreender o Nutri-score e o seu funcionamento. A maioria dos EE soube interpretar corretamente os termos “baixo teor de gordura”, “sem adição de açúcares” e identificar os produtos com elevado teor em fibras. No entanto, verificou-se uma percentagem inferior no que concerne ao conhecimento relativamente às recomendações diárias de açúcar e sal para crianças dos sete aos 10 anos, com apenas 43% dos EE cientes desses valores. No geral, 71,4% dos participantes atribuíram a classificação mais elevada à relevância da atividade, evidenciando-se um impacto positivo na perceção da importância do conhecimento sobre a rotulagem alimentar.

A satisfação global da atividade foi conduzida por meio de uma abordagem qualitativa considerando o formato, os equipamentos utilizados, a estratégia adotada. Os EE expressaram satisfação com os materiais utilizados, destacando a clareza dos conteúdos abordados. Além disso, avaliaram positivamente o formato da sessão, referindo que este foi dinâmico. Destacaram como positiva a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas e a utilidade prática dos conteúdos para a adoção de hábitos no dia-a-dia familiar.

Atividade 2 – “A Tecnologia do Sono”

A sessão sobre o sono e o impacto da tecnologia na sua qualidade foi avaliada qualitativamente com base na percepção e opinião dos participantes. Apenas cinco EE participaram, correspondendo a uma taxa de adesão de 6%, demonstrando o envolvimento limitado dos EE.

Esta atividade contou com um momento de discussão sobre os hábitos de sono dos diferentes intervenientes no qual se verificou a aquisição de conhecimento relativamente ao número de horas de sono recomendado para a idade das crianças, bem como das estratégias para promover ambientes facilitadores para um sono e livres de dispositivos eletrónicos.

Os EE consideraram a sessão pertinente, destacando a relevância dos conteúdos abordados para a sua prática diária. Adicionalmente, o formato *online* foi identificado como um facilitador da participação, promovendo maior acessibilidade à atividade.

Avaliação do projeto “Cuidar do Futuro”

A avaliação do projeto ocorreu três semanas após a última intervenção, permitindo medir o impacto a curto prazo das estratégias adotadas.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa envolvida demonstrou competências adequadas para a dinamização das atividades. No entanto, identificou-se a possível necessidade de ampliação da equipa para futuras edições do projeto caso se pretenda envolver um maior número de participantes.

Relativamente às infraestruturas e recursos materiais, o espaço utilizado foi apropriado para a realização da atividade, adequando-se ao número de participantes. Os materiais pedagógicos e recursos audiovisuais contribuíram para a interação e participação ativa dos EE. No entanto, poderiam ser complementados com outras ferramentas digitais para maior envolvimento, mas que implicariam recursos financeiros não disponíveis no âmbito deste projeto.

O planeamento e a organização do projeto decorreram conforme o cronograma. Contudo, a atividade “A Tecnologia do Sono”, teve de ser reagendada, uma vez que o estabelecimento de ensino não tinha disponibilidade na data pretendida.

No que concerne ao suporte organizacional, verificou-se um envolvimento positivo da escola onde decorreu a intervenção, bem como das unidades de saúde (USP e UCC), e dos seus profissionais. A colaboração com a escola profissional demonstrou-se vantajosa, não apenas pela disponibilização de recursos adicionais, mas também pelo benefício proporcionado aos seus alunos, ao permitir a aplicação prática dos seus conhecimentos e contribuir para a visibilidade da instituição.

A taxa de participação nas atividades foi de 12%, mostrando uma fraca adesão do grupo de EE ao projeto. Os EE destacaram que, um dos principais desafios dos projetos desenvolvidos na escola, prendeu-se com a pouca disponibilidade para participar. As exigências laborais e as rotinas diárias dificultam a conciliação de horários, o que impactou negativamente a adesão. Em resposta a esta dificuldade, a estratégia foi ajustada entre sessões com o objetivo de aumentar a participação. Contudo, a participação permaneceu baixa.

As avaliações dos indicadores de resultados do projeto encontram-se explanados na Tabela 11.

Tabela 11

Indicadores de resultado, metas e avaliação

Indicador de Resultado	Meta	Avaliação	Resultado
(Nº EE que refere que os educandos desligam os equipamentos eletrónicos pelo menos 1 hora antes de dormir / Nº total de EE avaliados) x 100	55,7%	(4/5) x100 = 80%	Superado
(Nº EE que refere que os educandos realizam atividades sem equipamentos eletrónicos antes de dormir / Nº total de EE avaliados) x 100	55,6%	(4/5) x100 = 80%	Superado
Nº EE que demonstra conhecimento sobre o Nutri-score / Nº total de EE avaliados) x 100	61,9%	(6/6) x100 = 100%	Superado

Continua

Nº EE que demonstra conhecimento sobre qual é a quantidade diária máxima de açúcar recomendada para o seu educando / Nº total de EE avaliados) x 100	38,9%	$(4/6) \times 100 = 66,6\%$	Superado
(Nº EE que demonstra conhecimento sobre qual é a quantidade diária máxima de sal recomendada para o seu educando / Nº total de EE avaliados) x 100	38,9%	$(4/6) \times 100 = 66,6\%$	Superado

