



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Pais: Literacia em Saúde para a Prevenção da
Obesidade Infantil dos 0 aos 5 anos**

Luís Paulo Almeida Trindade

Orientação: Professor António José da Mota Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Pais: Literacia em Saúde para a Prevenção da Obesidade Infantil dos 0 aos 5 anos

Luís Paulo Almeida Trindade

Orientação: Professor António José da Mota Casa Nova

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Pais: Literacia em Saúde para a Prevenção da Obesidade Infantil dos 0 aos 5 anos

Luís Paulo Almeida Trindade

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Arguente: Ana Lúcia Caeiro Ramos (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Orientador: António José da Mota Casa Nova (Especialista em Enfermagem, DecretoLei n.º 206 de 2009, de 31 agosto)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Data: 13 de Outubro de 2020

“O bom senso – a consciência – só poderá vir ao mundo através de si. Você não tem de esperar que o mundo se torne sensato, ou que alguém se torne consciente, para poder ser iluminado. Caso contrário, terá de esperar para sempre.”

Eckhart Tolle

AGRADECIMENTOS

Ao longo de um caminho todos passamos por diversos obstáculos que nos fazem parar, refletir e voltar a avançar...Como ouvi dizer a uma pessoa bastante significativa, o Caminho faz-se caminhando...passo a passo.

Sempre que ocorreu o medo, este é mais energia para dobrar obstáculos pelo que seguir em frente com pensamento positivo tornou-se num hábito diário que semeou e deu os seus frutos bastantes proveitosos.

Sou grato a todos os que acreditaram em mim e contribuíram de alguma forma para esta etapa importante do meu caminho que se tornou de maturação pessoal e profissional.

Ao professor António Casa Nova, orientador deste relatório e de todo o estágio de aprendizagem, pelo encorajamento, dedicação, aprendizagens e cooperação positiva. Pessoa que sempre acreditou no meu trabalho, empenho e dedicação levando-o a bom porto.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Esperança Gonçalves, Ana Salgueiro, Célia Pereira e Ana Paula Pimentel que me acompanharam e seguiram neste longo caminho, árduo mas muito gratificante, inspirador e desafiante, transmitindo me aprendizagens que levarei comigo para a vida. Sou grato pelos seus ensinamentos, acompanhamento e supervisão que marcam para sempre a minha prática profissional, levando-as ao patamar de minhas enfermeiras de referência no futuro. Sem o seu apoio, disponibilidade, motivação e empatia seria de todo impossível a realização deste percurso e concretização deste curso de mestrado. A todos os colegas de contexto de estágio que participaram na concretização deste projeto e partilharam as suas experiências pessoais e profissionais.

À minha família pelo sacrifício, dedicação, investimento, apoio indispensável e incondicional na minha formação, à minha esposa Raquel e ao meu filho Francisco por tudo, pelo apoio, mas sobretudo pelos momentos em que ficaram privados da minha presença durante esta longa etapa.

Grato do fundo do meu coração, especialmente à minha esposa Raquel Domingos e ao meu filho
Francisco Mateus Trindade!

Eternamente grato!

RESUMO

Título: Pais: Literacia em Saúde para a Prevenção da Obesidade Infantil dos 0 aos 5 anos

A obesidade infantil é um problema à escala mundial, por isso torna-se emergente a capacitação dos pais em literacia em saúde de modo a promover a prevenção deste problema. Evidencia-se a necessidade de intervenções de enfermagem para capacitar os pais das crianças com ou sem obesidade infantil, sendo as educativas as mais adequadas na persecução desse objectivo.

Evocando à metodologia de trabalho de projeto, foi traçado como objetivo geral capacitar os pais em literacia em saúde na prevenção da obesidade infantil, inserido na linha de investigação de segurança e qualidade de vida. Como resultado final construímos um manual educativo/informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil.

A redação do Relatório de Estágio possibilitou registar a trajetória formativa determinante na aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Literacia em Saúde; Prevenção Obesidade Infantil.

ABSTRACT

Title: Parents: Health Literacy for Childhood Obesity Prevention from 0 to 5 years

Childhood obesity is a worldwide problem, which is why the training of parents in health literacy is emerging in order to promote the prevention of this problem. The need for nursing interventions to empower parents of children with or without childhood obesity is evident, with educational ones being the most appropriate in pursuing this objective.

Based on the project work methodology, the general objective was to train parents in health literacy in the prevention of childhood obesity, inserted in the line of investigation of safety and quality of life. As a final result, we built an educational / informative manual for parents in the context of preventing childhood obesity.

The execution of the Internship Report made it possible to record the decisive training path in the acquisition and development of the Master's competences, common and specific to the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Keywords: Child and Pediatric Health Nursing; Health Literacy; Childhood Obesity Prevention.

ÍNDICE DE APÊNDICES

f

Apêndice 1 – Resumo, Plano e Cronograma do Projeto de Estágio.....	94
Apêndice 2 – Instrumento para Colheita de Dados do Estudo de Caso	99
Apêndice 3 – Poster – Prevenção da Obesidade Infantil.....	105
Apêndice 4 – Folheto Informativo – Amamentação como forma de Prevenção da Obesidade Infantil	107
Apêndice 5 – Manual Educativo/Informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil.....	109
Apêndice 6 – Capacitação dos Pais na Prevenção da Obesidade Infantil: Revisão <i>Scoping</i>	112

ÍNDICE DE ANEXOS

f

Anexo 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman 118

Anexo 2 – Certificado do Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico 120

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

APP – *American Academy of Pediatrics*

AR – Assembleia da República

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGE – Direção Geral da Educação

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

DNTs – Doenças Não Transmissíveis

DRE – Diário da República Eletrónico

EC – Estudo de Caso

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EN – Escala Numérica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EVA – Escala Visual Analógica

FLACC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FPS-R – *Faces Pain Scale – Revised*

ICN – *International Council of Nurses*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPFCC – *Institute for Patient and Family-Centered Care*

MCAF – Modelo de *Calgary* de Avaliação da Família

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONUBR – Nações Unidas do Brasil

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	12
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1. – CRIANÇA DOS 0 AOS 3 ANOS	16
1.2. – CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR.....	19
1.3. – OBESIDADE INFANTIL	21
1.3.1. – Literacia em Saúde e Prevenção da Obesidade	23
1.3.2. – Fatores de Risco e Complicações da Obesidade	27
1.3.3. – Estratégias de Intervenção na Problemática da Obesidade	28
1.4. – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	30
1.5. – CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	33
2 – TRAJETÓRIA FORMATIVA – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA	36
2.1. – ESTÁGIO I – PROMOVER A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL DO RECÉM NASCIDO/CRIANÇA EM PARCERIA COM A FAMÍLIA	38
2.1.1. – Caracterização do local de estágio	39
2.1.2. – Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESIP.	40
2.2. – ESTÁGIO FINAL – CUIDAR DO RECÉM NASCIDO/CRIANÇA E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	52
2.2.1. – Caracterização dos locais de estágio	54
2.2.1.1. – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.....	54
2.2.1.2. – Serviço de Urgência Pediátrica.....	55
2.2.1.3. – Serviço de Internamento de Pediatria.....	57
2.2.2. – Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESIP	59
2.3. – DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO FACILITADORAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE OBESIDADE INFANTIL.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório do III Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, organizado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, nomeadamente, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório tem como finalidade principal descrever e analisar, de forma reflexiva, as aprendizagens captadas e desenvolvidas no Estágio I e Estágio Final, que decorreram no 2.º e 3.º semestre do Curso de Mestrado supracitado, em serviços específicos tais como, Cuidados de Saúde Primários [CSP], Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos [UCINP] e Serviço de Internamento de Pediatria [SIP].

Neste seguimento, pretende enquadrar o projeto desenvolvido durante o estágio, comunicar a sua evolução e as suas conclusões, atestando a aquisição progressiva de conhecimentos, aptidões e competências ao longo do percurso formativo e com o qual procuramos demonstrar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP].

A aquisição de grau de mestre e título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros [OE] preconiza que seja realizado um projeto de intervenção que começa a ser idealizado e estruturado no Estágio I e, é complementado e desenvolvido, no estágio final.

“O grau de mestre implica que os profissionais permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.” (Diário da República Eletrónico [DRE], 2006, p. 9).

Deste modo, selecionando os aspetos fulcrais de cada contexto de estágio, estando estes articulados entre si, recorre-se à metodologia de projeto e, posterior identificação da problemática, inserida na linha de investigação de segurança e qualidade de vida.

A linha de investigação referida no parágrafo anterior, inscrita no percurso formativo está especificamente relacionada com a criança/jovem e família e obter o grau de mestre, dando cumprimento à alínea b) do ponto 1 do Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016, p. 3176), que determina a integração de “(...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)” para discussão pública e possível tradução em concessão de grau de mestre.

No enquadramento da promoção da saúde tendo sempre em conta o binómio criança/família, escolhemos a temática da literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil, no sentido de os enfermeiros capacitarem os pais neste âmbito, desenvolvendo assim, a disciplina de enfermagem e competências especializadas tendo como fonte a investigação, bem como tendo, sempre, em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a excelência dos cuidados de enfermagem.

“Vários estudos têm demonstrado que uma proporção elevada dos pais tem um nível de literacia em saúde que compromete a sua capacidade para realizar tarefas preventivas básicas, como seguir as recomendações de uma brochura...” (Goes *et al*, 2015, p. 14).

Assim, “a literacia em saúde tem vindo a ser reconhecida nas últimas décadas como uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos quer em crianças.” (Resende & Figueiredo, 2018, p. 103).

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial.

“Estima-se que 41 milhões de crianças menores de 5 anos sejam obesas ou estejam acima do peso no mundo. As informações são de especialistas da Organização Mundial da Saúde [OMS] que lançaram novas diretrizes para enfrentar o que eles consideram uma epidemia global.” (Nações Unidas do Brasil [ONUBR], 2017).

A elaboração deste relatório de estágio, permitiu aprofundar conhecimentos sobre a literacia em saúde dos pais, no que concerne à introdução de uma alimentação saudável nas suas crianças e jovens, numa perspetiva de prevenção da obesidade infantil, tendo como fundamento a promoção da saúde e qualidade de vida.

Tal como descreve o regulamento da OE, o EEESIP tem como uma das competências, “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (OE, 2018a, p. 19192).

Na temática da obesidade infantil, o fundamento do enfermeiro EEESIP tem em atenção conforme as suas competências que “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.” (OE, 2018a, p. 19193).

O estudo desta problemática tem como recurso a metodologia de trabalho de projeto, que tem como fundamento uma “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 2).

“A definição de problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, e nesta etapa inserem-se igualmente a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar”. (Ruivo *et al*, (2010, p. 12). O problema formulado para este projeto passa por: uniformizar a informação no contexto de literacia em saúde dos pais, na prevenção da obesidade infantil.

O enquadramento teórico ao trabalho ancorou-se no Modelo de sistemas de Betty Neuman e na filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF).

Assim sendo, o objetivo geral emerge como: capacitar os pais em literacia em saúde na prevenção da obesidade infantil.

Este objetivo geral reparte-se em três objetivos específicos que são:

- ◆ Desenvolver conhecimento, capacidades e nível de conhecimento dos pais sobre a prevenção da obesidade infantil;
- ◆ Promover a capacitação dos pais na adoção de hábitos de nutrição, atividade física e sono preventivos de obesidade infantil;
- ◆ Elaborar um manual educativo/informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil.

O presente relatório inicia-se com a introdução, onde se indica a problemática em estudo e os objetivos são definidos, de seguida, elaborou-se um enquadramento teórico com base numa revisão da literatura atual e com evidência científica, de forma a justificar a necessidade e a pertinência da problemática escolhida e, posteriormente, segue-se o desenvolvimento do trabalho com divisões por ordem cronológica a cada contexto de estágio e analisando cada competência e aprendizagem adquirida a cada momento, levando obviamente a estratégias de intervenção facilitadoras de promoção de saúde e de prevenção de obesidade infantil.

Por último, apresentam-se as considerações finais, analisando-se os objetivos e esboçando-se trajetórias futuras.

Este documento encontra-se, escrito em conformidade com a norma de referenciação da 6ª edição da *American Psychological Association* (APA).

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As linhas orientadoras e bases teóricas estão sempre na essência do percurso de desenvolvimento académico. Assim, resultou uma preparação conceptual prévia, através da definição de conceitos considerados pertinentes para o desenvolvimento de um quadro de conhecimentos teóricos associados ao tema em estudo. “Os escritos teóricos e empíricos são revistos de forma sistemática, com vista a situar a investigação em curso no contexto dos conhecimentos atuais.” (Fortin, 2009, p. 30).

Assim este capítulo encontra-se estruturado do seguinte modo: descrição do desenvolvimento a todos os níveis da criança desde o nascimento até aos 5 anos; a Obesidade infantil, passando pela sua definição, fundamentação e identificação dos diversos fatores de risco e de complicações desta, identificação da positividade da literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil e das estratégias de intervenção para o combate a esta problemática; apresentação do modelo de sistemas de Betty Neuman como modelo de prestação de cuidados e as suas vantagens; e descrição da filosofia de cuidados centrados na família.

1.1. – CRIANÇA DOS 0 AOS 3 ANOS

O EEESIP deve aprofundar e adquirir conhecimentos no âmbito do desenvolvimento da criança na idade desde a sua etapa a iniciar na vida intra-uterina até ao seu desenvolvimento pleno, nomeadamente nas perspetivas do desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional, psicossocial, social, moral, linguístico e sexual. Só assim, com um conhecimento pormenorizado das características do desenvolvimento, o EEESIP será capaz de fazer uma correta avaliação e as suas respetivas intervenções, no sentido da otimização do crescimento, desenvolvimento e saúde da criança.

“A alteração mais profunda exigida ao recém nascido é a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.241). A partir

desse momento tudo muda, tudo se torna numa nova viagem, num novo ciclo, a vida extra uterina.

Os últimos meses de gravidez são cruciais para os pais tomarem consciência da sua realidade, da atividade do bebé e da enorme adaptação que os espera.

O conhecimento profundo de todo o crescimento e evolução da criança faz com que se consiga obter o melhor plano de ação e de cuidados para com a criança e a sua família. Assim, segundo Brazelton 2010, “para aqueles que sabem apreciar as forças poderosas e universais que estão por trás da luta da criança para aprender a andar, ou aquele conflito apaixonado entre um «sim» ou um «não» que origina tantas birras durante o segundo ano de vida, a Pediatria torna-se uma paixão”. (Brazelton, 2010, p. 16).

O leite humano passa pela melhor opção para o lactente até pelo menos ao primeiro ano de vida. Segundo Hockenberry & Wilson, 2014, apresenta diversos benefícios a todos os níveis, tais como, a quantidade de proteínas neste incluídas é a adequada, contem a quantidade sais e minerais adequados ao crescimento saudável. Os mesmos autores referem que tem vários benefícios imunológicos, tem efeito laxante, é económico, está sempre disponível e higiénico. A ligação mãe e filho torna-se ainda maior na amamentação devido aos benefícios psicológicos que o leite materno detém pois facilita a ligação forte entre mãe e filho durante a alimentação. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Brazelton, 2010, adianta que recentemente é que os médicos e enfermeiros descortinaram que os pais necessitam tanto de acompanhamento e apoio, como o bebé.

Neste sentido, o EEESIP está presente para facilitar a ligação entre pais e bebé, e também entre bebé e família, de modo a seguir o melhor caminho para o seu desenvolvimento e crescimento saudável.

Quando um bebé brinca está a testar as suas capacidades cognitivas, o seu desenvolvimento cognitivo é diário e os pais não se devem deixar levar pelas frustrações do bebé, pois este tem a capacidade de as dominar. (Brazelton, 2010).

A partir do primeiro ano de vida, a criança entra no mundo da independência pois normalmente nesta etapa começa a andar e inicia-se um grande processo de questões que levam a criança a grandes dúvidas e incertezas pelo que por vezes manifestam birras enormes. Inicia-se o processo de conflito entre «quero» ou «não quero» será um dos maiores períodos de dúvidas que a criança ultrapassa na sua vida, os pais não devem culpar-se por estas birras pois este processo passa por uma luta interior da própria criança. (Brazelton, 2010).

Hockenberry & Wilson, 2014, afirmam que no desenvolvimento psicossocial, a fase I (do nascimento ao ano) do desenvolvimento da criança passa pelo sentimento de confiança (Erikson), esta fase passa pela aquisição de confiança ultrapassando naturalmente a desconfiança. No desenvolvimento cognitivo, os mesmos autores fazem referência ao estágio sensório-motor (Piaget) que definem como período em que os lactentes progredem de comportamentos reflexos para atos repetitivos simples e para a atividade mimética.

Todos os meses da sua vida tornam-se desafiantes pois as alterações são constantes e intensas, levando os pais a desafiarem-se diariamente de modo a acompanharem o desenvolvimento da criança. As áreas de alterações são diversas, passando por desenvolvimento cognitivo, emocional, motor, social, intercalando com os diversos receios, a brincadeira, a disciplina, a alimentação, o sono, entre outros fatores de envolvimento da criança.

Alguns autores referem a expressão “os terríveis dois anos”, devido a ser uma fase de extrema intensidade e de descoberta e evolução diária. “É uma fase de intensa exploração do ambiente, à medida que as crianças tentam descobrir as coisas; o que significa palavra «não»; qual o poder das birras, do negativismo e da obstinação.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 588).

Nesta idade o sucesso da realização das tarefas passa por um pilar de grande confiança durante a infância e requer, frequentemente, de indicações de outros, quando pais e filhos enfrentam o desafio do bacio, estabelecimento de limites e a rivalidade entre irmãos. (Hockenberry & Wilson, 2014).

“Os enfermeiros que compreendem a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento da criança podem ajudar as famílias a lidar eficazmente com as tarefas desta idade.”

(Hockenberry & Wilson, 2014, p. 588). Trata-se de um papel fulcral dos enfermeiros poder ajudar nos diversos momentos do ciclo de vida o binómio criança/família.

1.2. – CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

O EEESIP deve aprofundar e adquirir conhecimentos no âmbito do desenvolvimento da criança na idade pré escolar, tal como referido no capítulo anterior de modo a fazer a avaliação das necessidades da criança corretamente, traçando as melhores intervenções de modo a atingir o melhor desenvolvimento e crescimento da criança.

Na idade pré-escolar, entre os três e os cinco anos de idade, ocorrem importantes aprendizagens e aquisições a nível biológico, psicossocial e cognitivo, que preparam a criança para grandes mudanças no seu estilo de vida, como a entrada na escola (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste episódio temporal da sua vida, as crianças estão num período de aprendizagem intensa, em que a sua atividade essencial é o brincar, sentindo grande satisfação pelas atividades que concretizam, surgindo por vezes o sentimento de culpa quando percebem que ultrapassam os limites. Portanto, o desenvolvimento da consciência é uma das tarefas fundamentais da criança em idade pré-escolar (Erikson, 1982, citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

No que concerne ao desenvolvimento cognitivo, Jean Piaget integra a idade pré-escolar no segundo grande estágio desse desenvolvimento, sendo este o estágio pré-operatório, em que as crianças desenvolvem gradualmente o uso do pensamento simbólico, mas só atingem o pensamento lógico na fase escolar, no estágio das operações concretas. (Piaget, 1952 citado por Papalia *et al*, 2001). A função simbólica progride através da capacidade da criança para utilizar representações mentais, às quais atribui significado, utilizando a imitação, o jogo simbólico e a linguagem (Piaget, 1952 citado por Papalia *et al*, 2001). O egocentrismo inerente à criança poderá limitar este desenvolvimento da função simbólica, no entanto, uma das principais transições é a transformação do pensamento egocêntrico para a consciência social e a capacidade de considerar o outro (Hockenberry & Wilson, 2014).

A criança de três anos descobre uma nova e estimulante aventura, desenvolve a linguagem que ajuda a moldar a sua compreensão relativamente ao mundo que a envolve e, também, a moldar os seus pensamentos. Aos quatro anos, amplia a complexidade da linguagem, o que permite à criança expressar os seus pensamentos. A criança começa a identificar-se com os seus pais e com os seus pares, desafiando-a a aprender novas habilidades. (Brazelton & Sparrow, 2010).

Segundo os autores já referidos, (Brazelton & Sparrow, 2010), quando a criança começa a ter consciência de si própria poderá ser gerador de alguns medos e esta poderá sentir-se dividida entre o desejo de dominar o mundo e a sensação de dependência. Aos cinco anos, a criança torna-se consciente do impacto das suas ações sobre si e sobre os outros, tornando-se de extrema relevância o reconhecimento de que a criança pode desempenhar tarefas e ter responsabilidades atribuídas, quer seja em casa ou na escola. (Brazelton & Sparrow, 2010).

Ao nível de aprendizagem de papéis e padrões de comportamentos de saúde, da ampliação de relacionamentos sociais, da linguagem, da aquisição de autonomia, destreza e avanço uniforme no desenvolvimento motor, a criança encontra-se numa etapa marcante, onde se pode destacar ações como a imaginação, a imitação e a dramatização, vincadas pela reprodução dos comportamentos dos adultos. (Rocha, 2017).

Nesta fase a criança atravessa um período de desenvolvimento físico e de personalidade pujantes, é mais sociável, é uma fase de interiorização dos valores, padrões e hábitos da família e da cultura, constituindo assim um período ótimo para a aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste período pré-escolar, o desenvolvimento adequado da criança depende de uma alimentação equilibrada e de um padrão de sono correto. (Rocha, 2017). Nas crianças pouco ativas existe uma maior probabilidade de desenvolverem obesidade e problemas de sono (Papalia *et al*, 2001). Este período de desenvolvimento é considerado um dos períodos críticos ao aparecimento da obesidade, sendo as medidas preventivas decisivas para impedir esta epidemia, tendo em conta que a criança está mais flexível à aquisição e alteração de comportamentos, essencialmente relacionados com a saúde. (Branco, Jorge, & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk, Ritchie, & Cunningham-Sabo, 2013).

Os estilos de vida detêm um papel crucial no contexto familiar, quando se trata de crianças em idade pré-escolar. A família é o seu primeiro ambiente de aprendizagem, e, por isso, tem grande impacto na sua saúde e nos seus estilos de vida. Os pais elegem modelos fundamentais e definem de diferentes formas os hábitos alimentares e a atividade física dos filhos. (Duarte, 2010).

1.3. – OBESIDADE INFANTIL

“Atualmente, a obesidade é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial.” (Rito, Sousa, Mendes & Graça, 2017, p. 3).

A obesidade tem diversas definições e descrições mas pode-se definir como “o acúmulo de tecido gorduroso, localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio. O sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, associado ou não a distúrbios genéticos ou endocrinometabólicos.” (Santos *et al*, 2013, p. 9).

Posto isto, é descrito pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável:

“Sendo que acumulação excessiva de tecido adiposo pode, simplesmente, ser explicada pela manutenção prolongada de um balanço energético positivo (em que a energia ingerida é superior à energia dispendida), o aumento exponencial na prevalência da obesidade, verificado nas últimas décadas, é o resultado da interação entre diversos fatores.” (Camolas, Gregório, Sousa & Graça, 2017, p. 13).

Portanto, a obesidade infantil está relacionada com “a predisposição fisiológica, a multiplicidade de componentes socioambientais e os aspetos psicológicos e comportamentais que promovem e traduzem os dois anteriores, são elementos de uma matriz complexa que predispõe, promove e mantém o excesso de peso.” (Camolas *et al*, 2017, p. 13).

Assim sendo, a obesidade infantil tem por base o conceito analisado e descrito pelo estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* [COSI] em Portugal que define que:

“A obesidade infantil é uma condição complexa e é um fator de risco para diversas doenças não transmissíveis [DNTs] tais como a diabetes tipo II, as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, apneia do sono, patologias osteoarticulares, certos tipos de cancro e problemas do foro psicossocial, incluindo discriminação, isolamento social e baixa autoestima afetando a saúde imediata, a educação e qualidade de vida.” (Rito *et al*, 2017, p. 3).

“A nutrição adequada está intimamente relacionada com a boa saúde ao longo da vida, e uma melhora geral na nutrição é evidenciada pelo aumento gradual no tamanho e amadurecimento precoce das crianças.” (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018, p. 43).

No seguimento do descrito, cerca de 60% das crianças obesas serão adultos obesos. Isto reduz a média de idades em que há o aparecimento das DNTs que conseqüentemente, tem grande impacto no setor da saúde e da economia. Em Portugal, segundo o estudo COSI, nos gastos anuais da saúde há um valor estimado de 2,8% que está relacionado com a obesidade. (Rito *et al*, 2017).

A taxa de mortalidade e morbilidade associadas à obesidade é elevada. As complicações inerentes podem ser responsáveis por 5 a 10% dos custos de saúde. No cerne desta questão encontram-se o sedentarismo crescente e a mudança nos padrões alimentares.

A nível global a prevalência da obesidade infantil mantém-se a aumentar, tendo elevado os números para valores astronómicos desde 1975 até 2016, verificando-se um maior aumento nos países mais desfavorecidos. Na Europa, a prevalência da obesidade infantil tem-se mantido constante, sendo mais acentuado também nos grupos sócioeconómicos mais desfavorecidos. (Rito *et al*, 2017).

“A par com a Grécia, Itália e Espanha, mais de 30% das crianças portuguesas entre os 6 e 8 anos de idade apresentam excesso de peso e cerca de 14% de obesidade.” (Rito *et al*, 2017, p. 3). Num todo, tendo em conta as percentagens de prevalência da obesidade infantil, torna-se fundamental perceber quais as implicações que esta tem nas crianças. “O carácter epidémico da obesidade tem o potencial de impedir o desenvolvimento da saúde de uma criança, em toda a sua plenitude.” (Rito *et al*, 2017, p. 3).

1.3.1. – Literacia em Saúde e Prevenção da Obesidade

No decorrer do crescimento, há vários determinantes que condicionam o aparecimento da obesidade infantil, sendo exemplo disso:

“O baixo consumo de frutas e hortícolas, o hábito de comer fora de casa, as grandes porções de alimentos, o consumo excessivo de alimentos e bebidas de alta densidade energética, o hábito de petiscar, os baixos níveis de atividade física, o excesso de atividade sedentárias, como ver televisão e dormir menos horas do que o recomendado, são também fatores que contribuem para o excesso de peso.” (Goes *et al*, 2015, p. 13).

Outros autores também referem que “as práticas alimentares infantis têm sido caracterizadas por um consumo excessivo de alimentos de alto valor energético, de gordura, de sal, e açúcar e o baixo consumo de frutas e hortaliças. O consumo desses produtos pode estar relacionado com a disponibilidade domiciliar.” (Melo, Cruz, Brito & Pinho, 2017, p. 2).

“Os pais possuem importante papel na formação do hábito alimentar infantil.” (Melo *et al*, 2017, p. 2). Segundo Goes *et al*, 2015, as recomendações mais recentes relatam que é necessário atuações antecipadas, mais ecológicas e holísticas no combate à obesidade infantil, centrando-se principalmente na família e na comunidade.

Contudo, é fundamental avaliar o ambiente, sobretudo o familiar, no comportamento alimentar em idades precoces e no excesso de peso infantil. (Melo *et al*, 2017, p. 2).

Tendo por base o pressuposto analisado, anteriormente, “as intervenções para redução de excesso de peso infantil devem focar a família e o domicílio para a promoção de práticas alimentares parentais positivas, tendo em vista o papel da modelagem parental no comportamento alimentar das crianças.” (Melo *et al*, 2017, p. 5).

Tem de haver sensibilização para as mudanças nos estilos de vida das famílias e os pais devem ser empoderados e capacitados sobre a alimentação saudável, de modo a haver uma contribuição positiva para o futuro das crianças. (Melo *et al*, 2017).

Um aspeto fundamental é que a família proporciona um campo de aprendizagem de uma grandeza inquantificável à criança. “Os pais e outros membros familiares estabelecem um ambiente partilhado em que o convívio pode ser propício à alimentação excessiva e/ou a um estilo de vida sedentário.” (Pessoa, 2016, p. 476).

Por outro lado, os pais podem e devem proporcionar e influenciar “opções alimentares nutritivas às crianças, por meio de seleções alimentares saudáveis e de uma dieta saudável.” (Pessoa, 2016, p. 476). Portanto, “é necessário a promoção de ações de caráter educativo em diversos setores da sociedade, assim como o da saúde propriamente dito.” (Pessoa, 2016, p. 477).

“Entre as estratégias de promoção da saúde, a importância da literacia em saúde tem sido largamente documentada.” (Goes *et al*, 2015, p. 14).

No contexto que se aborda ao longo deste relatório que trata a prevenção da obesidade infantil, este autor afirma que “a baixa literacia e numeracia estão associadas a piores conhecimentos sobre aleitamento materno, a maiores dificuldades para compreender rótulos e porções e a um IMC mais elevado.” (Goes *et al*, 2015, p. 14).

Alguma da informação sobre saúde infantil disponível ou que é disponibilizada aos pais não é compatível aos seus níveis de literacia. Sendo assim, as intervenções preventivas para obterem grandes resultados têm de estar sensíveis e adequadas ao grau de literacia da população alvo. (Goes *et al*, 2015).

As recomendações recentes na prevenção da obesidade infantil detêm a produção e disseminação alargada de mensagens simples e claras, de forma a respeitarem os princípios de produção e fornecimento de informação em saúde a populações com baixos níveis de literacia. (Goes *et al*, 2015).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]:

“A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da

comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.” (OE, 2015a, p. 97).

Assim sendo, a enfermagem abarca o ser humano de uma forma holística, individualmente e em grupo, tal como referido no Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, que afirma que:

“O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.” (OE, 2015b, p. 10087).

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do criança, jovem e/ou adolescente e suas famílias, o que permite ter um maior conhecimento sobre as suas necessidades, os seus medos, as suas angústias, as suas certezas e as suas crenças.

Na prática dos cuidados de Enfermagem e na procura da excelência dos cuidados, “(...) a prestação directa de cuidados acarreta um pacto de cuidado (eixo da justiça) e um compromisso profissional (eixo da responsabilidade).” (Nunes, 2006, p. 364).

Assim sendo, na evolução do enfermeiro, este nas suas competências de EEESIP, nomeadamente, na primeira competência descrita no regulamento refere-se que “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (OE, 2018a, p. 19192).

Portanto, o EEESIP é um dos profissionais de saúde que está capacitado para avaliar a situação, fazer o diagnóstico e traçar intervenções de modo a superar essas necessidades, sendo que posteriormente terá de fazer uma avaliação.

Deste modo, a proliferação da informação importante para a qualidade de vida da criança bem como, da sua família, faz com que seja “necessário que tais profissionais estejam capacitados a fim de que se possa, sobretudo rastrear e buscar na comunidade através de palestras educativas, rodas de conversas e consultas de enfermagem soluções para a obesidade infantil.” (Pessoa, 2016, p. 477).

Nesta visão, “o enfermeiro é de fundamental importância no diagnóstico nutricional das crianças e na definição de estratégias de prevenção do sobrepeso e obesidade infantil.” (Melo

et al, 2017, p. 5). Assim, é fulcral que o EEESIP proporcione os seus conhecimentos e aplique as suas intervenções desde a primeira infância. “A prevenção da obesidade na infância é reconhecida como a solução que trará benefícios de saúde a longo prazo, sendo o período de eleição para o fazer os primeiros anos de vida.” (Loureiro, 2015, p. 16).

O EEESIP é o elemento da equipa de saúde que “procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.” (OE, 2018a, p. 19193).

Portanto, a Literacia em Saúde é sem dúvida, um conceito emergente que tem como alicerces a saúde e a literacia que são recursos de uma pertinência enormíssima para o dia a dia das pessoas. Assim, “o nível de literacia afeta não só a capacidade para lidar com as informações em saúde, mas permite também ter mais controlo sobre a sua própria saúde como indivíduos, família e comunidade.” (Loureiro, 2015, p. 138). Segundo a OMS, a literacia em saúde divide-se em três níveis, literacia funcional, concetual e como empowerment.

Resumidamente, a literacia funcional consta de competências que possibilitam as pessoas de ler bulas, ler e compreender indicações de saúde e segui-las e tomar medicação de forma correta, por exemplo. Literacia concetual passa por uma panóplia de habilidades e competências que se vão adquirindo e desenvolvendo ao longo da vida que permitem ao indivíduo procurar, avaliar e utilizar a informação de saúde recolhida de modo a proporcionar-lhe, entre outras coisas, uma melhor qualidade de vida e uma diminuição dos riscos em saúde. E por fim, a literacia como *empowerment* passa por um reforço da cidadania ativa para a saúde que associe a cidadania com promoção da saúde e esforço de prevenção individual. (Loureiro, 2015).

A congregação do parágrafo anterior resume todo o papel do EEESIP no decorrer da sua prestação de cuidados, pois este é um elemento fundamental na sociedade e promove diariamente a literacia em saúde a todos os níveis, de acordo com o desenvolvimento das competências descritas pelo regulamento da OE.

1.3.2. – Fatores de Risco e Complicações da Obesidade

Num todo, tendo em conta as percentagens de prevalência da obesidade infantil, torna-se fundamental perceber quais as implicações que esta tem nas crianças. “O carácter epidémico da obesidade tem o potencial de impedir o desenvolvimento da saúde de uma criança, em toda a sua plenitude.” (Rito *et al*, 2017, p. 3).

Existe hoje uma maior consciencialização para o impacto da alimentação na saúde e bem estar, mas na mesma linha, assiste-se também ao condensar de um fosso entre aquilo que é recomendado nutricionalmente e aquilo que se consome todos os dias pela população. (Godinho & Marques, 2016).

Como já foi referido no decorrer deste relatório, “o excesso de peso tem efeitos negativos imediatos na saúde individual de crianças e jovens, aumentando o risco de apresentarem obesidade e suas comorbidades na idade adulta. O crescimento do problema em idades infantojuvenis e a maior facilidade na introdução de mudança nos seus comportamentos sustentam recomendações para uma intervenção prioritária junto destas faixas etárias. (...)” (Beja, Ferrinho, & Craveiro, 2014, p. 10).

Sendo assim, torna-se pertinente verificar o papel dos pais na alimentação dos filhos e a sua influência no dia a dia das crianças. Segundo os autores e dados da Direção Geral da Saúde [DGS], 2015, “os hábitos alimentares inadequados constituíam o fator de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, observando-se uma prevalência elevada de excesso de peso e obesidade nas várias camadas etárias da população.” (Godinho & Marques, 2016).

O âmbito social e familiar são fatores de extrema influência na condição de obesidade das crianças. Há outro fator determinante que também contribui para a obesidade que é o facto de os pais serem obesos. (Pessoa, 2016). Uma das grandes preocupações mundiais, pelo facto de a população infantil obesa estar em crescimento é o aumento das comorbidades e problemas de saúde na vida adulta. (Pessoa, 2016).

“Além dos componentes genéticos envolvidos, pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da identificação com os pais.” (Pessoa, 2016, p. 463). Outro dos elementos de extrema relevância

trata-se do facto de “as dinâmicas familiares atuais influenciadas pela cultura do consumo interferirem na alimentação e na sociabilidade infantil de modo inadequado.” (Pessoa, 2016, p. 463).

“A vida intrauterina e os primeiros anos de vida são considerados períodos críticos na programação da regulação do balanço energético a longo prazo.” (Goes *et al*, 2015, p. 13). Os hábitos e preferências são estabelecidos durante esses primeiros anos de vida.

Ainda durante a gravidez, a obesidade, o aumento excessivo de peso da mãe e o consumo de tabaco são alguns dos fatores de risco identificáveis para a obesidade infantil. Sendo que após o nascimento, há três aspetos fulcrais que se tornam também fatores de risco, tais como, a alimentação com leite artificial, a diversificação alimentar antes dos 4 meses e um crescimento acelerado no primeiro ano de vida. (Goes *et al*, 2015).

1.3.3. – Estratégias de Intervenção na Problemática da Obesidade

Na última década, a OMS adotou várias resoluções que dão realce à forma como se abordam as DNTs entre elas a obesidade, nomeadamente, a obesidade infantil.

A Carta Europeia da Luta contra a Obesidade, assinada em 2006, foi um dos mais importantes planos de ação abraçado por todos os ministros e delegados dos países da Região Europeia da OMS. O reforço da necessidade de combate da obesidade infantil foi, mais uma vez, afirmado na Declaração de Viena sobre a Nutrição e DNTs no contexto Saúde 2020, sendo esta adotada na 63^a sessão do Comité Regional da OMS Europa.

Em Portugal, existem alguns planos/ações e projetos que complementam o combate à obesidade. Em 2005 foi criado o Plano Nacional de Combate à Obesidade, Circular Normativa N.º 3, (DGS, 2005), posteriormente, foram criados alguns planos e projetos que estimulam, educam e incentivam pais, professores e cidadãos em geral a promover estilos de vida saudável e a evitar comportamentos de risco, de modo a prevenir o excesso de peso e a obesidade infantil.

Em 2017 foi criado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável o documento, *Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde* que tem também como objetivo principal: ajudar na prevenção, manutenção e tratamento do controlo de peso e de obesidade. (Camolas *et al*, 2017).

Assim sendo, considera-se que, “o tratamento não farmacológico é essencial e de primeira linha, focando-se essencialmente na mudança de hábitos alimentares associado a aumento dos níveis de exercício físico. Só no caso de não resultar, é que se recorrerá a fármacos e/ou cirurgia. A família é essencial em todo este processo, sendo primordial a imposição de hábitos de vida saudável adotados por todos os membros.” (Silva, 2014, p. 4)

Mais uma vez, é importante referir que é na infância que se formam os comportamentos alimentares, tendo os pais um papel de relevo neste processo, uma vez que adotam praticas de controlo alimentar que influenciam a alimentação das crianças, no sentido de aumentar ou diminuir a sua ingestão. (Coelho, Afonso & Oliveira, 2017)

Desta forma, o ambiente familiar desempenha um papel fundamental no tratamento da obesidade infantil, sendo que o envolvimento de toda a família no tratamento da criança obesa é fundamental para o seu sucesso, além de repartir a responsabilidade da criança pela sua condição, dividindo-a com seus cuidadores. (Bertoletti & Santos, 2012)

A orientação de pais, dos educadores e dos profissionais da saúde surge como necessidade de atuação preventiva da obesidade infantil e da obesidade em todas as fases do ciclo de vida. (Bertoletti & Santos, 2012)

Por fim, nestes compromissos também assumidos por Portugal, verifica-se a importância da vigilância nutricional infantil tornando-se então “fundamental uma avaliação detalhada e compreensiva da magnitude deste problema de saúde e de forma a estimular uma adequada e mais ajustada resposta política.” (Rito *et al*, 2017, p. 4).

1.4. – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman está inserido no Paradigma da Integração, no qual os fenómenos são identificados como contextuais e multidimensionais.

Segundo Kérouac, (1996), os cuidados de enfermagem dirigem-se para a manutenção da saúde da pessoa abarcando todas as suas dimensões e o enfermeiro é responsável pela avaliação das necessidades da pessoa, considerando-a de forma holística. (Rocha, 2017).

O modelo supracitado, anteriormente, baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos como sistemas abertos, sendo que todos os componentes de uma organização complexa estão em interação e interligados uns com os outros. (Rocha, 2017). Betty Neuman relata a adaptação como um processo dinâmico e contínuo, no qual o organismo preenche as suas necessidades, que são passíveis de alterar a harmonia e a estabilidade da pessoa, criando stress, através de stressores, que são estímulos promotores de tensão e desequilíbrio, havendo a possibilidade de provocar a doença. (Freese, 2004).