A análise da tabela revela que os objetivos foram superados, indicando um bom desempenho do grupo. Relativamente aos hábitos de sono, as metas de 55,7% e 55,6% para os EE que referem que os seus educandos desligam os equipamentos eletrónicos e realizam atividades livres de equipamentos eletrónicos antes de dormir foram amplamente superadas. Em relação ao conhecimento sobre o Nutri-score, 100% dos EE indicaram saber a que corresponde este sistema de classificação nutricional. Em relação ao conhecimento sobre as quantidades máximas recomendadas de açúcar e sal, ambas as metas de 38,9% foram superadas, com 66,6% dos EE a responderem corretamente. A melhoria dos resultados entre a realização da atividade e a conclusão do projeto pode estar associada à disponibilização de materiais de suporte, que permitiram aos EE aprofundar conhecimentos neste âmbito, podendo ter contribuído para um maior nível de atenção e consciencialização sobre a temática.

O limite temporal em que decorreu o estágio não permitiu a realização de uma avaliação posterior para verificar a consolidação dos conhecimentos adquiridos. No entanto, caso, futuramente, a UCC volte a implementar este projeto e até a expandi-lo, poderá ser proposta uma avaliação longitudinal, realizada num período mais alargado, de forma a avaliar a sustentabilidade da aprendizagem e o impacto das intervenções a longo prazo.

Em relação ao indicador de atividade, o resultado obtido foi de 100%, uma vez que todas as atividades planeadas foram devidamente implementadas.

Embora a adesão ao projeto tenha sido reduzida, verificou-se que a realização destas atividades apresenta benefícios significativos. A aquisição de conhecimento por parte dos EE pode ter um efeito multiplicador, uma vez que estes podem assumir um papel ativo na promoção da saúde, transmitindo este conhecimento às suas famílias. Além disso, considerando que a intervenção demonstrou ter um impacto positivo neste pequeno grupo, é plausível inferir que, se aplicada a um número maior de EE, os ganhos em saúde poderiam ser proporcionais. Para futuras intervenções poderá ser pertinente reforçar estratégias de sensibilização para ampliar o impacto do projeto e envolver um maior número de EE.

4. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Além da implementação do presente projeto, no decorrer do período de estágio, foram desenvolvidas diversas atividades complementares integradas na USP e na UCC. Estas intervenções abrangeram diferentes grupos populacionais e diversos contextos. Assim, neste capítulo, apresento e analiso as atividades realizadas, enfatizando a sua relevância no âmbito da saúde pública e saúde comunitária.

Saúde Escolar

A intervenção na área da saúde escolar constituiu uma das vertentes fundamentais deste percurso acadêmico, permitindo perceber a estrutura, tipologia e organização das intervenções dos EECAESCSP nas escolas. Tive a oportunidade de participar num conjunto diversificado de atividades dirigidas aos alunos, visando diferentes temáticas. A participação nas atividades possibilitou, não só, o contacto com a comunidade escolar, mas também ter a perceção da articulação e relação que existe entre a saúde e a educação.

As atividades desenvolvidas, integradas num projeto interdisciplinar desenvolvido na UCC, abrangeram áreas como a promoção de estilos de vida saudáveis, com ênfase na alimentação e na prática de atividade física. Direcionado para alunos do segundo ciclo, o projeto foi implementado por uma equipa constituída por um enfermeiro, um nutricionista e um terapeuta ocupacional, visando a promoção de hábitos saudáveis.

Existiu também a oportunidade de integrar atividades no âmbito do programa PRESSE, direcionadas para a educação para os afetos e sexualidade e prevenção de comportamentos de risco associados, junto dos alunos do ensino secundário. Paralelamente, integrei atividades na área da saúde mental e de desenvolvimento de competências socioemocionais nos alunos do primeiro ciclo.

As reuniões da saúde escolar, realizadas com a gestão, a equipa de enfermagem da USP e das UCC, foram fundamentais para o planeamento e monitorização

das atividades do ano letivo. Estes encontros permitiram a análise das iniciativas em curso, a atualização do estado dos diferentes projetos e a apresentação do projeto que desenvolvi, a ser integrado nesta área. Tive ainda a possibilidade de perceber o processo de acompanhamento realizado por enfermagem no que respeita as necessidades de saúde especiais, em específico o acompanhamento de uma aluna do primeiro ciclo com Diabetes tipo I.

Ainda no âmbito da saúde escolar, colaborei na área da saúde oral, especificamente na operacionalização do processo de verificação e atribuição dos cheques-dentista aos alunos em idade-chave, o que possibilitou concomitantemente o contacto com o Sistema de Informação para a Saúde Oral. Durante o período de estágio, assisti a uma reestruturação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, com a transição da sua gestão da equipa de enfermagem para a médica dentista da ULS.

Planeamento em Saúde

No âmbito do planeamento em saúde, participei em reuniões da equipa coordenadora do PLS da instituição. Durante o período de estágio, a intervenção desta equipa situou-se na aprovação do documento final pelo Conselho de Administração e na preparação do plano de ação do PLS para o ano de 2025.