Nas afirmações de Freese, (2004), Betty Neuman expandiu um modelo de cuidar o cliente partindo de uma visão geral e global e um modo de sistemas dinâmico e aberto, para traçar os problemas de enfermagem e compreender o cliente, como um ser multifactorial, em relacionamento constante com o ambiente, suscetível a possíveis stressores. (Rocha, 2017).

No que concerne aos metaparadigmas, o conceito de pessoa é observado enquanto cliente/sistema de cliente e observado como um todo, abrangendo todas as dimensões do ser humano (psicológica, fisiológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento), e todas as experiências atuais e passadas. (Rocha, 2017). O sistema aberto tem as suas partes em interação dinâmica com o ambiente, incorporando todas as variáveis que possam prejudicar o seu sistema, moldando os seus comportamentos e o ambiente às suas carências. As cinco variáveis individuais, psicológica, fisiológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, se forem afetadas irão desequilibrar o sistema. Sendo um sistema aberto, o stress e a reação ao mesmo são os seus componentes básicos. (Freese, 2004).

O metaparadigma ambiente formula-se como todos os fatores internos e externos que envolvem e interagem com a pessoa, podem influenciar positiva ou negativamente o seu

sistema, numa determinada situação. (Rocha, 2017). Há três ambientes importantes, o interno (intrapessoal, com toda a interação contida no cliente), o externo (extra e interpessoal, com todas as interações que surgem fora do cliente) e o ambiente criado (inconscientemente desenvolvido, envolve todas as variáveis do sistema com o intuito de integração, estabilidade e integridade do sistema). (Rocha, 2017). Os stressores passam pelas forças ambientais que interagem e podem modificar potencialmente a estabilidade do sistema, havendo a possibilidade ser causados por forças intra, inter e extrapessoais. (Freese, 2004).

O metaparadigma saúde é um processo de contínuo bem-estar que se alaraga ao longo do tempo, ou seja, equaciona-se como a estabilidade do sistema. O cliente estabiliza-se num nível de saúde adequado, dentro de uma harmonia funcional. (Freese, 2004).

Betty Neuman defende o metaparadigma enfermagem como a abordagem da pessoa de forma holística, em que a perceção do enfermeiro interfere diretamente na qualidade dos cuidados. Envolve-a com todas as variáveis que influenciam e afetam a resposta da pessoa ao stress. Tem como objetivo ajudar o cliente a elevar-se ao nível máximo de saúde pelas intervenções nos três níveis de prevenção, por forma a fortalecer os mecanismos adaptativos e a minimizar os fatores stressores, alicerçado num possível ou real grau de intervenção, recursos, objetivos e no resultado antecipado. (Freese, 2004).

“A estrutura básica do sistema apresenta linhas de resistência (mais interna), linhas de defesa normal (intermédia) e flexível (mais externa). A linha de resistência envolve os fatores, forças e condições de recurso e estáveis que permitem a defesa contra o stressor mantendo o equilíbrio, como por exemplo o sistema imunitário.” (Rocha, 2017, p.22). A linha de defesa normal é dinâmica, repercute o nível de bem estar do cliente, a estabilidade e integridade do sistema, demonstra a capacidade normal de resposta às agressões, resulta da soma das aprendizagens conquistadas em confrontos passados com agentes agressores, como por exemplo, estilos de vida e o estádios de desenvolvimento. Segundo Freese 2004, a linha de defesa flexível é o limite exterior do sistema cliente, atenua e assimila as agressões prevenindo a invasão do stressor. Este é o mecanismo flexível de resposta peculiarmente sensível às circunstâncias. (Rocha, 2017).

Betty Neuman, classifica a reconstituição, como o estado de adaptação do sistema aos stressores, onde estão os fatores intra, inter e extrapessoais interligados às cinco variáveis do

sistema, que precisam de um grau de reação, de outro modo, necessita da energia necessária para o cliente se ajustar (George, 2000; Freese, 2004). De modo a sistematizar o modelo de sistemas, Betty Neuman construiu um esquema que permite a observação e uma melhor compreensão de todo o modelo (Anexo 1).

Na abordagem pediátrica, Neuman e Fawcett (2011), consideram que apesar de a criança ser o foco, como cliente, os enfermeiros devem incluir a família nos seus cuidados, incorporando-os como sistema criança-família. As mesmas autoras, relatam que a prática de enfermagem pediátrica, com a criança e a família como sistema cliente, deve ter como intuito primordial, ajudar a criança a alcançar como meta o mais alto nível de bem-estar e estabilidade do sistema, através do estabelecimento e uma parceria entre enfermeiro/criança/família.

Na análise dos conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman com a problemática da Obesidade Infantil, a Pessoa é a criança/família num crescimento e desenvolvimento sistemático, que representam o sistema aberto, suscetível a stressores, como os fatores que podem causar obesidade infantil e que podem causar uma assimetria deste sistema e influenciar as cinco variáveis. (Rocha, 2017). O ambiente, passa por todo o meio que envolve a criança/família e com o qual tem uma relação recíproca, como os amigos, a escola, a família alargada e a comunidade. A saúde da criança é como o constante do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e passível à mudança, em que os pais têm grande responsabilidade. (Rocha, 2017).

A Enfermagem é como uma profissão única que está envolvida com todas as variáveis que atingem a resposta da criança/família ao stress relacionado ou que pode levar a esta condição. (Rocha, 2017).

Assim, o EEESIP, no sistema criança/família tem de atuar ativamente e precocemente nas cinco variáveis. As intervenções de enfermagem têm um propósito terapêutico com o intuito de favorecer a criança/família a atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, viradas para a prevenção primária, secundária ou terciária, baseando-se no ambiente e nas suas interferências, exaltando todas as variáveis lesadas pelo stressor, fomentando um cuidado holístico a cada criança centrado na família. (Rocha, 2017).

1.5. – CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

Os cuidados de enfermagem à criança e ao seu meio envolvente direto, a família, têm como filosofia de cuidar os CCF. A Criança encontra-se inserida na família, que é uma constante na sua vida (Hockenberry & Wilson, 2014). Os CCF têm a sua filosofia baseada no pressuposto de que a família é a principal fonte de força e apoio. (Rocha, 2017). Esta forma de cuidados revela que as perspetivas e informações disponibilizadas pela criança/jovem e família são elementos fundamentais na tomada de decisão especializada e toma a criança/jovem e família como cúmplices da equipa de cuidados de saúde (*American Academy of Pediatrics*, [AAP], 2012).

Os CCF são uma abordagem revolucionária de planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde fundamentados numa parceria entre profissionais de saúde, a criança/jovem e a família que identifica a importância da família para o sucesso dos cuidados. (Rocha, 2017). Esta prática classifica o papel essencial e vital da família na garantia e manutenção da saúde e bem estar da criança/jovem, admitindo o desenvolvimento emocional e social como vertente integrante da saúde a criança/jovem. (AAP, 2012).

Os quatro conceitos essenciais na filosofia de CCF, que o *Institute for Patient and Family-Centered Care* [IPFCC] (2016) defende são: a dignidade e o respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração. A dignidade e o respeito abarcam a compreensão dos profissionais de saúde, das escolhas e perceções da família, envolvendo os conhecimentos, a cultura, os valores e as crenças do cliente e da família no conceito e prestação de cuidados. (Rocha, 2017).

A permuta de informação impõe a comunicação e partilha de informação completa, imparcial, clara, objetiva e pertinente dos profissionais de saúde com o cliente e família, que lhes permita a tomada de decisão e participação efetiva nos cuidados, de modo a poderem decidir a escolha mais acertada. (Rocha, 2017).

A participação envolve o incentivo e apoio à inclusão do cliente e família nos cuidados e na tomada de decisão. A colaboração constitui a parceria entre cliente, família e profissionais de saúde no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas de saúde, na investigação e na prestação de cuidados de saúde. (Rocha, 2017).

O IPFCC assume como princípios fundamentais dos CCF:

- ◆ Reconhecer a família como uma constante na vida da criança;
- ◆ Facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidados em saúde;
- ◆ Respeitar a diversidade racial, étnica, cultural e/ou socioeconómica das famílias;
- ◆ Reconhecer as forças e a individualidade da família e respeitar as diferentes estratégias de coping;
- ◆ Partilhar informações completas e imparciais com as famílias de modo contínuo;
- ◆ Encorajar e facilitar o apoio e as redes entre famílias;
- ◆ Responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte das práticas de cuidados em saúde;
- ◆ Adotar políticas e práticas que forneçam apoio emocional e financeiro às famílias.
- ◆ Planear cuidados de saúde flexíveis, culturalmente competentes e que respondam às necessidades da família. (Jolley & Shields, 2009, p.165).

A capacitação e o empoderamento são adotados como duas noções básicas dos CCF. (Hockenberry & Wilson, 2014). Os enfermeiros capacitam as famílias, ao reconhecerem e valorizarem as suas forças e competências, a sua experiência e papel natural de cuidadores, possibilitando assim, as oportunidades e os recursos para dar resposta às necessidades da criança/jovem e família, promovendo a adaptação à mudança e a aquisição e desenvolvimento de novas competências. O *empowerment* abarca a interligação entre os profissionais de saúde e as famílias, de forma a facilitar a aquisição e/ou manutenção de um sentimento de controlo e reconhecimento das mudanças positivas, originários de comportamentos de ajuda, criadores das suas próprias forças, habilidades e ações. (Rocha, 2017).

A partir da filosofia de CCF, em 1988, a autora Anne Casey cria, um modelo de cuidados pediátricos, o Modelo de Parceria de Cuidados. Este modelo tem na sua origem o reconhecimento da experiência dos pais/família nos cuidados à criança/jovem, avaliando os pais/família como parceiros no cuidar. (Rocha, 2017). Este pacto abrange uma negociação que presume a partilha de poder, conhecimentos e valores, e ainda, presume que os enfermeiros prestem apoio sistemático, ensinem e orientem a criança/jovem e pais/família na tomada de decisão informada, tendo também o planeamento e prestação de cuidados comuns, originando uma relação de confiança, em que se discute e avalia as necessidades da criança/jovem e família, salvaguardando sempre a sua individualidade. (Casey, 1993, 1995).

“A criança é um membro essencial à unidade familiar. Os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é o cliente.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. XIII). A prevenção da Obesidade Infantil pressupõe uma parceria consolidada entre enfermeiro, criança e pais/família. De forma a capacitar os cuidadores da criança para a importância da prevenção da obesidade infantil, deve-se cultivar a parceria referida no parágrafo anterior, estabelecendo um processo de negociação, que garanta uma parceria eficaz e permita estabelecer a adoção de comportamentos adequados ao desenvolvimento da criança de forma holística e à disponibilidade física e psicológica dos pais.

Segundo a OE (2018a) a intervenção do EEESIP evidencia os CCF como filosofia de cuidados da Enfermagem Pediátrica, delineando a família como ambiente da criança/jovem, debatendo-se na interdependência criança/jovem/família e ambiente, intervindo nos vários domínios: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação promovendo o desenvolvimento das competências da criança/ jovem e da família na maximização da sua saúde. (OE, 2018a). Torna-se fulcral que o EEESIP constata os pais/família como os prestadores de cuidados de excelência, respeitando-os e valorizando a sua experiência e presença nos cuidados à criança/jovem, levando assim a “uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (OE, 2018a, p.19192).

2 – TRAJETÓRIA FORMATIVA – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

O Curso de Mestrado em Associação preconiza que seja elaborado um relatório final de estágio de natureza profissional, para discussão pública e aprovação, tendo sido solicitado um projeto inicial norteado por uma área de interesse específica ajustada a uma linha de investigação de modo a responder às competências de Mestre e de EEESIP. O projeto foi entregue, conforme solicitado no dia 16 de janeiro de 2020 nos Serviços Académicos juntamente com os impressos modelo ESS.SA.58 e ESS.SA.59, resumo, plano e cronograma (Apêndice 1) e, ainda, a declaração do orientador.

A linha de investigação integrada é a “Segurança e qualidade de Vida” e o tema desenvolvido foi a literacia em saúde para prevenção da obesidade infantil dos 0 aos 5 anos. Esta problemática motivou a elaboração do enquadramento concetual e que forneceu a orientação para os resultados em aprendizagem na avaliação, desenho e implementação do projeto de intervenção. Realça-se ainda que este fio condutor não se cingiu à performance como futuro especialista na referida área, mas foram ainda trabalhadas todas as competências, nos diversos contextos proporcionados, em que a criança/jovem e família/pessoa significativa estavam presentes, de modo a responder globalmente à realidade pediátrica e dar continuidade ao assimilado na parte curricular deste curso de mestrado e especialização. Nesta parte curricular e na componente teórica do curso foram adquiridos conhecimentos, aptidões e competências.

Assim, torna-se indispensável construir uma reflexão crítica sobre a prática clínica, evidenciando o desenvolvimento das competências em estágio e analisar a implementação do projeto de intervenção realizado neste percurso formativo. No Estágio I foram desenvolvidas em cenário real dos cuidados, numa perspetiva predominantemente direcionada para a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento, intervenções junto da criança/jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários. Enquanto que no Estágio Final, as intervenções deram lugar, predominantemente, ao desenvolvimento da competência de cuidar da criança/família nas situações de especial complexidade, em contexto de cuidados de urgência/emergência e unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Os estágios dividiram-se em dois grandes momentos, Estágio I e Estágio Final, em que decorreram no segundo e terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem em

Associação, respetivamente. O Estágio I, decorreu num Serviço de CSP, tendo iniciado a vinte de maio de 2019 até vinte e oito de junho de 2019. O Estágio Final compreendeu o período entre dezasseis de setembro de 2019 até dezassete de janeiro de 2020 tendo ocorrido em diferentes contextos, sendo estes, primeiramente numa UCINP, seguiu-se um SUP, e terminando num SIP.

O enfermeiro adquire experiência e conhecimento clínico ao longo do seu caminho, pela fusão entre os conhecimentos práticos e os conhecimentos teóricos. O enfermeiro aumenta o seu conhecimento quando, no suceder da sua prática faz julgamentos clínicos, descreve e documenta as observações, os seus comportamentos, os seus casos e as mudanças que surgem da sua prática. (Benner, 2005).

Acrescenta-se ainda que o enfermeiro passa por cinco níveis de competência, que se desenvolvem ao longo da sua vida profissional. O estadió de perito é o nível mais elevado, no qual o enfermeiro tem uma vasta experiência, complementada com um conhecimento fundamentado e aprofundado, que lhe permite prestar cuidados individualizados, com uma compreensão intuitiva e holística de cada circunstância. Assim sendo, o enfermeiro especialista trata-se de um perito, que tem de ser detentor de conhecimentos práticos e teóricos, que lhe favoreçam uma tomada de decisão consciente e acertada ao preciso momento, com responsabilidade, flexibilidade e criatividade, atravessando um espírito de iniciativa e pensamento crítico e baseando-se numa conduta ética e deontológica. (Benner, 2005).

Neste segundo grande capítulo, pretende-se explicitar os objetivos delineados ao longo do estágio, seguindo, o ramo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e a linha de investigação integrada no projeto. Vamos caracterizar de forma sucinta e breve os locais de estágio e, por fim, elaborar uma reflexão crítica sobre as aprendizagens, intervenções em serviço e competências adquiridas, inerentes ao EEESIP. Estes contextos de estágio foram articulados entre si, espelhando a diversidade de atividades e a sua crescente contribuição no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

2.1. – ESTÁGIO I – PROMOVER A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL DO RECÉM NASCIDO/CRIANÇA EM PARCERIA COM A FAMÍLIA

Os CSP são identificados como a linha da frente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que serve a população numa política de proximidade (*International Council of Nurses [ICN]*, 2008). A importância dos CSP é sabida desde a Declaração de Alma-Ata e estes foram formulados em Portugal em 1971. Desde esse momento, os CSP têm sido alvo de diversas reformas de reestruturação de forma a aumentar a eficiência de gestão de recursos na resposta às necessidades das famílias (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2016). No momento presente, os CSP abarcam “um conjunto de cuidados de saúde que englobam a prevenção e prestação na doença, a promoção da saúde, a continuidade de cuidados de saúde e a articulação com outros serviços de saúde.” (ERS, 2016, p. 7).

No seguimento da reforma de 2005 dos CSP há a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Esta reorganização levou a que os Centros de Saúde passaram a fazer parte de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o desaparecimento da estrutura intermédia das quais faziam parte as Sub-Regiões de Saúde (Miguel & Sá, 2010). Ao ser publicado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio que ficou definido USF, como uma unidade que tem “a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (ERS, 2016, p. 19).

De forma sucinta, na base da carteira de serviços das USF devem estar inseridas: consultas Médicas e de Enfermagem (hipertensão, diabetes, saúde de adultos...), consultas abertas (doença aguda), saúde infantil (vigilância da criança desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias), saúde da mulher (planeamento familiar, rastreios, saúde materna), tratamentos de enfermagem e visitação domiciliária. (Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro do Ministério da Saúde, 2007).

O principal grupo de profissionais inseridos nos CSP, fazendo desses a essência dos cuidados são os enfermeiros. É de exigência extrema que os enfermeiros dos CSP estabeleçam uma ligação entre os indivíduos, famílias e comunidades com o SNS, prestando cuidados em equipa multidisciplinar e de forma autónoma na promoção da saúde e na prevenção da doença. (ICN, 2008).

Os CSP na área da saúde infantil e juvenil seguem as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), cuja reformulação baseada em evidências científicas atualizadas e a sua aplicabilidade sistemática tem garantido ganhos consideráveis em saúde na população pediátrica (DGS, 2013). É neste patamar que podemos apreciar a importância do EEESIP que cuida em parceria com a criança/jovem e a sua família/pessoa significativa assistindo na maximização da sua saúde e promovendo o desenvolvimento infantil (OE, 2018a), à luz do PNSIJ.

Em suma, o Estágio I decorreu em consciência das intervenções de enfermagem aplicadas e dos cuidados prestados, tendo por base e conhecimento da extrema importância dos CSP.

2.1.1. – Caracterização do local de estágio

O estágio I decorreu numa USF incluída no ACES do Alentejo, que iniciou as suas funções em 01.12.2012, com a supervisão e orientação de uma EEESIP, a desempenhar funções como especialista, mas também como responsável da equipa de enfermagem desta unidade. A equipa é constituída por cinco enfermeiros, dos quais quatro são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A equipa contém ainda cinco médicos com especialidade em Medicina Geral e Familiar, em que um destes é o coordenador da unidade, dois assistentes técnicos e cinco assistentes operacionais. A população inscrita é cerca de 9080 utentes, que têm a possibilidade de acesso a serviços médicos e de enfermagem nos dias úteis das 8h00 às 20h00 e aos fins de semana e feriados das 8h às 14h.

Nesta USF a necessidade de cuidar da família de uma forma integral e em proximidade está presente, ou seja, realizar as intervenções em saúde tendo como alvo a unidade familiar de forma holística. O trabalho do enfermeiro na USF segue a metodologia do Enfermeiro de Família, com reconhecimento pela “sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva pelo seu papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.” (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, 2014, p. 4070). Destaca-se então, que a enfermeira orientadora acumula funções como Enfermeira de Família assumindo a responsabilidade, com

um médico de família, pela prestação de cuidados globais às famílias inscritas, ao longo de todo o ciclo vital.

As consultas de saúde infantil e juvenil são realizadas apenas uma vez por semana, num gabinete físico desta USF, e ainda, numa extensão de saúde da área geográfica de atuação que tem como seus utentes uma população, maioritariamente envelhecida. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017), a população Portuguesa com 65 anos de idade ou mais aumenta todos os anos, prevendo-se atingir 3,3 milhões em 2080, e por outro lado a população jovem (menos de 15 anos) tende a decrescer, prevendo-se atingir 0,5 milhões em 2080. Esta tendência surge associada ao saldo migratório positivo, diminuição do número de nascimentos e redução de mulheres em idade fértil. (INE, 2017).

Acrescenta-se ainda o facto de a região do Alentejo apresentar uma “população residente consideravelmente mais envelhecida que a média nacional, dado o peso acentuado da faixa etária acima dos 65 anos e os pesos reduzidos das camadas etárias mais jovens.” (Mateus, 2005, p. 20). Estes fatos tiveram um impacto enorme durante o estágio evidenciando-se um número reduzido de crianças que recorriam à USF e que compareciam às consultas de saúde infantil e juvenil. O reduzido número de nascimentos e de crianças existentes na população, provavelmente, fez com que houvesse um desinvestimento em projetos de saúde infantil nesta USF.

2.1.2. – Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESIP

No contexto de CSP o foco principal foi a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil em parceria com o binómio criança/família que se apresenta extraordinariamente enraizado em CSP e organizado no PNSIJ, no qual tivemos a possibilidade de cooperar ativamente. De modo a se conseguir ter o potencial de oportunidade para desenvolver competências nos CSP e dar resposta aos objetivos propostos, foi efetuado previamente uma preparação teórica, com o estudo e revisão do novo PNSIJ que entrou em vigor a 1 de junho de 2013, e que abarca as idades compreendidas entre os 0 e os

17 anos e 364 dias de vida. Tornou-se também pertinente, a revisão do Programa Nacional de Vacinação [PNV] de 2017, que neste local de estágio se visualizou estar articulado, sempre que possível, com o momento das consultas nas idades chave planeadas pelo PNSIJ, em consonância com as linhas mestras lançadas pela DGS.

A consulta de enfermagem realizava-se num gabinete independente antes da consulta médica, mas a metodologia de trabalho englobava uma consulta mista com as diferenças profissionais e com os cuidados centrados na família, envolvendo sempre a participação da criança/jovem e da família, podendo haver negociação também. Assim sendo, a consulta de enfermagem centrava-se mais na avaliação e registo dos parâmetros, tais como: peso; comprimento; Índice de Massa Corporal [IMC] /percentil; perímetro cefálico; dentição; visão; audição; vacinação; exame físico; desenvolvimento; relação emocional/comportamentos; risco de maus tratos e segurança do ambiente. Na consulta médica, o foco era mais nos cuidados antecipatórios, embora houvesse a participação ativa da enfermagem, abordava as atividades de vida diárias da criança/jovem com vista à promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso, adequando a cada idade chave, a avaliação de diversos hábitos fulcrais para o desenvolvimento da criança/jovem, tais como os hábitos de alimentação, higiene, relação emocional e hábitos de sono.

A USF em causa, organizou a consulta, com funções pré-estabelecidas, de modo a evitar repetição de informação e aumentar a qualidade da avaliação em conjunto e complementada pelas duas disciplinas. Reuniu-se um ambiente de partilha de opiniões e estratégias a planear, com o intuito comum de ajudar a criança/jovem e família a assumir os seus papéis em saúde, proporcionando elevados níveis de bem-estar e autocuidado.

Em sintonia com a promoção de autonomia da criança/jovem e o *empowerment* da família, todos os exames complementares e avaliações por outras consultas de especialidade eram solicitados no caso de se detetar algum desvio à normalidade ou do padrão. A comunicação com a criança/jovem e família é a ponte para o sucesso dos cuidados, este foi sempre um dos focos principais, ao qual prestámos especial atenção por forma a adequar a linguagem ao momento da consulta, e as restantes estratégias para transmitir todas as informações pertinentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento e os seus aspetos culturais, o que se alinha com o critério de avaliação E1.1.2. da unidade de competência E.1.1. do regulamento de competências específicas do EEESIP. (OE, 2018a).

Nas consultas de saúde infantil e juvenil, um dos fatores que suscitou maior interesse no decorrer das consultas foi a avaliação do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social da criança ao longo do seu ciclo de vida, para darmos respostas às suas necessidades específicas. Esta avaliação consciente facilitou-nos alcançar e melhorar a capacidade de observação crítica da criança/jovem durante a sua presença em consulta e durante os períodos de diálogo com os pais. Assim de acordo com os objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil nos CSP, “a avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade e no sucesso educacional e integração social da criança” (DGS, 2013, p. 57). Esses mesmos objetivos cruzam-se com as competências específicas do EEESIP, pois, este “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018a, p. 19192).

A observação holística e crítica da criança/jovem foi efetuada através de uma avaliação clínica informal e por testes standard de rastreamento existentes no sistema dos CSP. Um dos instrumentos mais usados para avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança foi a escala de Mary Sheridan, que foi aplicada para as crianças com idades entre 1 mês a 12 meses e dos 18 meses aos 5 anos. Ao ser disponibilizada no PNSIJ, esta ferramenta de trabalho, e com base em outras avaliações, foi possível identificar desvios da normalidade, diagnosticar precocemente alterações ao desenvolvimento com impacto negativo na qualidade de vida da criança/jovem e, assim, proceder ao encaminhamento para outros profissionais de saúde de outras áreas de especialidade, indo ao encontro com o que a OE, 2018a, preconiza. Desta forma, conseguimos diagnosticar e encaminhar atempadamente os desvios da normalidade, doenças comuns ou situações de risco que podiam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, como é esperado na intervenção competente e eficaz do EEESIP. (OE, 2018a).

Os dados avaliados e recolhidos em contexto de consulta eram de imediato registados num sistema de informação da saúde, o SClínico® implementado nas USF. Este sistema de informação foi inserido pela estratégia do Ministério da Saúde [MS] para a área de informatização clínica do SNS. Tornou-se importante, mais uma vez, a necessidade de proceder a um estudo sobre a operacionalização da ferramenta de trabalho, recorrendo por isso ao manual existente no serviço, seguindo as explicações da enfermeira orientadora e explorando os campos aplicados aos registos de enfermagem ao longo deste estágio. O referido sistema tem diversas vantagens, sendo uma das mais relevantes para a prática, a

utilização da linguagem suportada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®], que detém a responsabilidade de melhorar os cuidados prestados aos doentes a nível global, concebida de forma a facilitar a comunicação entre enfermeiros e a proporcionar uma documentação padronizada dos cuidados. (ICN, 2015). O sistema de informação informatizada permitiu-nos ainda seguir a escala de Mary Sheridan de uma forma integrada, em que ajuda o enfermeiro a lembrar os exercícios a efetuar com a criança e os padrões de normalidade em resposta a estes, para os detetar ou não na criança que está em avaliação. Este era o registo informático, mas para além deste, procedia-se ao preenchimento dos dados das referidas consultas no Boletim Individual de Saúde das crianças/jovens, manualmente, o que nos permitiu ficar familiarizados com o mesmo, cuja informação é primordial para que todos os profissionais envolvidos no atendimento das crianças/jovens tenham a informação cronológica dos acontecimentos relacionados com a saúde da destes, quer se tratem de episódios de consulta, urgência ou internamento. A par destas informações, o Boletim contém diversos dados importantes na promoção da saúde que ajudam os pais a lembrar os cuidados antecipatórios na vigilância do desenvolvimento saudável dos seus filhos, precavendo possíveis complicações, as quais serviam de complemento aos ensinamentos realizados durante a consulta.

O fato de a metodologia das consultas de saúde infantil e juvenil na USF, o número de crianças inscritas nesta USF não ser muito elevado devido a haver um maior número de população envelhecida no local e do tempo de duração destas consultas, o local onde se realizou o estágio tenha limitado um pouco o desenvolvimento da capacidade, enquanto enfermeiro, de avaliar a criança e o jovem de uma forma individual e particular na sua dimensão familiar e social e com pouco espaço para o aprofundamento de todos os aspetos do desenvolvimento psicomotor, foi possível colmatar esta limitação, complementando o desenvolvimento de competências do EEESIP, com a realização de um Estudo de Caso [EC]. Este EC foi realizado no contexto do Estágio I e era um dos elementos avaliativos do mesmo.

Um EC é um dos mais antigos métodos utilizados na enfermagem e na formação contínua. Este consiste num aprofundamento e análise de uma unidade, grupo ou indivíduo na sua complexidade, fornecendo elementos fulcrais para a tomada de decisão. (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). O aparecimento do EC demonstra o interesse da enfermagem em organizar o seu trabalho, estabelecendo as suas ações na análise da história do cliente. (Galdeano et al., 2003).

Na avaliação da criança, a primeira etapa do processo de enfermagem, passa pela apreciação inicial, pois esta identifica como principal objetivo a obtenção de um maior número de informações sobre a criança, de forma a obter uma melhor identificação das suas necessidades.

“O estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do paciente; proporciona uma familiarização da enfermeira com a literatura científica, utilizada para embasar suas decisões; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribui para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem.” (Galdeano *et al.*, 2003, p. 373).

Em conjunto com a díade criança/família, deve-se fazer a identificação dos problemas de saúde existentes de modo a permitir um melhor planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar, bem como determinar resultados relevantes e viáveis para ambos, sempre com vista a preservar o projeto de saúde da criança. “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção da autonomia, do mesmo modo que uma visão global da criança/jovem e das suas intrínsecas crenças e capacidades.” (OE, 2018a, p. 19192).

O enfermeiro considera que a apreciação inicial se demonstra essencial para a tomada de decisão, na medida em que é fundamental dar resposta às necessidades da criança/jovem, mas também dos seus respetivos pais/conviventes significativos, através do estabelecimento de uma parceria de cuidados. (OE, 2011). O respeito e o conhecimento pleno da situação de saúde da criança/jovem permitem ao EEESIP direcionar a sua prática, fundamentando-a na evidência científica atual, com o objetivo de atingir os resultados esperados de forma eficaz e eficiente. (OE, 2011).

A criança e a família alvo deste EC foi selecionada a partir da carteira de famílias sob a responsabilidade da enfermeira orientadora que presta cuidados globais às mesmas, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, no âmbito da atividade do enfermeiro de família. (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, 2014). Além desta premissa a criança foi aconselhada pela sua enfermeira de família (enfermeira orientadora), por apresentar necessidades prementes em matéria de adoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente relacionados com a obesidade infantil, com potencial de intervenção para a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento

suscitado na idade escolar. Sendo este o tema do nosso projeto encaixou perfeitamente nos critérios que se definiram para o estágio.

A criança/família em estudo, foi-lhe identificado um dos problemas previamente pela enfermeira orientadora, sendo este os padrões alimentares comprometidos que se manifestavam em obesidade infantil, foi realizado um aprofundamento da problemática e efetuada uma revisão dos conteúdos teóricos lecionados no curso. As causas da obesidade infantil são assunto de intensa e complexa investigação. De acordo com a OMS (2016), a principal causa para esta problemática encontra-se no desequilíbrio entre as calorias consumidas e as calorias gastas. A criança identificada neste EC, demonstrou claramente esta evidência, inserida num ambiente com exposição a comida, compacta em termos energéticos e despida em nutrientes, sem uma prática de atividade física adequada e regular, na escola ou na sua vida social, escolhendo maioritariamente atividades sedentárias e, ainda, sujeita à influência de comportamentos parentais igualmente desajustados em termos de hábitos de vida saudáveis.

A avaliação inicial de enfermagem foi realizada a seguir à preparação teórica foi, de modo a seguir o raciocínio científico inerente ao processo de enfermagem. Nesta etapa foi realizada uma colheita de dados que foi posteriormente analisada para a elaboração do diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados, como é defendido por Potter & Perry (2006). De modo a dar resposta a essa colheita foi elaborado um instrumento de colheita de dados que pode ser visualizado no Apêndice 2. Este instrumento é constituído por duas parcelas, sendo que a parcela (A) corresponde à avaliação da criança e a parcela (B) à avaliação da sua família. O referencial adotado na estrutura da parcela (A) teve como fundamento as indicações do PNSIJ para a idade chave dos 5 anos de idade e o referencial adotado na estrutura da parcela (B) foi o Modelo de Calgary de Avaliação da Família [MCAF]. O MCAF permitiu avaliar a forma como a família se ajustava em termos de subsistema individual, subsistema familiar e suprassistema (Figueiredo & Martins, 2010) e por outro lado permitiu avaliar a estrutura familiar em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. (Christoffel, Pacheco, & Reis, 2008).

A construção deste instrumento de colheita de dados direcionou a realização das nossas observações e registos para os aspetos mais relevantes evitando possíveis falhas e omissões, como é defendido por Galdeano *et al.* (2003). Através da recolha de dados da avaliação inicial

de enfermagem, demos continuidade à sistematização e organização da prática de cuidados com a definição dos diagnósticos que corresponde à segunda fase do processo de enfermagem. “Esta fase dá significado aos dados que o enfermeiro recolheu e organizou durante a apreciação inicial”. (Almeida, 2011, p. 57). Ao diagnosticar o enfermeiro identifica os problemas do indivíduo e da família que afetam a sua saúde e que têm potencial de resolução ou melhoria. (Potter & Perry, 2006). A construção dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados para a criança e a família em estudo, basearam-se na CIPE®. Desta forma fomos ao encontro da OE, que como entidade licenciadora da CIPE® em Portugal, defende a sua aplicação e disponibiliza toda a documentação necessária no seu site oficial. Deste modo, para a construção dos diagnósticos de enfermagem para este EC, foram tomadas as orientações na utilização dos 7 Eixos da CIPE®. Assim, foi implicado necessariamente para cada diagnóstico, um Eixo do Foco e um Eixo do Juízo. (ICN, 2015). Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, planearam-se as intervenções a executar, tendo em conta os resultados esperados que no final foram objeto de avaliação.

Toda a envolvimento deste EC exigiu-nos o desenvolvimento de competências ao nível do estabelecimento de prioridades, definição de metas e formulação de resultados esperados sempre em colaboração com a família e em articulação com a rede de recursos comunitários de suporte, e que estão em consonância com as competências específicas do EEESIP, essencialmente na unidade de competência E1.1. (OE, 2018a). A maioria das intervenções deteve por base uma breve fundamentação teórica, o que foi ao encontro de Almeida (2011), que refere a necessidade de consulta de literatura pertinente para dar consistência, credibilidade e rigor científico ao processo de enfermagem. Tendo em conta que a resposta às necessidades da criança e da família, no âmbito da saúde e dinâmica familiar, são o desígnio do EEESIP (OE, 2018a), foi considerado relevante incluir a relação entre as intervenções e as competências específicas do EEESIP.

Segundo Almeida (2011), o processo de enfermagem foi complementado pela fase de avaliação de enfermagem, onde foi estimado o prognóstico dos resultados que a criança e a sua família conseguiram obter nos ganhos em saúde após a implementação do plano de cuidados. Os autores Potter & Perry (2006), referem que durante o processo de enfermagem o enfermeiro deve avaliar as respostas do cliente às suas intervenções. Este foi o feedback que entendeu a proximidade com os resultados esperados para cada diagnóstico definido.

Com este EC conseguimos alterar significativamente, para melhor, o padrão alimentar da família desta criança, obtendo assim resultados bastante positivos para a criança e, conseqüentemente, para os pais. Este feito só foi conseguido após intervenção em consulta e, ainda, em contexto domiciliário de modo a que a família adota-se uma alimentação equilibrada e saudável através de ações de promoção e educação para a saúde realizadas. Os fatores identificados possíveis da crise familiar e de desordem nas rotinas e na alimentação diária foram notificadas ao serviço social e à psicóloga da USF de modo a serem também acompanhados nessas áreas. A implementação de algumas medidas contribuiu para um desenvolvimento infantil saudável minimizando os riscos e possibilitou a identificação nas consultas subsequentes, de uma melhoria na auto-estima da criança, um aumento da sua espontaneidade na comunicação com os outros e uma maior colaboração e aceitação das intervenções sugeridas. Esta última descrição vai ao encontro do que está preconizado na competência E3 do EEESIP e nas suas unidades de competência que nos indicam que o EEESIP “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.” (OE, 2018a, p. 19194).

À criança abordada no EC foi incutido e adaptado, ajustado à compreensão desta, os cuidados a ter com a sua higiene oral e, aos pais, foi explicado a utilização dos cheques dentista que tinham sido entregues nas consultas agendadas do PNSIJ. Hockenberry & Wilson (2014), referem que preparar as crianças para os procedimentos tem como benefícios diminuir a ansiedade, promover a colaboração, reforçar e ensinar estratégias de *coping* e promover uma sensação de controlo. O EEESIP tem ao seu alcance a minimização dos riscos identificados, educando a criança/jovem e sua família a ultrapassar dificuldades e a arranjar estratégias para saber agir perante ambientes adversos ameaçadores da sua segurança. Neste EC, também se aconselhou e alertou a criança e os pais para as regras de circulação em bicicleta na via pública e a utilização de proteções de segurança, tais como, capacete, joelheiras e cotoveleiras.

Com este EC tomamos consciência que maximizar a saúde da criança e da sua família torna-se num processo bastante complexo que engloba uma grande organização e, conseqüentemente, inúmeras variáveis. “Quanto maior a organização, maiores as variáveis que influenciam o modo como o cuidado é prestado.” (Potter & Perry, 2006, p. 154). Esta consciencialização voltou a estar patente neste EC, na medida em que se verificou que este processo é evolutivo e tem uma forte condição dinâmica com tendência a ser constantemente

revisto, dependendo dos diagnósticos de enfermagem, das inúmeras variáveis e das respostas da criança e sua família. É a avaliação dos cuidados que determina a sua qualidade. (Potter & Perry, 2006).

Durante o estágio I, em conjugação com as consultas, o PNV foi ativamente praticado e cumprido, pois este dá resposta ao direito fundamental de acesso à vacinação, com elevados padrões de qualidade, adaptado à realidade de Portugal e continuamente atualizado e fundamentado na evidência científica. (DGS, 2016). A implementação do PNV “(...) resulta numa significativa redução da morbilidade e da mortalidade causadas por doenças infecciosas evitáveis pela vacinação, que se traduz na obtenção de importantes ganhos em saúde.” (Despacho n.º 12434/2019 de 30 de dezembro do Gabinete do Secretario de Estado da Saúde, 2019, p. 30).

Assim sendo, foi prática recorrente a divulgação junto das famílias, da importância da vacinação como medida eficaz na prevenção e controle de doenças infetocontagiosas, fazendo menção à ideia que “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.” (DGS, 2016, p. 5). Este envolvimento no processo da vacinação facilitou a consolidação de conhecimentos relativos ao esquema em vigor de 2017, sendo que foi, posteriormente alterado em dezembro de 2019, sendo já isso após a realização deste mesmo. Neste PNV, verificou-se então conhecimentos em: tipos de vacinas; esquema cronológico; precauções; contraindicações, falsas contraindicações; locais e vias de administração, reações pós-vacinais e tratamentos de reações anafiláticas. (DGS, 2016). Frequentemente era questionado pelos pais os problemas relacionadas com as reações às vacinas, no imediato e posteriormente, e o seu possível impacto na rotina familiar. O desenvolvimento técnico educacional e científico foi o mais evidente, mas foram também proporcionados o conhecimento e desenvolvimento da capacidade de gestão em termos logísticos, no armazenamento e correspondentes pedidos para a farmácia em contíguo com a enfermeira orientadora.

No momento da administração das vacinas, surge quase sempre um sentimento de angústia, tristeza e ansiedade para a criança e para os pais, mas surge também a dor da criança associada a este procedimento invasivo. Assim sendo, tornou-se pertinente programar intervenções de enfermagem de modo a reduzir a dor e ansiedade associadas a este procedimento. Posto isto, com a concordância da enfermeira orientadora e segundo

orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças da DGS (2012), foram aplicados alguns dos conselhos e orientações desta informação. A comunicação foi adequada à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e ao nível de escolaridade da pessoa/familiar que o acompanhava, após a informação daquilo que se ia realizar e das intervenções não farmacológicas selecionadas aplicava-se os procedimentos. De entre as técnicas que a DGS (2012) recomenda, as mais utilizadas neste contexto foram a amamentação durante a administração, o entretenimento com a utilização de vídeos, música e histórias e, ainda, a administração de glicose a 30% (nas crianças com menos de um ano de vida).