Comunicação e Informação em Saúde

Com o objetivo de promover a literacia em saúde, a USP desenvolve um programa de comunicação que utiliza diferentes canais para divulgação de informação dirigida, tanto aos profissionais da ULS, como à população. Este programa inclui a divulgação de conteúdos através de jornais e rádio locais e redes sociais (*Facebook* e *Instagram*). Durante o período de estágio, colaborei na elaboração de publicações para as redes sociais abrangendo temáticas como a menopausa e o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, bem como recomendações para a população, incluindo medidas de proteção contra o frio.

Vacinação

No contexto do Programa Nacional de Vacinação, a equipa de enfermagem da USP é responsável, entre outras atividades, pela avaliação da elegibilidade para a vacina BCG de utentes referenciados pelas diferentes unidades de saúde. Participei na realização dessas avaliações, com base na norma da DGS em vigor, e na referenciação dos utentes para a administração da vacina no Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Durante a Campanha de Vacinação Sazonal do Outono-Inverno 2024-2025 contra a Gripe e a Covid-19, participei no processo de vacinação em instituições de saúde, abrangendo utentes e profissionais. Colaborei no planeamento da intervenção, incluindo a verificação da elegibilidade dos utentes, a preparação, administração e registo das vacinas no sistema E-vacinas. Além disso, esta atividade permitiu a avaliação do cumprimento do plano vacinal pelos utentes institucionalizados, sendo essa informação comunicada às instituições através da gestora do PNV da USP.

Diabetes em Movimento

O Programa Diabetes em Movimento é uma iniciativa comunitária de promoção de atividade física em pessoas com diabetes tipo II. As sessões de exercício físico são operacionalizadas por um técnico de exercício físico e com supervisão de um enfermeiro. Assim, pude colaborar na supervisão de sessões de atividade física, bem como participar nas reuniões de monitorização do programa com toda a equipa multidisciplinar.

Vigilância Epidemiológica e Doenças de Notificação Obrigatória

Com o objetivo de prevenir e controlar as doenças de notificação obrigatória, a equipa multidisciplinar da USP, realiza investigação epidemiológica e rastreio de contactos. Neste contexto aprofundei o conhecimento sobre a realização de inquéritos epidemiológicos com base nas notificações recebidas através do

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e participei no rastreio de contactos de um caso suspeito de sarampo.

O contexto permitiu-me acompanhar um caso de toxinfecção alimentar coletiva num estabelecimento escolar e acompanhar as intervenções implementadas para a identificação da origem do surto, o controlo da sua propagação e a prevenção de novos casos.

Formação

Durante o estágio, participei em atividades formativas, incluindo o II Encontro de Saúde Escolar, realizado em Leça da Palmeira em outubro de 2024. Este evento demonstrou-se uma mais-valia por estar alinhado com a área de intervenção do projeto desenvolvido. Permitiu aprofundar conhecimentos sobre a possível certificação de competências em saúde escolar, a literacia em saúde, a inclusão escolar e o impacto das estratégias de promoção da saúde neste contexto.

Destaco igualmente, como formação relevante, a participação nas I Jornadas dos Cuidados de Saúde Primários, que decorreram em novembro de 2024 em Barcelos. O evento evidenciou a crescente preocupação com a saúde mental dos profissionais de saúde e a violência no local de trabalho, uma realidade cada vez mais presente. A integração das novas tecnologias na prática clínica foi um tema central, com destaque para a sua aplicação no tratamento da tuberculose, no acompanhamento de utentes em terapêutica anticoagulante e na gestão de feridas crónicas. No âmbito da saúde pública, salientou-se a relevância da vigilância de vetores e das alterações climáticas, bem como os desafios associados à vacinação em contexto da saúde global.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: CONTRIBUTO DA PRÁTICA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Neste capítulo, procede-se à articulação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas em contexto prático, analisando o seu contributo para o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do EEECAESCSP.

Competências comuns do enfermeiro especialista

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio prevê-se que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática profissional ética e legal de acordo com os princípios éticos e a deontologia profissional bem como, a garantia de práticas que respeitem os recursos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019). No decorrer do estágio desenvolvido existiu uma responsabilização pela prestação de cuidados de saúde seguros, com qualidade e fundamentados nos princípios éticos e legais.

Foi mantido um desempenho responsável e adequado aos diversos contextos, quer na interação com a comunidade como com a equipa de saúde. Esta conduta permitiu a promoção de um trabalho colaborativo e integrado, essencial para uma prática profissional pautada por segurança, qualidade e respeito pelos princípios éticos e legais, garantindo cuidados centrados nas necessidades da comunidade e na valorização do trabalho em equipa. Todas as atividades realizadas foram sustentadas numa abordagem prática fundamentada em evidência científica, orientada pela tomada de decisões informadas, com recurso à bibliografia e às orientações mais atuais.

Neste contexto, destaca-se que, atualmente, o rápido e fácil acesso à informação por parte da população nem sempre garante a qualidade e veracidade dos conteúdos. O papel do enfermeiro especialista, torna-se imperativo no combate

à infodemia, devendo este promover a literacia em saúde e capacitar a comunidade para o acesso às fontes de informação rigorosas e fidedignas.

De forma a promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, existiu a garantia de que todos os membros da comunidade tivessem um acesso equitativo aos mesmos, através da implementação de uma comunicação clara, transparente e adaptada, considerando as necessidades individuais, os diferentes níveis de literacia em saúde e garantindo a acessibilidade a recursos e serviços essenciais para a promoção do bem-estar e qualidade de vida.