A abordagem da dor da criança provoca uma redução significativa da ansiedade por parte dos pais e, conseqüentemente, um acréscimo da sua satisfação em relação aos cuidados de enfermagem prestados que muitas vezes foi verbalizado por estes. Um dos casos mais peculiares foi o de uma criança com 18 meses que ficou bastante agitada e chorosa no momento prévio da administração da vacina, falámos com ela de modo a que esta se distraísse, brincámos um pouco, usámos a técnica da distração com um vídeo e, no momento da administração, como ainda estava a ser amamentada foi colocada à mama de modo a aliviar o seu desconforto e o stress gerado. O resultado final foi muito bom pois esta acalmou, não reclamou no momento da vacina e, de seguida, ficou tranquila. Este processo fez com que fosse ao invento da unidade de competência E2.2. definida no regulamento de competências específicas do EEESIP, fazendo luz à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (OE, 2018a). A possibilidade de aparecimento de alguma reação após a vacinação fez com que as crianças/jovens ficassem em vigilância durante cerca de 30 minutos. Os registos de enfermagem e as vacinas eram realizados no sistema informático Scínico® dos CSP e no boletim de vacinas da criança/jovem, neste momento aproveitava-se também para agendar a próxima consulta articulando-a com a vacinação, sempre que possível.

O envolvimento mais fincado nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e no PNV, foi o grande foco deste estágio mas mantivemos estreita colaboração nas restantes atividades da carteira de serviços da USF, nomeadamente a consulta aberta e o atendimento de urgência desta USF. Esta consulta da USF corresponde ao “período de consulta com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia” e o atendimento em urgência corresponde ao “ato de assistência prestado (...) a um indivíduo com alteração súbita ou

agravamento do seu estado de saúde.” (Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2007, p. 1, 2). Nestes moldes foram atendidas e encaminhadas várias crianças em situações de especial complexidade entre elas, crianças com dificuldades respiratórias, reações alérgicas moderadas, traumatismos variados e dores abdominais agudas. Diante destes quadros mais agudos, seguindo os protocolos de atuação em urgência e usando os recursos disponíveis na USF, as crianças/jovens eram previamente tratadas e posteriormente encaminhadas para o serviço de urgência da área de residência.

Neste seguimento, desenvolveu-se a competência na mobilização de recursos para cuidar da criança/jovem e família em situações específicas utilizando as abordagens e terapêuticas adequadas em complementaridade com a prescrição médica, ações autónomas e interdependentes. Este momento em contexto de estágio veio ao encontro das unidades de competência da competência 2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESIP. (OE, 2018a).

Segundo a alínea a) do artigo 4º do Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, este “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018a, p. 19192), como competência específica. Assim, neste sentido a elaboração do EC ganhou destaque relevante pois abriu a possibilidade de aprofundar conhecimentos, com raiz na aplicação do processo de enfermagem, a uma criança/jovem inserida no seu contexto sociofamiliar, dando respostas às suas necessidades específicas.

Deste modo o desempenho do EEESIP na promoção do mais elevado estado de saúde possível, durante todas as etapas de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, depende da sua capacidade de mobilizar recursos de suporte à família. (OE, 2018a). Esta implementação sistematizada de conhecimentos e recursos é efetuada na prática com recurso ao processo de enfermagem, pormenorizado e aplicado em EC. Segundo Galdeano *et al*, (2003) com a metodologia de EC, é possível uma maior correlação entre a teoria e a prática, que em fase de ensino leva ao aprimoramento do conhecimento científico dos problemas identificados e, assim à determinação de ações. Estes mesmos autores, referem que uma das formas de manter um ensino humanista é colocando a criança/jovem e família no núcleo dos cuidados com apreço pelas suas características únicas e individuais nas suas mais variadas dimensões. (Galdeano *et al*, 2003).

Ao longo do Estágio I foi vincada uma postura de participação e envolvimento em atividades do âmbito da Educação para a Saúde, nomeadamente na abordagem da criança/jovem e família no momento das consultas e/ou de outros procedimentos. A Organização Mundial de Saúde, em 1998, define Educação para a Saúde como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”. (Direcção Geral da Educação, [DGE], 2014, p. 4). Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde definido na Carta de Ottawa, em 1986, como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. (DGE, 2014, p. 4).

A educação para a saúde e a promoção da saúde são indissociáveis e funcionam em simbiose, esta torna possível a influência nas tomadas de decisão de modo a optarem por hábitos de vida saudáveis. Este aspeto encaixa, perfeitamente, na unidade de competência desenvolvida neste contexto e referida no regulamento da OE como E1.1.4. que o EEESIP “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos saúde/doença”. (OE, 2018a, p. 19193).

Os CSP permitiram-nos, aplicando em todos os momentos um olhar focado no binómio criança/família, prestar cuidados à criança/jovem na saúde, na doença, educando-a e dando suporte à sua família. Em saúde infantil e pediatria, esta perspetiva define o gesto complexo que é cuidar, e proporciona ao EEESIP construir a sua ação na base dos cuidados centrados na família. A família é quem melhor compreende a criança e por isso, o EEESIP tem de capacitar a família para incutir alterações na criança de modo a seguir hábitos de vida e comportamentos saudáveis. (Brazelton & Greenspan (2002). O modelo dos cuidados centrados na família, estabelece a família como alvo dos cuidados. (Casey, 1993). Sendo assim, tomamos consciência de que este modelo de cuidados é a base da qualidade dos cuidados em pediatria ao qual demos continuidade no Estágio Final e na prática profissional dos cuidados.

Por fim, é de realçar o fulcral contributo do trabalho conjunto com a professora e enfermeira orientadora neste processo de aprendizagem, suportando e orientando a tomada de

decisão. Esta dinâmica fomentou ocasiões imperiosas e oportunas para ponderação em grupo e para autoavaliação no que concerne ao desenvolvimento das atividades focadas nos objetivos definidos em busca de resultados sólidos.

2.2. – ESTÁGIO FINAL – CUIDAR DO RECÉM NASCIDO/CRIANÇA E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Em crianças situações de doença graves ou estado crítico, habitualmente, estão inseridas em contexto hospitalar, em serviços como SIP, em SUP e em UCINP. “Uma pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018b, p. 19362). Os cuidados de enfermagem nestes doentes são altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como solução às necessidades lesadas, de forma a permitir manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo sempre como premissa a sua recuperação total. (OE, 2018b).

Nas situações em que se torna necessário, devido à situação clínica, uma avaliação por uma especialidade ou a realização de um exame complementar de diagnóstico e/ou terapêutica, que não esteja ao dispor no serviço ou na instituição, onde a criança/jovem permanece, existe o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico que faz esse mesmo encaminhamento nas devidas condições de segurança e de qualidade de vida. Este aspeto torna-se relevante devido à regionalização e centralização das especialidades médicas em pediatria a nível nacional.

O EEESIP em parceria com a família/pessoa significativa, adota uma postura de elevada relevância na prestação de cuidados de nível diferenciado, garantindo um ambiente seguro de cuidados à criança/jovem. Desta forma, compete ao EEESIP, nestes contextos e tal como descrito nas suas competências, “mobilizar recursos oportunamente, para cuidar da

criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (OE, 2018a, p. 19193).

Em áreas como os SUP, UCINP e/ou as transferências inter-hospitalares, usualmente a criança/jovem impõe uma resposta eficaz e eficiente da equipa de saúde multidisciplinar. Nestas equipas, o enfermeiro de cuidados gerais “age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências.” (OE, 2015b, p. 10088). Por outro lado, do enfermeiro especialista deduz-se um aprofundamento destes cuidados gerais, possuindo conhecimentos num domínio específico do seu campo de intervenção, com elevados níveis de raciocínio crítico, julgamento clínico e tomada de decisão, tal como descrito no seu regulamento em que este “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019, p. 4749).

No artigo 102º dos valores humanos, do Código Deontológico, Lei N.º156/2015, refere que o enfermeiro contempla os valores humanos pelos quais conduzem o indivíduo e os grupos em que estão inseridos. (Assembleia da República [AR], 2015) Neste contexto, o enfermeiro assume o dever de, “cuidar a pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (AR, 2015, p. 8079), e ainda, o compromisso de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.” (AR, 2015, p. 8079).

Neste seguimento, é incutido aos enfermeiros pelo seu Estatuto da Ordem dos Enfermeiros uma atualização contínua de conhecimentos, de modo a que a disciplina seja promovida com bases consistentes em conhecimento técnico-científico com respeito pela dignidade humana e garantido uma melhoria de cuidados de enfermagem à população. (OE, 2015a). No cerne desta premissa e da necessidade de evolução positiva e contínua no sentido de alcançar as competências comuns e específicas de EEESIP que realizámos o estágio final.

2.2.1. – Caraterização dos locais de estágio

O Estágio Final foi organizado em três momentos distintos de campos de estágio, em que o primeiro foi UCINP, passando pelo SUP e, por fim e mais longo, por SIP.

Dentro da UCINP, existe uma unidade de cuidados intermédios neonatais em que também tivemos a oportunidade de experienciar, contudo a equipa multidisciplinar é a mesma que trabalha de forma rotativa com escala própria.

2.2.1.1. – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

As primeiras quatro semanas do Estágio Final, de 16 de setembro a 11 de Outubro de 2019, foram realizadas numa UCINP de um hospital central diferenciado. Esta instituição, tem como missão prestar cuidados diferenciados e altamente especializados aos cidadãos dos seus três concelhos e é também um dos hospitais de referência para algumas zonas do Sul do País. Este tem ainda por missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

Este demonstrou ser um campo de estágio com visão privilegiada sobre a qualidade, a segurança, a mudança e diferenciação o que sustenta os objetivos de aprendizagem e linha de investigação.

A UCINP deste hospital, iniciou funções em 1992 e caracteriza-se por ser uma unidade de referência na prestação de cuidados diferenciados ao doente crítico em idade pediátrica. É constituída por dez camas de cuidados intensivos, se necessário uma destas é reservada para casos em que é necessário isolamento. Na sala lateral, existem nove camas de cuidados intermédios. Todas as unidades da UCINP são dotadas de equipamentos avançados em suporte ventilatório invasivo e não invasivo, de monitorização contínua e registo automático para o sistema de informação de registos, existem ainda, diversos equipamentos para administração de medicação/fluídos e, para além destes, há todos os outros que são expectáveis numa unidade com estas características.

A equipa multidisciplinar é constituída por cerca de 8 médicos pediatras com subespecialidade em cuidados intensivos, alguns internos de pediatria, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, assistentes operacionais de ação médica e assistentes técnicos. A equipa de enfermagem é formada por um total de 26 enfermeiros, em que um dos elementos é a chefe de enfermagem que também chefia um outro serviço de internamento de pediatria. Cerca de 2/3 desta equipa são EEESIP e os outros são enfermeiros de cuidados gerais.

A metodologia de trabalho aplicada nesta UCINP é o método individual que permite aos enfermeiros realizarem um planeamento estruturado dos cuidados a prestar às crianças/jovens que lhes foram atribuídos no turno, e também, de fazerem uma gestão personalizada das suas necessidades individuais. (Mendes, 2012). Como habitualmente, não há a possibilidade de o enfermeiro permanecer 24 horas com o mesmo doente, até pela rotatividade por turnos, pelo que não é possível manter um método de trabalho de enfermeiro de referência genuíno.

Nesta UCIP o foco principal dos cuidados prestados está virado para a criança/jovem cuja condição clínica exige, constantemente, cuidados de elevada complexidade mas torna-se deveras importante a envolvência dos pais nos cuidados, de modo a explorar e aproveitar os benefícios deste trabalho em parceria, algo que a equipa faz e exige que se perpetue.

Este contexto clínico da UCINP decorreu sob a orientação de uma EEESIP em que, por vezes, assumia funções de chefia de equipa, visto que havia equipas de 5 elementos por turnos que se mantinham durante meses de modo a haver a continuidade dos cuidados e a aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Outro dos aspetos interessantes nestas equipas era a complementaridade de experiências e vivências devido a existir elementos com vastos longos de serviço na área e outros com poucos anos de serviço na mesma área.

2.2.1.2. – Serviço de Urgência Pediátrica

As quatro semanas seguintes do Estágio Final decorreram no período de 14 de outubro de 2019 a 08 de novembro de 2019, num SUP cuja missão do hospital é a mesma do estágio anterior, visto ser na mesma instituição. A caracterização sumária do serviço tem como

objetivo um melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, permitindo uma melhor análise das vivências ao longo do estágio.

O SUP, situado no 1º Piso, iniciou a sua atividade em novembro de 1992. A equipa deste serviço é constituída por 10 médicos, 20 enfermeiros, 13 assistentes operacionais e 4 assistentes técnicos. Na equipa de enfermagem existem cerca de quinze EEESIP, dois especialistas em outras áreas e três de cuidados gerais. Estes enfermeiros trabalham em equipas de quatro elementos constantes em que um é o chefe dessa mesma equipa. A equipa de enfermagem é chefiada por uma enfermeira chefe com largos anos de experiência e na sua ausência é substituída por um segundo elemento, neste caso uma Enfermeira Responsável.

A urgência recebe crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia. A admissão é feita pelos familiares/pessoa significativa, por referência do Serviço de Saúde 24, por encaminhamento de outros serviços de saúde ou quando socorridos e transportados pelas equipas de emergência pré-hospitalar. Sendo que quando é realizada pelo serviço de Saúde 24 ou pelos CSP a criança tem prioridade no atendimento. O serviço apresenta uma média de 100 admissões por dia.

No SUP os cuidados de enfermagem são prestados em várias vertentes de atuação que constituem distintos locais de trabalho, tais como: o gabinete de triagem, a sala de emergência e reanimação, os dois gabinetes de observação, a sala de pequena cirurgia, as duas Unidades de Internamento de Curta Duração [UICD], a sala de tratamentos e a sala de inaloterapia. Este serviço de urgência dispõe de duas unidades de internamento, em que uma destas tem cinco berços e a outra tem quatro camas, ambas para internamento, perfazendo um total de nove camas. Este tipo de internamento prevê uma curta duração ou que, pela sua situação clínica, necessitam de vigilância e cuidados constantes, até estabilização que permita a transferência para o serviço de internamento específico ou até à alta para o domicílio. Nas situações que necessitam de internamento os pais ou o acompanhante podem permanecer junto da criança/jovem as 24 horas.

Os principais motivos que fazem a criança/jovem e família a recorrer a estes SUP e os diagnósticos de alta coincidem com os resultados de um estudo de Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso (2016). Segundo esse estudo, a “noção de potencial doença grave e urgente, local de atendimento mais próximo e preferência por avaliação por pediatra” (Freitas *et al.*, 2016, p.

137), constituem as causas mais habituais de recorrer a um SUP e entre os principais diagnósticos de alta realçam-se a “nasofaringite aguda, a gastroenterite de origem infecciosa presumível e a amigdalite aguda.” (Freitas *et al.*, 2016, p. 137).

O modelo instituído no serviço como linha mestre para os cuidados prestados à criança/jovem e família/pessoa significativa é o modelo de Anne Casey, que enaltece os cuidados centrados na família. Este modelo identifica que a família/pessoa significativa são quem melhor conhece a criança, e o enfermeiro deve por isso prestar cuidados à unidade familiar, incluindo-os como parceiros no cuidar, para promover o desenvolvimento físico, social e emocional de ambos. (Casey, 1993).

Em destaque surge a organização e a dinâmica da equipa de enfermagem pela sua motivação, fluidez e capacidade dinamizadora com o principal foco na prestação de cuidados autónomos e interdependentes com os restantes profissionais, com a visão constante da preservação da segurança e na melhoria contínua da qualidade. Estas particularidades do serviço e com a orientação e supervisão da EEESIP, a desempenhar funções como chefe de equipa e por períodos também enfermeira responsável, permitiu desenvolver e atingir os objetivos de aprendizagem de uma forma mais eficaz, diversificada e mais consciente também.

2.2.1.3. – Serviço de Internamento de Pediatria

As últimas oito semanas do Estágio Final decorreram no período de 11 de novembro de 2019 a 17 de janeiro de 2020, num SIP cuja missão desta instituição passa por promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. Esta caracterização abreviada do serviço tem como referido anteriormente, o intuito de maior e melhor conhecimento da sua estrutura organizacional e física, favorecendo uma melhor análise das vivências ao longo do estágio.

O SIP, situado no 6º Piso do hospital e inaugurado a 1 janeiro de 1975. A equipa deste serviço é constituída por 5 médicos, 16 enfermeiros, 7 assistentes operacionais e 1 assistentes técnico. Na equipa de enfermagem existem cerca de cinco EEESIP, dois especialistas em outras áreas e os restantes são enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de enfermagem é chefiada por uma enfermeira chefe com largos anos de experiência e na sua ausência é substituída por um segundo elemento, neste caso uma Enfermeira Responsável. O SIP tem a particularidade de estar ligado à urgência pediátrica, existente neste hospital, que passa por ser um serviço dependente da urgência geral, onde é feita a triagem, mas que tem gabinetes separados e zonas independentes para a permanência das crianças/jovens. A equipa de enfermagem que sustenta este serviço de é a mesma do SIP, pelo que também tive a oportunidade de experienciar este tipo de dinâmica visto a equipa fazer turnos rotativos pelos dois serviços.

O SIP admite crianças/jovens desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, habitualmente por patologias agudas, agravamento de doenças crónicas, e também, casos com necessidade de intervenção cirúrgica ou cirurgias de ambulatório. Existem no serviço três camas para internamento de serviço de observação após entrada na urgência que, normalmente são internamentos curtos, cerca de 24h a 48h. E, ainda, existem dez camas de internamento, cerca de seis berços e incubadoras para internamento de recém-nascidos com necessidade de cuidados de especial complexidade, mas apenas situações estabilizadas e estáveis, pois todos os outros casos em agudização e/ou com necessidades de cuidados mais especializados são transferidos para hospitais centrais e com maior apoio de diversas especialidades através do transporte inter hospitalar.

Perante isto, os cuidados de enfermagem são prestados em várias vertentes de atuação e em distintos locais de trabalho, tudo isso revela e aumenta a necessidade de um maior dinamismo da equipa e de capacidade de gestão e de atuação. Nas situações que necessitam de internamento os pais ou o acompanhante podem permanecer junto da criança/jovem as 24 horas, sendo que durante o período noturno apenas pode permanecer um dos pais/pessoa significativa junto desta.

Este contexto de estágio aconteceu sob a orientação de uma EEESIP, com largos anos de experiência neste serviço e no seio da pediatria. A equipa presta cuidados através do modelo de cuidados centrados na família exacerbando o binómio criança/família de modo a elevar a

qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes fatores contribuíram imenso para continuação de aquisição de competências de EEESIP e de melhoria contínua dos cuidados prestados.

2.2.2. – Análise reflexiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESIP

O EEESIP, em resposta à complexidade de uma conjuntura de urgência/emergência, tem de mobilizar o mais rápido possível recursos, abordagens e terapias com benefícios imediatos na condição clínica da criança/jovem e, por forma, a ajudar a família/pessoa significativa a adaptar-se às alterações que esta momento de crise provocou na dinâmica familiar. (OE, 2018a). Em consciência destes princípios sucedeu o estágio final.

Todos os contextos de estágio tiveram uma preparação prévia através de uma revisão bibliográfica com atualização de conceitos e, ainda, de protocolos de atuação à criança/jovem em situação crítica. Para além dos documentos, normas, guias, e instruções de trabalho consultadas no início de cada estágio. A preparação teórica e científica foi realizada de forma a promover um maior e melhor autoconhecimento. A preparação surge pela carência de manter o aperfeiçoamento de competências teóricas que são essenciais para uma prática segura e de qualidade, assim é “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade.” (Fonseca, 2015, p. 1).