Tendo em consideração os princípios éticos e código deontológico, foi respeitada a dignidade, a autonomia e os direitos das comunidades no decorrer das intervenções. Durante o desenvolvimento do projeto, foram garantidos o anonimato e segurança dos participantes, podendo os mesmos decidir sobre a sua continuidade ou não no processo.

Em todas as práticas desenvolvidas foi atendida a confidencialidade dos dados de saúde dos utentes. Neste processo, considero que poderiam ser melhorados os sistemas de informação em saúde pública, de forma a possibilitar um registo mais específico, direcionado às características da população, aos seus diagnósticos, às intervenções necessárias e à monitorização eficaz destas mesmas intervenções. Uma das áreas que beneficiaria da implementação de plataformas integradas e adaptadas seria a da vigilância epidemiológica. Esta informatização em formato próprio permitiria realizar um mapeamento de contactos mais eficiente, favorecendo a monitorização epidemiológica e planeamento de intervenções. Este processo traria uma maior segurança no que diz respeito à proteção de dados pessoais, minimizando riscos associados ao acesso indevido às informações.

Foi promovida uma abordagem multidisciplinar e, para isso, recorreu-se a contributos de outros profissionais quando a tomada de decisão transcendia a área de competência da enfermagem. Este processo permitiu uma tomada de decisão fundamentada e colaborativa.

- Domínio da melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista deve assegurar o envolvimento da melhoria contínua da qualidade na área da governação clínica, promovendo práticas e colaborando nos processos de melhoria contínua que garantam um ambiente terapêutico e seguro. No decorrer do estágio, este domínio foi desenvolvido por meio da participação e contribuição para a implementação dos diferentes programas e projetos, nomeadamente do projeto “Cuidar do Futuro”, no qual foi realizado o processo de avaliação dos respetivos indicadores. Adicionalmente, ocorreu a integração em processos de governação clínica, nomeadamente no que se refere à gestão do risco, na elaboração de um procedimento institucional e de acompanhamento de auditorias.

A participação em reuniões de serviço e em reuniões de coordenação da saúde escolar possibilitaram a partilha de informações relevantes, o planeamento e monitorização das intervenções e a partilha de contributos multidisciplinares. No âmbito da melhoria da monitorização das atividades em saúde escolar, foi desenvolvido um sistema de registo articulado entre as UCC e a USP, facilitando a avaliação dos indicadores de processo, como as atividades realizadas e a sua cobertura. No entanto, considerando a ampla intervenção que caracteriza a saúde escolar, consideraria pertinente incluir também a avaliação dos indicadores de resultado, uma vez que estes permitem medir de forma objetiva o impacto das ações implementadas. A monitorização sistemática desses indicadores possibilitaria não só a aferição da efetividade das intervenções realizadas, mas também a identificação de áreas que necessitam de alguma alteração ou reforço de intervenções. Esta abordagem contribuiria para a tomada de decisões baseadas em evidências, promovendo uma melhoria contínua das estratégias adotadas garantindo uma adequação às necessidades da comunidade escolar.

- Domínio da gestão de cuidados

O enfermeiro especialista desenvolve a gestão de cuidados através da aplicação de estratégias que visam otimizar a organização, a coordenação e a supervisão, garantindo a eficiência e a qualidade da prática clínica.

A prática desenvolvida pautou-se pela adequação às necessidades de saúde, procedendo-se à realização de diagnósticos sempre que necessário e implementando intervenções conforme as necessidades identificadas. As atividades foram conduzidas com base nas orientações e procedimentos vigentes, tanto ao nível do sistema de saúde como no âmbito institucional, garantindo a conformidade com as normas estabelecidas.

Procurou-se assegurar a integração de membros na equipa do projeto, contemplando não só profissionais da área da saúde como também da educação, destacando e valorizando o papel de cada interveniente no alcance dos objetivos propostos. Considera-se fundamental valorizar continuamente os profissionais enquanto elementos qualificados que contribuem significativamente para a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, esta motivação pode encontrar-se comprometida em muitos contextos devido a fatores como a cultura organizacional ou a escassez de recursos financeiros e humanos os quais constituem barreiras ao alcance de resultados em saúde.

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é fundamental que o enfermeiro especialista assuma um papel ativo na sua própria formação, identificando necessidades e promovendo o aprofundamento do seu conhecimento, bem como dos seus pares.

Durante o período de estágio foi possível a aquisição de competências especializadas, em concreto na área da saúde comunitária e saúde pública, com recurso a práticas especializadas, adequadas a cada situação específica e com recurso a melhor evidência científica.

A participação em formação extracurricular contribuiu para o enriquecimento e o aperfeiçoamento das competências profissionais, possibilitando a partilha de conhecimentos com outros profissionais. Esta interação interdisciplinar mostrou-se facilitadora, pois permitiu a consciencialização de outras perspetivas estimulando o pensamento crítico e inovação na prática clínica.

Estas aprendizagens tornam-se fundamentais para consolidar o perfil de um enfermeiro especialista capaz de atuar de forma autónoma e reflexiva, garantindo a prestação de cuidados com qualidade. Contudo, emerge a necessidade de continuar a investir em formação específica no âmbito das estratégias de intervenção em saúde escolar, direcionadas para ações a desenvolver com os EE. Esta necessidade decorre de uma das principais dificuldades identificadas: a escassa participação dos EE em projetos desenvolvidos na escola e que impliquem um envolvimento no processo educativo dos seus educandos. A capacitação dos profissionais neste sentido pode ser fundamental para fortalecer a integração dos EE nas escolas, fomentando a responsabilização e o compromisso com a educação e promoção da saúde das crianças.

Competências específicas do EEECAESCSP

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, o EEECAESCSP desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção da doença e proteção da saúde de grupos e comunidades. Destacam-se, a seguir, os contributos da prática, em contexto de estágio, de forma a dar resposta à aquisição de cada uma das quatro competências profissionais previstas no regulamento.

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

A presente competência constitui a base estrutural de inúmeras atividades desenvolvidas pelo EEECAESCSP. Esta competência orienta a tomada de decisões fundamentadas e a definição de intervenções eficazes.

No âmbito do estágio, esta metodologia foi aplicada no desenvolvimento do projeto “Cuidar do Futuro”, possibilitando uma abordagem sistematizada e sustentada.

Foi elaborada uma recolha e análise de dados relativos à população da área de atuação da USP, com recurso a métodos epidemiológicos, garantindo uma interpretação dos indicadores de saúde e dos determinantes sociais de saúde identificados. Esta análise constituiu uma fundamentação que permitiu direcionar a intervenção.

Com base neste processo foi realizado um diagnóstico de saúde da população-alvo, identificando-se as principais necessidades e estabelecendo-se as prioridades em saúde. Foram definidos os objetivos e as estratégias que fossem ao encontro das prioridades em saúde estabelecidas. Os objetivos foram formulados de forma a serem mensuráveis e as estratégias delineadas considerando a sua exequibilidade. O projeto foi desenvolvido tendo em conta os recursos disponíveis e sustentando-se na melhor evidência científica. Para assegurar uma intervenção eficaz e integrada, fomentou-se o estabelecimento de parcerias e o envolvimento ativo dos setores da saúde e da educação. Procedeu-se à negociação com os diversos intervenientes, de forma a identificar a abordagem mais adequada para a intervenção.

O Planeamento em Saúde, embora seja um processo complexo, oferece vantagens essenciais, com a possibilidade de direcionar intervenções para as necessidades específicas da população, orientar as ações e avaliar os ganhos em saúde decorrentes do processo.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Para a implementação do projeto “Cuidar do Futuro” foi possível exercer a liderança de processos comunitários com o objetivo de capacitar os EE. Este processo implicou a mobilização de parceiros da comunidade, como a escola profissional e a escola onde se desenvolveu o projeto, promovendo a articulação entre diferentes intervenientes de forma a garantir a eficácia das intervenções implementadas.

A intervenção em saúde numa comunidade deve ser, quando possível, realizada por uma equipa multidisciplinar, visto que a saúde comunitária é influenciada por múltiplos determinantes sociais de saúde. A diversidade e a complexidade destes determinantes exigem uma equipa capaz de articular diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente em áreas relacionadas diretamente com o estado de saúde, com estilos de vida, com o ambiente, entre outros.

Foram desenvolvidas estratégias de comunicação direcionadas para grupos, nomeadamente através da realização de sessões planeadas de educação para a saúde, integrando técnicas interativas e conteúdos visualmente apelativos. A promoção do projeto procurou transmitir uma imagem atrativa, incentivando assim a participação da população.

Os métodos de divulgação da informação em saúde junto das comunidades têm sofrido alterações significativas nos últimos anos impulsionadas pelo crescimento e pela diversificação das vias digitais. Esta realidade exige uma constante adaptação. Identificar os públicos-alvo e compreender as suas dinâmicas de interação com as ferramentas digitais constituem desafios para o sucesso da promoção da saúde da comunidade.

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

Os programas de saúde desenvolvidos pela DGS refletem os valores e os princípios do PNS, convergindo nos mesmos objetivos e orientando-se para a obtenção de resultados em saúde para a população. A cooperação estabelecida na coordenação de programas permitiu perceber que cada um destes se encontra direcionado para a sua área e população específica. Em conjunto, estes programas promovem uma abordagem integrada e abrangente, garantindo a cobertura e equidade no acesso aos cuidados de saúde pela comunidade.

O projeto “Cuidar do Futuro”, desenvolvido no âmbito deste estágio alinha-se com os objetivos do PNSE, refletindo uma consonância estratégica na promoção da saúde em contexto escolar.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica engloba um conjunto de atividades que têm como objetivo a colheita de dados, a sua análise, interpretação e divulgação, quando relacionados com a ocorrência de determinados fenómenos de saúde/doença.

O EEECAESCSP contribui para este processo, na medida em que realiza a monitorização de dados que permitem traçar um perfil epidemiológico da população, como por exemplo no que respeita as doenças crónicas não transmissíveis.

No âmbito das doenças de notificação obrigatória, a intervenção caracteriza-se pela necessidade de uma resposta célere, com o objetivo de quebrar cadeias de contágio e identificar os riscos de forma expedita. Para tal, é fundamental um conhecimento abrangente sobre as diversas patologias, incluindo a sua forma de transmissão e as medidas adequadas para evitar a sua disseminação.