Um dos momentos de formação, de desenvolvimento pessoal e profissional foi o termos frequentado o Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico [SAVP] do *European Resuscitation Council*, nos dias 18 e 19 de outubro de 2019 com a carga horária de 18h, tendo aproveitamento no final do curso, tal como se pode verificar no certificado que se anexa (Anexo 2). Esta vertente vai ao encontro do referido no regulamento das competências do enfermeiro especialista, no número um do artigo 8º, alínea b, que refere que o enfermeiro “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019, p. 4745).

No que concerne ao SUP tivemos a possibilidade de em conjunto com a enfermeira orientadora e, posteriormente, gradualmente autónoma, de prestar cuidados à criança/jovem e família em todas as dimensões do serviço. Como a enfermeira orientadora acumulava funções como chefe de equipa, e ainda, fazia a gestão dos recursos humanos e materiais dos turnos em que estava escalada, tornou-se possível ampliar aprendizagens neste campo.

O chefe de equipa, no início de cada turno revela a importância de conhecer as competências dos elementos da equipa, bem como as suas motivações e áreas de interesse de modo a efetuar a distribuição pelos locais de trabalho. Esta competência requer extrema sensibilidade, experiência e capacidade de articulação, com base em metodologia de trabalho, nos recursos e nas necessidades, de forma a preservar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Função fundamental e que vai ao encontro do descrito nas competências do enfermeiro especialista, pois este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p. 4745), e ainda, adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4745). Esta prática foi apreciada de modo idêntico na UCIP, onde a gestão dos recursos era também, da responsabilidade da enfermeira chefe de equipa de cada turno, com a necessidade de quando em vez, realizar uma breve reunião com os responsáveis da equipa médica na discussão de casos clínicos, na gestão de altas e nas admissões. Para além disso, participámos vivamente nos mecanismos de logística a nível de solicitação de medicação, pedidos de reparação de equipamentos e, ainda, no que concerne à gestão de conflitos. Assim, verifica-se que o enfermeiro especialista “demonstra capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere ao estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e de relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2019, p. 4749).

A admissão é o primeiro passo, no atendimento no SUP, à criança/jovem e família que de seguida passa por uma avaliação da condição clínica prévia no gabinete de triagem, onde lhe é conotada uma prioridade clínica fundamentada na identificação de problemas e não num diagnóstico. Neste serviço, o sistema de Triagem de Manchester é utilizado, é realizado por um enfermeiro com experiência e formação adequada para o cargo, de modo a priorizar os casos da maneira mais adequada e correta, evitando assim, erros de prioridade e danos maiores. Segundo a DGS, “as urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do

sistema de Triagem de Manchester ou do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*.” (DGS, 2018, p. 1).

O gabinete de triagem é um dos locais mais exigentes no que compete às competências técnico-científicas, condicionando assim, a escolha do elemento de enfermagem mais capacitado para assumir essa responsabilidade, por norma quem o assume é o chefe de equipa de turno, pois regularmente é o elemento com maior experiência e maior grau de formação. Judiciosamente, numa boa parte dos turnos que assumimos neste SUP, assumimos também estas funções o que permitiu detetar e priorizar condições clínicas de extrema instabilidade de funções vitais e com risco de morte e, posteriormente, dirigir para a área de cuidados de enfermagem mais adequados. Este acontecimento cruza-se com a unidade de competência E2.2. que se verifica no regulamento das competências específicas do EEESIP. (OE, 2018a). No seguimento do estágio anterior, foram empregadas, técnicas de comunicação adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e sua família. Desta vez, verificou-se novamente que o trabalho em parceria com a família revelou ser o alicerce para atingir níveis superiores de compreensão das manifestações de cada criança/jovem e na promoção da conduta adequada para a colaboração com os procedimentos proporcionados.

Os elementos fulcrais para o desenvolvimento desta competência foram a revisão de protocolos com fundamentação científica e a aprendizagem adquirida junto do raciocínio clínico da enfermeira orientadora. Na prática houve a possibilidade de aprimorar o olhar e o sentido clínico, essencialmente, para sinais e sintomas relacionados com as síndromes de dificuldade respiratória, estados graves de desidratação e de dor na criança/jovem. O reconhecimento precoce de sinais de gravidade é crucial para dar respostas eficazes e céleres prevenindo assim, alterações em outros sistemas fisiológicos e, claramente, contribuir para a melhoria clínica e para o bem-estar das crianças/jovens e suas famílias.

Após alguns momentos de aprendizagem no momento da triagem, na avaliação da gravidade e da priorização de casos na admissão do SUP, sobressai o desenvolvimento da competência comum de Enfermeiro Especialista que “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2019, p. 4748) e as competências específicas de EEESIP que “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem,” e ainda, que

“reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018a, p. 19193).

As UCINP são sempre ambientes de grande exigência, meios stressantes, devido à sua alta complexidade, o que nos exigiu constantemente aptidão de avaliação do estado hemodinâmico. Essa aptidão foi sendo reforçada em todos os estágios mas, principalmente, no SUP e na UCINP. A identificação dada causa da instabilidade de modo mais célere possível é essencial para se agir rapidamente e evitar o agravamento do estado clínico, e por último, de uma paragem respiratória ou cardiorrespiratória. Nestes campos de estágio enfrentámos algumas situações de peri-paragem e diversas de instabilidade hemodinâmica o que nos proporcionou mobilizar conhecimentos e prática em SAVP, indo ao descrito do critério de avaliação E2.2.2. no regulamento de competências específicas do EEESIP (OE, 2018a). Outro dos aspetos que vai ao encontro desta competência foi os momentos experienciados nos diversos contextos, em que a grande complexidade de situações clínicas que exigiam um grande volume de concentração de esforços, sobretudo no momento da admissão no caso do SUP, de forma a garantir o funcionamento dos órgãos vitais para a sobrevivência da criança durante o tempo necessário para o tratamento da causa subjacente. No SIP desenvolvemos esta competência de uma forma menos assídua do que na SUP e na UCINP.

De todas as situações complexas, experienciámos situações de sucesso com completa recuperação da criança/jovem, no entanto também enfrentámos casos de insucesso. As situações de prognósticos reservados, essencialmente na UCINP e no SUP, foram observadas e enfrentadas de forma a levar à melhor solução, que nem sempre foi possível. Exemplo disso é o caso de uma menina que cuidámos na UCINP, de apenas 10 dias e de idade gestacional de 35 semanas com doença rara congénita denominada Distrofia Miotónica Tipo 1 – Doença de Steinert. Esta menina apresentava um prognóstico bastante reservado, apresentava-se hipotónica, hiporeativa, sem capacidade de comunicação e/ou interação com o meio e com as pessoas que a rodeiam. Perante esta situação nós encaminhámos e conversámos com a família de modo a preparem-se para a situação, assim visto que o enfermeiro especialista já “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (OE, 2019, p. 4747) o EEESIP promove esse processo mais além e conforme os seus critérios de avaliação de competência, “demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas” (OE, 2018a, p. 19193) e, ainda, “diagnostica cuidados especiais e incapacidades na criança/jovem.” (OE, 2018a, p. 19193).

Este foi o procedimento que se verificou neste caso, no qual tivemos a oportunidade de participar juntamente com a enfermeira orientadora, foi feito o encaminhamento às diversas especialidades necessárias, aos apoios sociais disponíveis de modo a preparar a família para cuidar desta criança. Ao vivenciar este momento, nesta UCINP, permitiu-nos a oportunidade de conhecer a existência da estratégia integrada para as doenças raras 2015-2020 da DGS, que fundamentada numa cooperação entre diversos setores e instituições do SNS, investiga cooperar esforços com o intuito de promover a saúde das pessoas que sofrem de doenças raras, essencialmente na melhoria da acessibilidade e qualidade aos cuidados de saúde e condições de tratamento baseadas nas evidências científicas mais atualizadas. (DGS, 2017).

Os SUP são muito procurados sempre que há o surgimento de dor na criança/jovem. A avaliação da dor na criança é extremamente exigente para os profissionais devido à forma particular e mutável que as crianças têm de a manifestar. Por outro lado, “o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemática, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (...).” (DGS, 2010, p. 4). Esta situação foi visualizada e vivenciada em estágio, locais onde foi amplificada e aperfeiçoada a competência na realização de uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas,” (OE, 2018a, p. 19193) com base no conhecimento e consciência dos diversos estádios de desenvolvimento e comportamentos individuais da infância/adolescência. Assim, o EEESIP permite-se reunir um conjunto de capacidades e estratégias farmacológicas e não farmacológicas, baseadas e adaptadas ao conhecimento da dimensão física, psicossocial e espiritual da criança/jovem, que lhe permitem solucionar a dor. (OE, 2018a). No SUP o alívio da dor através de métodos farmacológicos está devidamente protocolado, favorecendo a prestação de cuidados inter-dependente dos enfermeiros. De outra forma, os enfermeiros recorrem também à aplicação autónoma de medidas não farmacológicas de alívio da dor, com fundamento nas mais recentes normas oriundas da DGS.

Na realidade, aquando da existência de dor na criança/jovem, após a sua identificação e classificação, de um modo geral durante a avaliação inicial na triagem no caso do SUP, ou em qualquer procedimento invasivo, no caso da UCINP e SIP, eram assim aplicadas as medidas analgésicas necessárias e mais adequadas a cada situação. A avaliação e reavaliação da dor era efetuada de forma regular com a aplicação de um conjunto de escalas, adaptadas às idades/estádios da criança e disponibilizadas na Orientação n.º 014/2010 da DGS, sendo as mais usuais: FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*); FPS-R (*Faces Pain Scale –*

Revised); EVA (Escala Visual Analógica) e a EN (Escala Numérica). Na UCIP a análise da dor na criança/jovem, pela existência de recém-nascidos [RN], veio complementar a avaliação com utilização da escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*). Em cuidados intensivos neonatais enfrentámos a necessidade de sedação e analgesia em perfusão contínua, o que originou a obtenção e aplicação de conhecimentos neste âmbito, quer na avaliação quer na administração e, conseqüentemente, na sua vigilância. Nos diversos serviços que experienciámos, existiu sempre o cuidado de garantir a participação de um dos pais/cuidadores da criança, fazendo o esclarecimento antecipado do procedimento à criança ajustado ao estágio de desenvolvimento e à idade desta. Esta parceria no momento dos procedimentos, entre pais/cuidadores, criança e enfermeiro proporcionou uma maior segurança e conforto para a criança/jovem, minimizando assim o efeito negativo ligado à prestação de cuidados. Após a realização dos procedimentos procurámos sempre elogiar a atitude da criança, o denominado reforço positivo, elevando assim a sua coragem e aumentando o nível de sucesso dos procedimentos.

Assim, articulou-se com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do SUP um trabalho essencial e necessário para a sala de espera deste serviço, pois são locais onde as crianças e os pais passam algum tempo e podem apreender daí algo bastante benéfico para a sua saúde. Ao mencionar a minha intenção, a enfermeira chefe ficou desde logo agradada com a proposta pois é um dos temas que esta considera essencial para a manutenção de uma vida saudável da criança e, conseqüentemente, do adulto. Esta prontificou-se de imediato para arranjar patrocinadores e empresas interessadas para a divulgação e fixação deste trabalho na sala de espera e, assim que possível, na sala das consultas externas de foro infantil e, ainda, nos locais necessários para criar uma maior eficácia da mensagem e propagá-la ao maior número de pessoas possível. Assim sendo, o trabalho realizado nesta unidade passou por um poster que se anexa a este relatório como forma de complemento para o trabalho final e que foi fixado na sala de espera, posteriormente, de modo a ter o maior impacto possível e a ser o mais proveitoso possível e, conseqüentemente, contribuir significativamente na literacia dos pais de modo a prevenir a obesidade infantil. Este elemento pode ser apreciado no Apêndice 3.

Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), referem que é primordial o investimento numa interação antecipada, providenciando informação antecipatória que promova a colaboração da criança no procedimento, fomentando o seu comportamento e diminuindo o

impacto e sofrimento resultante desses procedimentos. O EEESIP durante as suas intervenções tem de transmitir uma atitude serena, assertiva e responsável. A preparação prévia das crianças para os procedimentos apresenta como benefícios, reduzir a ansiedade, promover a colaboração, reforçar e ensinar estratégias de coping e promover uma sensação de controlo. (Hockenberry e Wilson, 2014). As preparações tornam-se ainda mais importantes nas idas ao SUP, mesmo que tenham de se efetuar de forma muito célere. A sinceridade para com a criança sobre os procedimentos que impliquem dor, sobre o motivo da ida à urgência, reforçando sempre no final de cada procedimento o comportamento da criança, felicitá-la, referindo como foi exigente passar pela experiência, mas que a superou de forma exemplar. (Brazelton e Sparrow, 2010).

Na UCIP, uma das principais competências do EEESIP desenvolvida foi a E.3.2. “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido [RN] doente ou com necessidades especiais.” (OE, 2018a, p. 19194). Segundo o INE (2019), a taxa de nados vivos de baixo peso e prematuros tem aumentado anualmente, sendo que em 2018 atingiu o valor de 9%, o que exige dos enfermeiros um treino e preparação especializada nos cuidados aos RN com necessidades especiais. Ao verificar-se a evolução e o progresso científico e tecnológico na área da Neonatologia nos últimos anos, e sendo a prematuridade, o maior motivo de internamento na UCINP, é primordial atenuar o impacto negativo que esta experiência tem nos pais/cuidadores num momento de conversão para a parentalidade. Ao existir envolvimento dos pais de forma ativa nos cuidados ao seu filho, cria-se um vínculo mais efetivo e mais forte com o seu RN, facilitando assim a relação RN/pais sendo crucial para promover a vinculação, pois a separação inerente ao nascimento prematuro vai ter repercussões no processo de vinculação. (Hockenberry e Wilson, 2014).

A consciencialização que obtivemos do impacto que o RN prematuro tem, não só em si próprio mas também nos pais, só se tornou possível após a realização dos estágios e da presença e relacionamento com os mesmos. Este binómio RN prematuro/pais de uma forma repentina e precoce têm de se adaptar à realidade contrariando todas as expectativas e sonhos idealizados. Os pais de um RN prematuro quando se enfrentam com o grande desafio da parentalidade são confrontados com sentimentos de negação, perda, culpa, a adaptação a um ambiente estranho e à separação do seu filho. Para além disso surgem três, tem de haver a capacidade do profissional entender que estes sentimentos são naturais e que são parte das tentativas dos pais se adaptarem ao seu novo mundo e de se relacionarem com um bebé que

não coincide aos seus sonhos. (Brazelton, 2010). Verificámos também, numa fase inicial, os pais solicitam mais as informações clínicas, mas com a permanência junto do RN e o aumento do tempo de relacionamento com este, a atenção e empenhamento na prestação de cuidados, focam-se e tomam consciência do seu papel e, passo a passo e cada um ao seu ritmo, iniciam o desempenho das suas competências parentais. Assim, o EEESIP tal como descrito no critério de avaliação da unidade de competência 3.2., “negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e utiliza estratégias promotoras de esperança realista.” (OE, 2018a, p. 19194).

Na UCINP, tal como nos outros campos de estágio, mas essencialmente neste tornou-se crucial a promoção da amamentação como fonte principal e exclusiva, se possível, da alimentação do RN. Esta é um dos fatores que fomenta a prevenção da obesidade infantil e deve ser incentivada e promovida assim que possível. O aleitamento materno em exclusivo tem diversos benefícios, mas na linha de investigação que estamos e no fundamento deste relatório, “há evidência de que o bebés amamentados regulam a sua ingestão de energia, diminuindo assim a propensão para obesidade, mais tarde na vida.” (Hockenberry e Wilson, 2014, p. 278). Estes autores acrescentam ainda, baseados em estudos científicos nos seus resultados, “(...) concluíram que a amamentação prolongada (mais 6 meses) fornece uma relação protetora dose-resposta, contra o risco de ser obeso em crianças (...).” (Hockenberry e Wilson, 2014, p. 278).

Neste sentido, desenvolveu-se em parceria com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe da UCINP um trabalho simples, inciso e produtivo na área da amamentação que se revelou útil e gratificante durante esse estágio pois o *feedback* dos pais foi positivo e o hospital já é dos Hospitais Amigos dos Bebés em que já promovem o aleitamento materno e detêm enfermeiros com formação para essa estimulação e aconselhamento. Esse trabalho realizado é um folheto informativo que se anexa a este relatório como forma de complemento para o trabalho final e que foi distribuído por diversos casais de pais que tiveram os seus RN nesta UCINP de modo a incentivar o aleitamento materno em exclusivo e, conseqüentemente, na literacia dos pais de modo a prevenir a obesidade infantil. Este folheto veio complementar os existentes sobre o aleitamento materno, pois este incide na amamentação mas incide essencialmente, nos seus benefícios e nos contributos que conseqüentemente leva à prevenção da obesidade infantil, podendo ser visualizado no Apêndice 4.

A hospitalização tem um impacto significativo no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, e ainda, na sua dinâmica familiar. No SIP a promoção da sua adaptação a este momento da vida apresentou-se como um desafio enorme dos cuidados prestados, levando à reflexão e ao desenvolvimento de competências de EEESIP, que com os seus conhecimentos aprofundados e especializados, tira partido de estratégias específicas, e promove também, uma prática de cuidados ajustada à individualidade de cada criança/jovem e de suas famílias.

No momento do internamento de uma criança existe, inevitavelmente, uma separação do ambiente familiar físico e afetivo, tentando-se atenuar com a presença dos pais ao acompanharem a criança em permanência durante este processo. A decoração do SIP, as pinturas de foro infantil nas paredes, quer de corredores e/ou de enfermarias, demonstra a sensibilidade de minorar o impacto do ambiente hospitalar na criança, transformando-o em algo mais agradável e ajustado ao seu grupo etário. Com base na filosofia dos CCF, o ambiente tem um impacto crucial nas crianças e famílias, funcionando como um elemento inibidor ou facilitador do envolvimento e participação dos pais, podendo transmitir uma mensagem positiva. (Hockenberry & Wilson, 2014). O internamento torna-se normalmente numa situação complexa, causadora de instabilidade para o binómio criança/família, abrangendo-o numa crise que interfere com todos os seus elementos. O internamento e a doença podem representar as primeiras crises com que a criança se enfrenta, abarcando fatores stressores como a separação dos pais/família, a perda e o controlo de autonomia, o medo do desconhecido, a lesão corporal e o medo da morte. As crianças com idade abaixo dos sete anos, eventualmente, podem responder a esses momentos com regressão, ansiedade, apatia, medos e distúrbios do sono, entre outras manifestações. (Hockenberry & Wilson, 2014).

No SIP, as intervenções efetuadas tinham sempre em conta o binómio criança/família e os stressores associados à hospitalização, de forma a fomentar o *empowerment* dos pais/família, impulsionando e incrementando a sua readaptação e a aprendizagem de novas competências para a gestão da sua condição de doença, tendo como fundamento a parceria de cuidados. De acordo com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, a criança é o alvo dos cuidados e a família é considerada como prestadora de cuidados, assim o envolvimento e intervenção dos pais/cuidadores nos cuidados é negociado com a equipa multidisciplinar de saúde. A responsabilidade do EEESIP, após conhecer as necessidades e os desejos dos pais, é

criar condições para os envolver no processo de tomada de decisão e nos cuidados (OE, 2018a).