A identificação precoce de contactos é crucial para implementar estratégias de vigilância e controle eficazes, promovendo ações céleres e coordenadas. A atuação da equipa multidisciplinar revela-se essencial uma vez que cada profissional desempenha um papel específico e complementar.

Idealmente, seria vantajoso a implementação de uma vigilância epidemiológica preditiva, com o objetivo de antecipar o aparecimento ou ressurgimento de determinadas doenças. Esta abordagem é particularmente relevante para patologias associadas à redução de cobertura vacinal, uma realidade presente na Europa, bem como para doenças com padrões cíclicos de ocorrência, como a tosse convulsa. A vigilância preditiva permitiria a identificação precoce dos riscos epidemiológicos, possibilitando a adoção de medidas adequadas e atempadas para mitigar o impacto em saúde pública. Porém, na maioria dos contextos, os recursos disponíveis para a implementação desta abordagem são escassos.

CONCLUSÃO

Os hábitos alimentares e de sono desempenham um papel fundamental na saúde das comunidades, sendo que a sua inadequação pode ter repercussões significativas ao longo da vida. No caso das crianças em idade precoce, os pais e cuidadores exercem uma influência determinante, uma vez que representam a principal referência em termos de conhecimento e comportamento. Assim, os EE têm um papel de mediadores na transmissão do conhecimento e na promoção de hábitos saudáveis junto dos seus educandos. Ao envolver os EE nas iniciativas em contexto escolar, procura-se fomentar a sua participação no ambiente educativo e promover uma abordagem integrada e colaborativa que contribui para um impacto positivo tanto na saúde infantil e como na saúde comunitária.

Os resultados do projeto desenvolvido demonstram um impacto positivo nesse âmbito, evidenciado pelo aumento dos conhecimentos avaliados. Apesar disso, foram identificados alguns desafios durante a sua implementação. A principal dificuldade prendeu-se com a adesão dos EE, que se revelou baixa. Adicionalmente, a execução do projeto ocorreu num período reduzido e com recursos limitados, o que representou um obstáculo à sua replicação num maior número de comunidades escolares. Assim, é fundamental refletir sobre estratégias eficazes para aumentar o envolvimento dos EE nas iniciativas escolares. A eficiência das intervenções em saúde depende daquilo que se conhece sobre o que é efetivo, ou não, e a capacidade de transformar o conhecimento em ações que sejam concretas, adaptadas e realistas (Escola Nacional de Saúde Pública, 2025). Assim, pode depreender-se que possam ser necessários estudos direcionados para a área da implementação de estratégias dirigidas a populações onde a baixa adesão já se encontra documentada.

O investimento em recursos humanos e financeiros na área da saúde comunitária constituiu um contributo para a sustentabilidade do sistema de saúde, contudo esta sustentabilidade depende também de outros fatores como a capacitação efetiva da população. Considerando que, ao serem priorizadas

ações preventivas, é possível reduzir a incidência de doenças crônicas associadas aos estilos de vida inadequados, minimizando, a longo prazo, os custos relacionados aos cuidados de saúde associados.

Na área da saúde escolar, é crucial que as intervenções sejam devidamente direcionadas, com base em diagnósticos periódicos das necessidades da população escolar. Este processo permite evitar a implementação de intervenções não prioritárias, otimizando assim os recursos disponíveis. Estes são alguns dos aspetos que destacam a importância do EEECAESCSP, por meio das suas competências específicas que garantem a efetividade e a relevância da intervenção comunitária.

O desenvolvimento do projeto apresentado e as restantes atividades descritas neste relatório (Capítulo 4), foram um valioso contributo para o desenvolvimento das competências e do pensamento crítico em relação à prática clínica.

Foi possível aprofundar competências na conceção, gestão e supervisão de cuidados uma vez que foi necessária a estruturação e elaboração de planos de cuidados tanto para as diferentes fases de desenvolvimento do projeto, como para a participação noutras atividades, como é exemplo a vigilância epidemiológica e a vacinação sazonal.

No decorrer do percurso realizado e de forma a alcançar os objetivos inicialmente previstos, estiveram sempre presentes o empenho e o compromisso com a qualidade. Este percurso resultou na aquisição de competências académicas e profissionais especializadas na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Destacou-se também o compromisso com o exercício profissional pautado pela excelência, evidenciado pela procura contínua de conhecimento, pela capacidade reflexiva e pelo rigor na aplicação das boas práticas. A experiência vivida permitiu consolidar uma postura ética, crítica e responsável, orientada para a prestação de cuidados centrados nas necessidades reais da comunidade. O estágio representou, assim, uma oportunidade de aprofundamento não só das competências técnicas, mas também das competências relacionais e de liderança, essenciais para uma atuação autónoma e fundamentada. Este compromisso com a excelência traduz-