No momento das interações com a família procurámos sempre estabelecer uma relação de confiança, destacando os conhecimentos e as capacidades dos pais/cuidadores, dando relevância a experiências anteriores, transmitindo aos pais a premissa de que estes são os melhores cuidadores da criança. Trabalhámos sempre em busca de avaliar as suas aptidões e conhecimentos sobre os cuidados a prestar à criança, no intuito de incentivar a sua autonomia, tendo como exemplos disso, na alimentação da criança, na administração de medicação oral, nos cuidados de higiene e conforto a prestar, informando, capacitando e empoderando os pais em todo o processo. A opinião dos pais sobre a evolução do estado de saúde da criança foi sempre tida em consideração, salientando a referência a queixas e sintomas identificados como não comuns na criança. O EEESIP tem de tomar consciência de que a criança como é um Ser vulnerável, apreciando assim os pais/família como prestadores de cuidados de excelência, de modo a preservar a segurança e o bem-estar da criança/jovem e família e otimizar o potencial de crescimento e desenvolvimento desta. Assim compreende-se e evidencia-se a aquisição de competências de Mestre pois o EEESIP tem “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Direção Geral do Ensino Superior [DGES], 2020).

As estratégias a pôr em prática devem focar-se no *coping* familiar e no *empowerment* da família de modo a facilitar a adaptação da criança/jovem e família. (Hockenberry & Wilson, 2014). As competências do EEESIP entram neste quadro pois estes têm a responsabilidade de assistir a família a reajustar-se a uma nova dinâmica, enfrentando-a de forma positiva. As diferentes realidades no estágio final permitiu-nos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem, e suas famílias, com doença crónica, rara, oncológica e síndromes de deficiência/incapacidade, agendando as intervenções com instância ao imprescindível papel da família. O diagnóstico de uma doença crónica, é sem dúvida, um momento imperativo com repercussões a nível financeiro, pessoal, profissional e também na dinâmica familiar.

No SIP, relembramos um caso de uma menina de 3 anos de idade que se apresentava internada com diagnóstico de estado de mal epilético. “O estado de mal epilético constitui a mais frequente emergência neurológica em idade pediátrica.” (Carrilho & Monteiro, 2007, p.

163). Este episódio foi determinante pois os pais presenciaram o primeiro episódio, ainda no domicílio, e posteriormente no hospital. O EEESIP tem então um papel preponderante na abordagem deste tipo de casos, exigindo uma capacidade extrema de conhecimento, de experiência e de esclarecimento perante a família desta criança. “A cascata de alterações fisiopatológicas desencadeada por uma convulsão prolongada pode conduzir a uma perda da autorregulação da circulação cerebral e lesões neurológicas irreversíveis.” (Carrilho & Monteiro, 2007, p. 163). Perante esta situação foram diagnosticados vários problemas provenientes da necessidade que a criança e a família elucidaram no esclarecimento de dúvidas sobre a doença em si, mas também relativamente aos meios de apoio comunitários e sociais. Assim, cumprimos o nosso dever e seguimos o definido no regulamento das suas competências, pois o EEESIP “facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.” (OE, 2018a, p. 19193).

Portanto, conceberam-se vários momentos informais de educação para a saúde sobre o processo desta doença, ensinamentos sobre o tratamento a fazer em caso de ocorrer novamente, vigilância de sinais e sintomas que levam a recorrer ao SUP, promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis e informações sobre contactos de instituições de suporte na comunidade. Para além disso facultámos apoio emocional, com recurso a estratégias de relação de ajuda em que promovermos a autoestima, a confiança, a atuação e a assertividade deste binómio criança/família, indo ao encontro do regulamento de competências específicas do EEESIP que refere que este “demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.” (OE, 2018a, p. 19194).

Durante todo o estágio final, para além das intervenções e cuidados especializados, seguiram-se criteriosamente as linhas orientadoras regulamentadas que são os alicerces à prática autónoma do exercício profissional e que estão visadas no REPE, bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e, obviamente, o Código Deontológico do Enfermeiro. Em consciência de que a promoção de saúde em enfermagem torna-se oportuno com o conhecimento sobre as posições da OE relativamente à prática de enfermagem. Deste modo, como futuros EEESIP, ficámos cientes das terapias complementares na prática de enfermagem, suportadas na evidência científica, para guiar a tomada de decisão, estabelecer diagnósticos, prescrição de intervenções e avaliação sistemática por forma a poder fornecê-las à criança/jovem e família. Neste enquadramento, recorrer a estas terapias leva à promoção de majoração dos ganhos em

saúde e ao desenvolvimento da unidade de competência E2.4. (OE, 2018a). As terapias complementares mais usadas neste percurso e que foram presenciadas e nas quais podemos participar também, em associação aos tratamentos convencionais são exemplo disso as técnicas não farmacológicas do alívio da dor e técnicas de relaxamento com exercícios respiratórios utilizadas nos familiares em situações de grande ansiedade, stress e angústia.

Ao longo dos estágios e em momentos oportunos, desenvolvemos várias ações de educação para a saúde informais, pontualmente, às crianças/jovens e família, particularmente no que concerne a alimentação saudável, exercício físico, numero de horas de sono, tempo em frente a ecrãs diariamente e aquisição de outros comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

Os serviços/unidades específicas deste estágio final facilitáramos cuidados diferenciados centrados na criança/jovem e família, na UCINP e no SUP focámo-nos essencialmente no cuidar nas situações de especial complexidade e no SIP para além desse cuidar acrescentámos também a essencial maximização contínua da saúde da criança/jovem e família e nas respostas específicas a dar às necessidades dos seus estádios de desenvolvimento. Do mesmo modo, foi constante uma abordagem educativa durante a prestação de cuidados em consonância com momentos específicos e privilegiados no ensino de hábitos de vida saudáveis, literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil e, ainda, a preocupação com o instituir de uma comunicação adequada ao desenvolvimento e aos aspetos culturais da criança/jovem e sua família, foram igualmente exemplos deste fator.

2.3. – DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO FACILITADORAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE OBESIDADE INFANTIL

O *Center for Disease Control and Prevention* relata que as crianças com excesso de peso ou obesidade até aos 5 anos, essencialmente nos anos pré-escolares, têm cinco vezes mais probabilidade de sobrepeso em adultos do que crianças com peso saudável. (Fenton, Marvicsin & Danford, 2014). No que respeita à intervenção do EEESIP, nos diversos

contextos de estágio, nos três níveis de prevenção, na UCINP e no SUP, constata-mos que há maior dificuldade de enquadramento na prevenção da obesidade infantil nestes dois serviços, pois as situações de doença aguda e a sua estabilização são a prioridade dos cuidados. No SIP verificámos ainda que pela conjuntura do internamento, os padrões e hábitos alimentares, de atividade física e de horas de sono de qualidade estão alterados, por isso não é o local nem o momento indicado para proceder à sua avaliação e modificação, mas sim ao seu aconselhamento e ajuste. No entanto, torna-se um contexto de intervenção em algumas situações específicas e concretas. O internamento modifica todas as rotinas e rituais da criança, onde se engloba a alimentação, a atividade física e o sono, que são comportamentos e fatores fulcrais na prevenção da obesidade infantil. (Hockenberry e Wilson, 2014). O apetite da criança doente ou internada pode estar diminuído e, assim, não refletir os hábitos e padrões alimentares que costuma praticar em casa, mas o EEESIP deve usufruir de todas as oportunidades para avaliar os conhecimentos dos pais/família sobre a alimentação e transmitir orientações sobre a melhoria da ingestão nutricional na criança, levando-os a praticar uma alimentação saudável. (Rocha, 2017).

No SIP durante a prestação de cuidados, assinalámos cerca de cinco crianças com excesso de peso, mantendo sempre a premissa de que os padrões alimentares poderiam estar modificados pela sua condição de saúde, beneficiando-se dos momentos da refeição para entender qual o padrão alimentar habitual da criança/jovem em questão, efetuando-se assim momentos de educação para a saúde. Nos casos identificados não existia encaminhamento das situações identificadas para outros profissionais de saúde, apesar de existir o cuidado de alguns enfermeiros adequarem a dieta à condição da criança/jovem e articularem com a nutricionista da instituição. Estas crianças foram objeto de discussão, análise e reflexão com as enfermeiras chefe e orientadora de entre outros elementos da equipa, o que nos facilitou a perceção de que alguns elementos não se encontravam cientes para a problemática da obesidade infantil e sua prevenção.

Neste seguimento realçam-se as competências desenvolvidas, descritas no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, tais como o enfermeiro “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2019, p. 4748) e “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (OE, 2019, p. 4749).

No SUP os cuidados e as intervenções estão dirigidas para os episódios de doença aguda e resolução destes, apesar de pelas características existir a perceção que algumas crianças seriam porventura obesas, mas o motivo da ida ao SUP e a sua resolução sobrepôs-se sempre à problemática da obesidade. Sendo assim, após uma reunião com as enfermeiras chefe e orientadora tornou-se pertinente a construção de um poster, como referido no capítulo anterior, as imagens infantis, acompanhada por alguns dados sobre obesidade infantil, afixado na sala de espera, pois os utentes permanecem na mesma por um tempo considerável, de forma a lerem e reterem a informação disponibilizada neste poster, sensibilizando assim a população que recorre ao SUP para a problemática da obesidade infantil. (Apêndice 3). No SUP o encaminhamento das situações de excesso de peso, pré-obesidade ou obesidade é realizado para a Consulta de Obesidade Infantil da instituição em questão, de modo a ser avaliado por um enfermeiro e por um médico. O enfermeiro presente nesta consulta não é especialista o que no nosso entender ainda traria maiores resultados e melhor avaliação da condição da criança/jovem. Esta consulta encontra-se sobrelotada, com critérios de admissão algo complexos, o que atrasa o encaminhamento e, principalmente, o acesso a este tipo de consultas. Existiu a vontade e um pedido de fazer umas horas de estágio nessa consulta mas o fato de não existir um EEESIP tornou impossível essa realização.

Na UCN, a alimentação do recém-nascido prematuro torna-se em algo complexo e delicado e com necessidades peculiares. As crianças que nascem prematuras e/ou com baixo peso ostentam padrões de crescimento acelerados nos primeiros anos de vida (*catch-up growth*) e que quando se apura esse ganho de peso excessivo no período da infância, estas têm uma maior probabilidade de vir a ser obesas. (Vasylyeva, *et al.*, 2013). Sendo a literacia em saúde com fim na prevenção da obesidade infantil o tema deste relatório, torna-se substancial na data da alta, a temática dos cuidados antecipatórios sobre a alimentação do RN. Segundo Pereira-da-Silva, *et al.* (2014), a taxa de amamentação de crianças nascidas pré-termo, na Europa, no momento da alta é baixa. Assim sendo, o EEESIP tem de intervir principalmente na prevenção primária. Na maior parte dos casos, os RN prematuros têm alta hospitalar alimentados por leite de fórmula, em que os cuidados antecipatórios sobre a alimentação são determinantes para os pais serem esclarecidos sobre o tipo de leite, a preparação deste, a quantidade a administrar e a sua frequência de administração. Assim desenvolveu-se o critério de avaliação de unidade de competência de EEESIP, em que este “transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.” (OE, 2018a, p. 19194).

Durante o estágio final, fomos ao encontro desses cuidados antecipatórios de modo a elevá-los ao mais alto nível, e a integrá-los sempre para sensibilizar os pais para a importância e o impacto da alimentação na vida futura do seu RN. O fato de o RN não ser amamentado e ser alimentado por leite adaptado poder ser identificado como um possível stressor e fator de risco ao aparecimento futuro de excesso de peso ou de obesidade. Os pais de RN prematuros têm para si como uma vitória, o ganho de peso do RN, pois para estes significa que está a crescer e a desenvolver-se de forma a vingar, mas é imprescindível a literacia dos pais sobre a alimentação e hábitos de vida saudável de modo a fazer a prevenção da obesidade infantil. (Andrade, Machado, Kenner & Lindsay, 2015). Este trabalho realizado por nós aos pais de RN prematuros teve sempre por base as variáveis psicológica, sociocultural e de desenvolvimento. Por todos estes motivos, e particularmente, pela inclusão da amamentação como exclusiva na alimentação do RN prematuro, surgiu na reunião com as enfermeiras chefe e orientadora a oportunidade de fazer algo significativo para incentivar ainda mais esse fator. Neste sentido surge, o já referido anteriormente, folheto informativo que tem maioritariamente a amamentação como alimentação e como um dos primordiais para a prevenção da obesidade infantil. (Apêndice 4). Evidencia-se assim, o progresso das competências comuns de EE no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como referido anteriormente.

Nos CSP ao participar nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, realizadas pela EEESIP, verificámos que são proporcionadas orientações antecipatórias relacionadas com a alimentação desde o nascimento e assim que se identificam situações de excesso de peso ou obesidade estas são encaminhadas pelo médico de família para a consulta de obesidade infantil existente na instituição hospitalar. A não existência de um protocolo de articulação para essa consulta faz com que seja formulado o pedido através do sistema informático e, posteriormente, via telefone com as pessoas responsáveis da consulta. A população abrangida por esta unidade é essencialmente bairros sociais, os quais levantam um desafio enorme para realizar os cuidados e levam a ter em consideração as condições socioeconómicas deficitárias e as questões culturais.

A obesidade infantil tornou-se num grande desafio para os enfermeiros, pois está intimamente ligado à mudança de hábitos englobando toda a família, especialmente os pais, abarcando uma área tão delicada como a alimentação. (Andrade *et al.*, 2015).

No cumprimento do desígnio de implementação de intervenções em serviço relacionados com a nossa linha de investigação e após um diagnóstico de situação realizado, previamente com a investigação, pesquisa e com dados descritos por instituições e autores com credibilidade, para além disso após reunião com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do SIP, detetamos a necessidade de promover a prevenção da obesidade infantil. Fortin 2009, diz-nos também que um dos recursos essenciais é a pesquisa bibliográfica onde utilizámos estratégias que garantiram a especificidade e fidelidade da informação. (Fortin, 2009). O fator tempo influenciou sempre a realização das tarefas, por isso teve de ser realizada periodicamente a gestão deste de modo a prosseguir com as tarefas e a ajustá-las aos tempos dos ensinos clínicos. O domínio da pesquisa, investigação e procura por dados científicos leva o enfermeiro ao patamar superior, pois para além de estar a desenvolver competências como especialista, está também a construir e a evoluir a suas competências como Mestre em Enfermagem. As competências provêm da aquisição de conjuntos de conhecimentos que elevam a interpretação, compreensão e resolução de problemas a outro nível. (Porto Editora, 2018). Neste sentido, a enfermagem leva o enfermeiro a conseguir ultrapassar as dificuldades e a desenvolver a sua cognição, posicionando-o com uma postura mais propícia a novas aprendizagens. Assim, compreende-se a aquisição de competências de mestre pois o enfermeiro apresenta “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.” (DGES, 2020).

Como fundamentado no enquadramento concetual, a prevenção da obesidade infantil está justificada e identificada como problemática com o acréscimo de que a literacia em saúde dos pais é determinante para o sucesso da mesma. Assim, surge a oportunidade de construir um manual educativo/informativo para os pais de modo a ser um apoio fidedigno para estes no seu dia a dia. Documento fundamental, com temas escolhidos com base no que os autores defendem e com conselhos sábios dos autores e, também da prática e da experiência vivenciada neste percurso. Este manual pode ser apreciado no Apêndice 5.

Consideramos este manual como uma das estratégias de prevenção da obesidade infantil e também acrescentamos a revisão *scoping* realizada durante este caminho que tinha como objetivo mapear intervenções na capacitação dos pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil. *Scoping Review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Dois revisores independentes realizaram a análise de relevância dos artigos, a extração e a síntese dos dados. Incluíram-se cinco estudos científicos nesta revisão dos quais se extraíram e analisaram os resultados. (Apêndice 6).

Em suma, consideramos que as estratégias facilitadoras de promoção da saúde e de prevenção da obesidade infantil são cruciais para se conseguir minimizar a problemática e evitar ou diminuir as consequências futuras que advêm da obesidade. Em concordância a autora Loureiro descreve que é fundamental “identificar as intervenções de enfermagem que promovam comportamentos salutogénicos conducentes à prevenção da pré-obesidade e obesidade nas crianças em idade pré-escolar/família.” (Loureiro, 2015, p. 176).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redação do Relatório de Estágio possibilitou registar a trajetória formativa determinante na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do EEESIP e de Mestre. Durante o desenrolar deste percurso académico experienciámos variadas ocasiões de aprendizagem, efetuámos várias pesquisas, concebemos conhecimentos, aptidões, habilidades, beneficiando de momentos facilitadores de discência. Deparámos-nos com limitações e dificuldades no alcance dos objetivos e na produção de resultados. Acrescentamos ainda, o desenvolvimento de competências específicas na área da obesidade infantil e na atuação aos diferentes níveis de prevenção, e ainda, permitiu contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo vital, nomeadamente, ao RN, criança, jovem e família.

A Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica depara-se com novos desafios, incluídos numa panóplia de situações e contextos de prática de cuidados complexos, obrigando a que os profissionais estejam preparados para gerir esta complexidade, fornecendo cuidados especializados que colmatam as necessidades das crianças/jovens e suas famílias.

A elaboração de um enquadramento conceptual possibilitou aprofundar conhecimentos na área da problemática identificada na base da linha de investigação. A investigação estimulou o nosso campo de saberes com a inclusão de novas aprendizagens, facultou também a oportunidade de fundamentar as escolhas, as decisões e os caminhos que delineámos, tendo como alicerce a teorização e a evidência científica. O nosso pensamento foi construído com base no modelo de CCF, dada a aplicabilidade prática e objetiva do tema e da eficácia demonstrada pela evidência científica da quantidade e qualidade da literacia em saúde da família. As competências desenvolvidas possibilitaram uma maior competência no momento da tomada de decisões, na prestação de cuidados especializados e de qualidade, suportados no conhecimento teórico, na evidência científica e, conseqüentemente, elevaram e expandiram também a capacidade crítica, de reflexão e de análise.

No caminho como futuro EEESIP, é irredutível no desenvolver da prática profissional a mobilização de quadros de referência, invocar aos padrões de qualidade dos cuidados especializados do EEESIP e a filosofia de CCF como fundamento dos cuidados prestados. Nesta teoria dos CCF o foco determinante dos cuidados prestados não é exclusivamente a

criança/jovem, mas sim o binómio criança/jovem – família, cooperando em parceria de modo a concretizar um objetivo comum, o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Este referencial teórico foi o que vingou durante o percurso e iremos preservar enquanto futuro EEESIP, pois consideramos que o envolvimento da família no processo nos levará ao total sucesso dos cuidados prestados à criança/jovem.

A obesidade é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial, pelo que necessita de intervenções fortes e consistentes de modo a fomentar a sua prevenção. A família tem um papel preponderante na formação de hábitos alimentares, não se pode esquecer que os fatores como a escola, a rede social e as condições socioeconómicas e culturais são fortemente modificáveis e incutem no processo de construção de hábitos alimentares na criança. Os hábitos e preferências são estabelecidos durante os primeiros anos de vida da criança. Tem de haver sensibilização para as mudanças nos estilos de vida das famílias e os pais devem ser empoderados e capacitados sobre hábitos saudáveis, de modo a haver uma contribuição positiva para o futuro das crianças.

É de salientar que de entre as estratégias de promoção da saúde, a importância da literacia em saúde tem sido bastante abordada, tal que a baixa literacia e numeracia estão associadas a baixos conhecimentos sobre diversos temas relacionados com a prevenção da obesidade infantil. A informação sobre saúde infantil disponível e fornecida aos pais não é compatível aos seus níveis de literacia. Sendo assim, as intervenções preventivas para obterem grandes resultados têm de estar sensíveis e adequadas ao grau de literacia da população alvo.

O referencial do modelo de sistemas de Betty Neuman com os três níveis de prevenção, acompanhou-nos neste percurso de estágios, pois consideramos a prevenção uma arma de excelência para o combate à obesidade.