se na intenção de continuar a evoluir enquanto enfermeira especialista, assumindo um papel ativo na transformação positiva dos contextos de saúde e na promoção do bem-estar das populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2017). *Rotulagem alimentar – um guia para uma escolha consciente*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Rotulagem.pdf
- Associação Portuguesa do Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria (n.d). *Higiene do sono da criança e adolescente*. Associação Portuguesa do Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria.
<https://apsono.com/images/higienesono.pdf>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023). *Problemas ativos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/problemasativos.aspx?isdlq=1>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *Listas de utentes de médicos em USF e UCSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/listautentes.aspx?isdlq=1>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *Listas de utentes de enfermeiros em USF e UCSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/listautentes.aspx?isdlq=1>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *Profissionais integrados em ACES | CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/profissionaiscsp.aspx?isdlq=1&IsDIg=1>
- Carson, V., Tremblay, M. S., Chaput, J. P., & Chastin, S. F. M. (2016). Associations between sleep duration, sedentary time, physical activity, and health indicators among Canadian children and youth using compositional analyses. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), 294-302. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0026>
- Costa, H., M. (2015). *Relação família-escola – Um olhar de ecologia humana entre o ensino público e o privado*. (1ª edição) De Facto Editores
- DeCosta, P., Moller, P., Frost, M., B., & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour – A review of experimental research. *Appetite*, 113, 327-357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
- Decreto-Lei n.º 137/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: I Série, nº 193. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, Saúde. (2022). Diário da República: I Série, nº 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, Governo e Administração direta e indireta do Estado. (2009). Diário da República: II Série, nº 74. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Vamos pôr a alimentação saudável on em casa*. Direção-Geral da Saúde. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/03/Alimentac%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-on-em-casa.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Alimentação saudável*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>
- Drouka, A., Brikou, D., Causeret, C., Malla, N., Sibalo, S., Ávila, C., Alcat, G., Kapetanakou, A., Gurviez, P., Fellah-Dehiri, N., Masson, M., Kontogianni, M., & Yannakoulia, M. (2023). Effectiveness of school-based interventions in europe for promoting healthy lifestyle behaviours in children. *Children*, 10(1676), 1-15. <https://doi.org/10.3390/children10101676>
- Ferrinho, P. (2011). *Políticas públicas saudáveis: Plano nacional de saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2010/09/PPS1.pdf>
- El-Halal, C. S., & Nunes, M. L. (2018). Organização e higiene do sono na infância e adolescência. *Residência Pediátrica*, 8(1), 45-48. [10.25060/residpediatr-2018.v8s1-08](https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8s1-08)
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2025). *Knowledge centre: rede ciência da implementação Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.ensp.unl.pt/ciencia-da-implementacao/>

- Godos, J., Grosso, G., Castellano, S., Galvano, F., Caraci, F., & Ferri, R. (2021). Association between diet and sleep quality: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101430>
- Gomes, A., I., Pereira, A., I., Roberto, M., S., Boraska, K., & Barros, L. (2021). Changing parental feeding practices through web-based interventions: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(4), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250231>
- Gregório, M., J., Teixeira, D., Monteiro, R., Sousa, M. S., Irving, S., & Graça, P. (2020). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: Modelo de intervenção e ferramentas*. Direção-Geral da Saúde. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/01/PNPAS aconselhamentobreve-.pdf>
- Gregório, M., J., Lima, R., Sousa, S., M., & Marinho, R. (2021) *Guia para lanches escolares saudáveis*. Direção-Geral da Saúde. <https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2021/04/GuiaLanchesEscolarespdf.pdf>
- Henderson, J., A., & Jordan, S., S. (2010). Development and preliminary evaluation of the bedtime routines questionnaire. *J Psychopathol Behav Assess*, 32, 271-280. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9143-3>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da saúde*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>
- International Council of Nurses. (2020). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- International Union for Health Promotion and Education. (2009). *Construindo escolas promotoras de saúde: Diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. International Union for Health Promotion and Education. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/iuhpe_hps_guidelines_i_2009_portuguese.pdf
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., & Buysse, D. J. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 22, 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.10.001>
- Jesus, C., Conceição, J., L., & Espadaneira, S. (2019). Literacia em saúde do sono de crianças em idade pré-escolar: Instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais. In C. Lopes & C. V. Almeida,

Literacia em saúde na prática (p. 75-96). Edições ISPA [ebook]. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf>

- Kakinami, L., Houle-Johnson, S. & McGrath, J., J. (2017). Parental nutrition knowledge rather than nutrition label use is associated with adiposity in children. *Canadian Institutes of Health Research*, 48(7), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.04.005>
- Kobel, S., Wartha, O., Dreyhaupt, J., Feather K. E., & Steinacker J. M. (2023). Intervention of a school-based health promotion programme on children's nutrition behaviour. *Journal of Public Health*, 31, 1747-1757.
- Laverack, G. (2014). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Lawrence, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2010). *Promover a saúde na escola: da evidência à ação*. International Union for Health Promotion and Education. <https://healtheducationresources.unesco.org/pt-pt/library/documents/promoting-health-schools-evidence-action>
- Lemos, M., S., Oliveira, A., I., S., Moreira, D., N., Prata, E., Carvalho, E., Luís, M., P., A., Castro, M., E., Matos, P., & Silva, R. (2023). *Plano local de saúde 2021-2030*. https://www.*****.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2024/04/PLS_2021-2030_consulta-publica-1.pdf
- Lima, L., & Cruz, M. (2023). Desenvolvimento e aquisição de competências nas crianças e jovens. In T. Martins & E. Borges, *Saúde escolar: Intervenções de promoção de saúde* (p. 53-73). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Lobstein, T., & Jackson-Leach, R. (2016). Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatric Obesity*, 11, 321-325. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12185>
- Lopes, J. S., Freitas, J. G., Sabino, B. O., Ribeiro, L. S., Silva, W. G. R., Mattos, C. M., Machado, P. R. F., Machado, T. O., & Silva, M. L. L. da. (2022). A importância da atuação dos cuidadores primários no desenvolvimento ou prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. *Global Academic Nursing Journal*. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200187>
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2033/1/04_ArtigosOriginais-2_25-4.pdf

- Martins, T., & Borges, E. (2023). *Saúde escolar: Intervenções de promoção de saúde*. (1ª edição) Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P., Silva, R. C. G., & Figueiredo, M. H. S. J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (n.º 19), 81-90.
- Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L., P., Story, M., Peñalvo, J., L., & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviours: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 13(3), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- Miller, M. A., Kruisbrink, M., Wallace, J., Ji, C., & Cappuccio, F. P. (2018). Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *SleepJ*, 41(4), 1-19. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy018>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2017). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.007>
- Monteiro, R., A., C., & Monteiro, E., D., R. (2021). Fatores de influência do comportamento alimentar infantil. *Revista Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde*, 4, 1-14.
- Notara, V., Giannakopoulou, S., & Panagiotakos, D. (2020). Family-related characteristics and childhood obesity: A systematic literature review. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 61-72. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/8_notara_original_13_1.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *A promoção da saúde: A Carta de Otawa*. Organização Mundial de Saúde. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx
- Organização Mundial de Saúde (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/119953>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Healthy diet*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

- Organização Mundial de Saúde. (2021). *WHO guideline on school health services*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341910/9789240029392-eng.pdf?sequence=1>
- Pacheco, D., & Vyas N. (2023). *Children and sleep: an introduction to the importance of sleep in children and how to help them to sleep better*. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep>
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., A., Kotagal, S., Lloyd, R., M., Malow, B., M., Maski, K., Nichols, C., Quan, S., F., Rosen, C., L., Troester, M., M., & Wise, M., S. (2016). Consensus statement of the American academy of sleep medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549-1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- PORDATA. (2022). *Base de dados dos municípios*. <https://www.pordata.pt/municipios>
- PORDATA. (2023). *Censos de Portugal em 2021: Resultados por Tema e por Concelho*. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>
- Ramalho, S. M., Silva, D., Costa, C., & Conceição, E. (2021). Padrões de sono, hábitos e comportamentos alimentares de crianças com sobrepeso/obesidade e as suas cuidadoras. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 25, 12-16. https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/08/03_ARTIGO-ORIGINAL.pdf
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Entidades administrativas independentes e Administração autónoma. (2018). Diário da República: II Série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Entidades administrativas independentes e Administração autónoma. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reilly, J., J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity*, 35, 891-898. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.222>
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M., C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., S., Dinis, A., & Rascôa, C., L. (2023). *Childhood obesity surveillance initiative COSI Portugal 2022*. <http://hdl.handle.net/10400.18/8630>

- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 584-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Santos, B., Silva, C., & Pinto, E. (2018). Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico – Como ser mais eficaz. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 18-23. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1404>
- Sejbuk, M., Mironczuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep quality: A narrative review on nutrition, stimulants, and physical activity as important factors. *Nutrients*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/nu14091912>
- Sharma, M. (2022). *Health education and health promotion*. (4ª edição) Jones & Bartlett Learning.
- Silva, E., M., B., Simões, P., A., D., Macedo, M., C., S., A., Duarte, J., C., & Silva, D., M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (17), 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Silva, F. M. G. (2014). *Hábitos e problemas de sono nas crianças dos 2 aos 10 anos*. (Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/14234>
- Sousa, R., & Trindade, R. (2013). O impacto da saúde escolar na comunidade educativa. *Educação, Sociedade & Culturas*, 38, 99-116. <https://doi.org/10.34626/esc.vi38.326>
- Tambalis, K. D., Panagiotakos, D. B., Psarra, G., & Sidossis, L. S. (2018). Insufficient sleep duration is associated with dietary habits, screen time, and obesity in children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(10), 1689-1696. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7374>
- Tavares, A. (1990) *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde.
- Tremblay, L., Rinaldi, C., Lovsin, T., & Zecevic, C. (2012). Parents' perceptions of children's weight: the accuracy of ratings and associations to strategies for feeding. *Early Child Development and Care*, 182 (8), 1027-1040. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.678598>
- Velázquez, A., L., Alcaire, F., Vidal, L., Varela, P., Naes, T. & Ares, G. (2021). The influence of label information on the snacks parents chose for their children: individual differences in a choice based conjoint test. *Food*

Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., MarFnis, O., & Masson, J. (2019). *SHE school manual 2.0: A methodological guidebook to become a health promoting school*. (1ª edição). Schools for Health in Europe Network Foundation. <https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/how-be-health-promoting-school>

Vilelas, J., M., S., Marques, J., M., Jacinto, B., B., Correia, A., I., H., Apóstolo, J., M., A., & Pestana, V., L., F. (2023). *Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

Walker, M. (2019). *Porque dormimos? O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos*. Desassossego.