O Relatório de Estágio regeu-se pela metodologia de trabalho de projeto e usando os seus pressupostos como alicerces e no cumprimento das suas etapas, procurámos desenvolver o projeto de intervenção em serviço no último estágio. Esta metodologia provocou mudança, impulsionou o desenvolvimento de competências na resolução e/ou minimização do problema diagnosticado. A nosso ver, o recurso à investigação-ação e o trabalho em equipa contribuíram de forma fulcral para a concretização dos objetivos previstos. Assim, a investigação foi afunilada na solução de um problema através de intervenções no contexto

real da prestação de cuidados. Aproveitámos todos os contributos dos elementos das equipas de enfermagem e dos enfermeiros orientadores que se aliaram a este projeto livremente. Esta metodologia é flexível o que se demonstrou ser vantajoso, pois à semelhança do processo de enfermagem facilitou guiarmo-nos num caminho dinâmico com possibilidade de ser reorientado sempre que se justificou.

A construção do manual educativo/informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil é um dos nossos produtos finais. Neste manual congrega-se um conjunto vasto de informações em diversos temas relacionados com a problemática em curso que recolhemos a partir da evidência científica estudada e das experiências práticas vivenciadas e analisadas ao longo do percurso de estágio. A aplicabilidade prática do manual não foi testada como idealizado inicialmente, por carência de recursos materiais e técnicos para o implementar num período experimental no serviço onde foi criado, sendo esta a sua limitação principal. O SIP foi o selecionado para o desenvolvimento do produto final do projeto pois este virá a ser o próximo serviço onde iremos exercer funções pelo que determinou-se um caminho e uma estratégia para antecipar a mudança. A aplicação deste manual educativo/informativo para os pais irá ser à posteriori pois este ficou disponível no serviço mas aguarda a sua implementação.

A nutrição infantil é uma das áreas de interesse e está diretamente relacionada com a obesidade infantil, assim consideramos ser um futuro investimento, a formação nesta área. Como futuros EEESIP pretendemos promover em parceria com a equipa de enfermagem as boas práticas no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, investigando sempre a melhor evidência científica possível. O ser elemento de mudança no serviço será outro dos próximos objetivos, pois será desafiador na melhoria das práticas no que concerne à prevenção da obesidade infantil. Este percurso foi desafiador nos mais diversos patamares e elevam-se como principais dificuldades, a conciliação entre a vida académica, profissional, pessoal e familiar. Surgiu naturalmente, o desgaste emocional, psicológico e físico mas que foram vingados e que, de certa forma, contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, estimulando sempre a fazer mais e melhor no toca aos cuidados especializados ao binómio criança/jovem-família.

Os resultados de evidência científica surgidos nos vários domínios, tendo por base a triangulação de investigação, práticas e políticas, podem ser a solidificação de intervenções

efetivas que conjuguem a literacia em saúde e políticas importantes, permitindo escolhas saudáveis, podendo levar a bons resultados na lidaçãõ com o problema da obesidade infantil.

O EEESIP tem um papel fulcral na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem, de modo a adquirir comportamentos potenciadores de saúde. O EEESIP como explorou o seu conhecimento ao mais alto nível em determinados domínios da enfermagem, fortificando assim o seu posicionamento no julgamento clínico e no processo de tomada de decisão, faz com que tenha sempre em vista a excelência e a qualidade dos cuidados.

Ao longo do percurso formativo tomou-se uma postura de análise crítica e reflexiva de forma a ser enraizada, acrescentando responsabilidades, conduzindo à excelência dos cuidados e promovendo a motivação e a satisfação profissional. Esta postura de maturidade e autocrítica, sentido de responsabilidade e tendo a investigação como suporte, fez com que desenvolve-se o perfil de Mestre, visto que este deve “ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.” (DGES, 2020).

No futuro perspetivamos dar continuidade ao trabalho iniciado, divulgando-o, pois é uma área de extrema importância que todos os esforços não são demais para a combater, e ainda, apresenta uma grande influência na melhoria dos cuidados de saúde à criança/jovem e família, preservando cuidados de enfermagem cada vez mais, seguros e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F. L. T. (2011). *A essência do processo de enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf

American Academy of Pediatrics. [AAP]. (2012). Policy statement: patient and family centered-care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129 (2), 394-404.

Andrade, A., Machado, M., Kenner, C. & Lindsay, A. C. (2015). Prematurity, Overweight and Obesity: A Problem That Merits Increased Recognition by Healthcare Practitioners and Researchers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15, 174- 176. Disponível em: <https://www.medscape.com/viewarticle/856213>

Assembleia da República. [AR]. (2015). Lei 156/2015 de 16 Setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8059-8105. *Diário da República Electrónico*. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Beja, A., Ferrinho, P. & Craveiro, I. (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32 (1), 10–17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.003>

Benner, Patrícia (2005). *De Iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bertoletti, J. & Garcia-Santos, S. (2012, janeiro/março). Avaliação do Estresse na Obesidade Infantil. *PSICO*, v. 43, n 1, 32-38. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11091>

Branco, S., Jorge, M. S., & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 509-516.

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2010). *A criança dos 3 aos 6 anos – o desenvolvimento emocional e do comportamento* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. B. (2010). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento nos primeiros anos* (12ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Camolas, J. Gregório, M. J., Sousa, S. M., Graça, P. (2017). Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Lisboa, Portugal: Programa Nacional para a Promoção da alimentação Saudável – DGS. *In Nutrimento*. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf

Carrilho, I. & Monteiro, J.P. (2007, abril). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica – Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(4): 163-168. Disponível em: https://neuropediatria.pt/tratamento_estado_mal_epileptico_snpn.pdf

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E. & Tucker, A. *Advances in Child Health Nursing*. London: Security Press.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.

Christoffel, M. M., Pacheco, S. T. de A., & Reis, C. S. C. dos. (2008). Modelo Calgary de avaliação da família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 12(1), 160–165. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100025>

Coelho, C., Afonso, L. & Oliveira, A. (2017, Junho). Práticas Parentais de Controlo Alimentar: Relação com o peso da criança. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 9 (2017), 6-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.0902>

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, n.º 149 (2014). Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL_118_2014_principios_e_o_enquadramento_da_atividade_do_enfermeiro_de_familia.pdf

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República: I Série, n.º 176 (2016). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Despacho n.º 12434/2019 de 30 de dezembro do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II, n.º 250 (2019). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/127608823>

Diário da República Eletrónico. [DRE]. 2006. Decreto-Lei n.º 74/2006: Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 60/2006, Série I-A, 1-37. In *Diário da República Eletrónico*. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201804281357/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma

Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos em crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 3, 43-51.

Direção-Geral da Educação. [DGE]. (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

Direção-Geral do Ensino Superior. [DGES]. (2020). Graus e Diplomas do Ensino Superior – Mestrado. Lisboa: DGES. Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2005). Circular Normativa N.º3 da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Combate à Obesidade. *Programa Nacional de Combate à Obesidade*, 1 – 28. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-03dgcg-de-17032005-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças., Pub. L. No. Orientação N° 014/2010 de 14/12/2010. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=16946>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Pub. L. No. Orientação o 022/2012 de 18/12/2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, 1 – 121. Disponível em: <papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2017). Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66622142>

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2018): Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018, Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata, 1-23. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Duarte, M. E. B. (2010). *Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Crianças em Idade Pré-Escolar*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Entidade Reguladora da Saúde. [ERS]. (2016). Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS_Estudo_USF_e_UCSP_-_final__v.2_.pdf

Fenton, K., Marvicsin, D. & Danford, C. (2014) An Integrative Review of Sleep Intervention and Related Clinical Implications for Obesity: Treatment in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 503-510. doi: 10.1016/j.pedn.2014.09.003

Figueiredo, Ma. H., J. S., & Martins, M. M. F. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 552–559. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>

Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing - Artigos de Opinião*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey, Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ª ed., p. 766). Loures: Lusociência.

Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de Recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, XXV(3), 139–140. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a02.pdf>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003, maio-junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 11 (3): 371-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Godinho, C. & Marques, M. (2016). Promoção de Comportamentos alimentares Saudáveis e Gestão do Peso: Investigação Portugal. *Psychology, community & Health*, Vol. 5 (2), 80-84. doi: 10.5964/pch.v5i2.203

Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., Bourbon, M. (2015). “Papa Bem”: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 12-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.002>

Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). Loures, Portugal: Lusociência.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. & Rodgers, C.C. (2018). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10ªedição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Hoelscher, D. M., Kirk, S., Ritchie, L., & Cunningham-Sabo, L. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (10), 1375-1394.

International Council of Nurses. [ICN]. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra: International Council of Nurses. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf

International Council of Nurses. [ICN]. (2015). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)* (Versão 201). Lisboa: Lusodidacta. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BxyO1QQjoAj3NDd6YWNsTjdkbWc/view>

Instituto Nacional de Estatística. [INE]. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. [INE]. (2019). *Estatísticas Demográficas 2018*. Lisboa: INE.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. [IPFCC]. (2016). *Advancing The Practice of Patient- and – Family – Centered Care in Primary Care and Other Ambulatory Settings: How to Get Started*. Disponível em <http://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>

Jolley, J., & Shields, L. (2009). Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.

Kérouac, Suzanne et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Loureiro, M. (2015). *Obesidade Infantil. PREVENIR É A MELHOR OPÇÃO*. Lisboa, Portugal: Universidade católica Editora.

Mateus, A. (2005). *Plano Regional de Inovação do Alentejo (CCDR-Alent)*. Lisboa: Facsimile. Disponível em: http://webb.ccdra.gov.pt/docs/desenv_regional/estudos/pria/pria.pdf

Melo, K. M., Cruz, A. C. P., Brito, M. F. S. F., Pinho, L. (2017). Influência do Comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Escola Anna Nery*, 21 (4). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102

Mendes, M. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família*. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organizaçã dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf)

Miguel, L., & Sá, A. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. [MCSP] (2007). Consulta Aberta: Consulta de Agudos, não programada versus consulta aberta no Hospital e Centro de Saúde. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Consulta_Aberta_MCSP_20071213.pdf

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.

ONUBR, (2017). OMS lança novas diretrizes de combate à obesidade infantil no mundo. *Nações Unidas do Brasil*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-novas-diretrizes-de-combate-a-obesidade-infantil-no-mundo/>

Organização Mundial da Saúde. [OMS]. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Document Production Services. Disponível em: http://apps.who/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. In *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2015b). Regulamento n° 190/2015 de 23 de Abril. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.^a Série, N° 79, 10087-10090. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2018a). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 135, 19359-19370. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 26, 4744 – 4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001) *O Mundo da Criança* (8ª edição). Amadora: Mc Graw Hill.

Pereira-da-Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissara, S. & Cardoso, M. (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré termo: revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 326-339.

Pessoa, J. (2016). Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*, Vol. 16 (2), 460-481. In *Temas em Saúde*. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, o 201 (2007). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEC_Portaria_1368_2007.pdf

Porto Editora. (2018). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto Editora. Disponível em: <https://www.portoeditora.pt/produtos/ficha/dicionario-editora-da-lingua-portuguesa/125694>

Resende, A; Figueiredo, M. (2018). Práticas de literacia familiar: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. *Portuguese Journal of Public Health*, 36, 102-113. doi: 10.1159/000492265

Rito, A., Sousa, R. C., Mende, S., Graça, P. (2017, Dez.). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: Republica Portuguesa – Ministérios da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf

Rocha, J. M. P. (2017). *A Prevenção da Obesidade Infantil em Crianças na Idade Pré-Escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. (Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *In Revista Percursos*, (15), 1–37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, L. S. V., Medeiros, L. P., Couto, M. L. B. Q., Lima, R. P., Nakaoka, V. I., Gaspar, L. R., Kashiwabara, T. G. B. (2013 – Dez. 2013 - Fev. 2014). Perspectivas atuais no tratamento da obesidade infantil. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, Vol. 5 (2), 9-16. *In Master Editora*. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140425_003836.pdf

Silva, M. (2014). *Obesidade Infantil – O Papel dos Cuidados de saúde Primários* (Tese de Mestrado em Medicina Geral e Familiar). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31416/1/Tese%20de%20Mestrado%20em%20MGF%20-%20Alexandra%20Silva.pdf>

Vasylyeva, T. L., Barche, A., Chennasamudram, S. P., Sheehan, C., Singh, R. & Okogbo, E. (2013). Obesity in prematurely born children and adolescents: follow up in pediatric clinic. *Nutrition Journal*, 12, 150. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842808/>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Resumo, Plano e Cronograma do Projeto de Estágio



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2019 / 2020
---	---------------------------------------

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

No emolduramento da promoção da saúde tendo sempre em conta o binómio criança/família, a temática da literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil no sentido de os enfermeiros capacitarem os pais neste âmbito, desenvolvendo assim, a disciplina de enfermagem e competências especializadas tendo como fonte a investigação, bem como tendo, sempre, em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a excelência dos cuidados de enfermagem.

“Vários estudos têm demonstrado que uma proporção elevada dos pais tem um nível de literacia em saúde que compromete a sua capacidade para realizar tarefas preventivas básicas, como seguir as recomendações de uma brochura...” (Goes et al, 2015: 14).

Assim, “a literacia em saúde tem vindo a ser reconhecida nas últimas décadas como uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos quer em crianças.” (Resende & Figueiredo, 2018: 103).

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial. “Estima-se que 41 milhões de crianças menores de 5 anos sejam obesas ou estejam acima do peso no mundo. As informações são de especialistas da Organização Mundial da Saúde [OMS] que lançaram novas diretrizes para enfrentar o que eles consideram uma epidemia global.” (Nações Unidas do Brasil [ONUBR], 2017).

Com a elaboração deste de projeto, pretende-se aprofundar conhecimentos sobre a literacia em saúde dos pais, no que concerne à introdução de uma alimentação saudável nas suas crianças e jovens, numa perspetiva de prevenção da obesidade infantil, tendo como fundamento a promoção da saúde e qualidade de vida.

Tal como descreve o regulamento da OE, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e

Pediátrica [EEESIP] tem como uma das competências, “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (OE, 2018: 19192).

Na temática da obesidade infantil, o fundamento do enfermeiro EEESIP tem em atenção conforme as suas competências que “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.” (OE, 2018: 19193).

Propõe-se então, estudar esta problemática com recurso à metodologia de trabalho de projeto, que tem como fundamento uma “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010: 2).

A informação sobre saúde infantil disponível e fornecida aos pais, não é compatível aos seus níveis de literacia. Sendo assim, as intervenções preventivas para obterem grandes resultados têm de estar sensíveis e adequadas ao grau de literacia da população alvo.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

O problema formulado para este projeto é: uniformizar a informação no contexto de literacia em saúde dos pais, na prevenção da obesidade infantil em crianças dos 0 aos 5 anos.

Assim sendo, o objetivo geral emerge como capacitar os pais em literacia em saúde na prevenção da obesidade infantil. Este objetivo geral reparte-se em três objetivos específicos que são: Desenvolver conhecimento, capacidades e nível de conhecimento dos pais sobre a prevenção da obesidade infantil; Promover a capacitação dos pais na adoção de hábitos de nutrição, atividade física e sono preventivos de obesidade infantil; Elaborar um manual educativo/informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil.

De modo a dar resposta ao problema identificado, são identificadas as prioridades, em que estas passam por se aplicar o questionário aos pais sobre os seus conhecimentos no âmbito da obesidade infantil e a sua prevenção, construir um folheto informativo e um poster informativo alusivo à temática e, ainda, elaborar um manual educativo/informativo para os pais no âmbito da literacia em saúde na prevenção da obesidade infantil.

A terceira etapa da metodologia de projeto passa pelo planeamento, que segundo Miguel, 2006 citado por Ruivo *et al*, 2010 é onde se elabora um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: atividades, recursos necessários, riscos e qualidade.

O planeamento finda com a elaboração de um cronograma que, de uma forma geral, apresenta uma aparência dinâmica, pois tem por base uma eventual alteração pontual e/ou constante, determinando o início e o fim de todas as atividades propostas.

Este projeto tem como fatores condicionantes e/ou limitações para o seu desenvolvimento e/ou realização, a ausência de adesão dos pais das crianças e, ainda, a contestação por parte dos conselhos de administração dos diversos locais que serão alvos da sua aplicabilidade.

Os resultados de evidência científica surgidos nos vários domínios, tendo por base a triangulação de investigação, práticas e políticas, podem ter a solidificação de intervenções efetivas que conjuguem a literacia em saúde e políticas importantes, permitindo escolhas saudáveis, de modo a haver a hipótese de conduzir a bons resultados na lidação com o problema da obesidade infantil.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Actividades	Ano/ Mês/ Quinzena												
	2019								2020				
	setembro		outubro		novembro		dezembro		janeiro		fevereiro		
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	
Diagnóstico da situação													
Reunião com a Enfermeira Chefe do serviço de Pediatria do HDJMG de Portalegre													
Reunião com o Professor Orientador													
Definição de objectivos													
Planeamento das actividades a desenvolver													
Implementação das actividades planeadas													
Análise dos resultados obtidos													
Elaboração do relatório													
Pesquisa bibliográfica													

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Diário da República Eletrónico [DRE], 2006. Decreto-Lei n.º 74/2006: Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 60/2006, Série I-A, 1-37. In *Diário da República Eletrónico*. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201804281357/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., Bourbon, M. (2015). “Papa Bem”: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 12-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.002>
- Honckenberry, M. J., Wilson, D. & Rodgers, C.C. (2018). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Melo, K. M., Cruz, A. C. P., Brito, M. F. S. F., Pinho, L. (2017). Influência do Comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Escola Anna Nery*, 21 (4). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102
- ONUBR, (2017). OMS lança novas diretrizes de combate à obesidade infantil no mundo. In *Nações Unidas do Brasil*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-novas-diretrizes-de-combate-a-obesidade-infantil-no-mundo/>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Pessoa, J. (2016). Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*, Vol. 16 (2), 460-481. In *Temas em Saúde*. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>
- Resende, A; Figueiredo, M. (2018). Práticas de literacia familiar: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. *Portuguese Journal of Public Health*, 36, 102-113. doi: 10.1159/000492265
- Rito, A., Sousa, R. C., Mende, S., Graça, P. (2017, Dez.). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: Republica Portuguesa – Ministérios da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP e outros. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. In *Revista Percursos*, (15), 1–37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Apêndice 2 – Instrumento para Colheita de Dados do Estudo de Caso

PARCELA A – Avaliação da Criança	
A.1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Género:	Data de Nascimento:
Naturalidade:	Raça:
Religião:	Escolaridade:
A.2. VIGILÂNCIA DE SAÚDE	
Saúde Materna – Gravidez	
Vigilância da gravidez:	Sim () Não () Obs.:
Doenças Gravidez:	
N.º Consultas:	
Tipo de Parto:	
<u>Parâmetros ao Nascer</u>	
Índice de Apgar:	
Peso (kg):	
Altura (cm):	
Perímetro Cefálico (cm):	
Diagnóstico. Precoce:	Sim () Não () Obs.:
Saúde Infantil/Juvenil – Consultas do PNSIJ	
Local:	
Realizadas:	
Agendadas:	
Especialidade:	Pediatria () Outras: Obs.:
A.3. ANTECEDENTES DA CRIANÇA	
Problemas Agudos:	
Problemas Crónicos:	
Problemas Cirúrgicos:	

A.4. AVALIAÇÃO SEGUNDO O PNSIJ (Idade chave 5 anos)			
Peso:			
Altura:			
IMC/Percentil:			
Tensão Arterial:			
Postura:			
Dentição:		Higiene Oral: Extrações: Cáries: Restaurações:	
Visão:		Correção Visual: Sim () Não () Problemas oftalmológicos:	
Audição:		Alterações: Obs.:	
Exame Físico:		(Em familiares de risco, fazer pesquisa de sinais de mutilação feminina) Alterações: Obs.:	
Linguagem/ Dificuldades específicas da aprendizagem:		Linguagem compreensível:	Domínio consoantes? Sim () Não () Divisão silábica? Sim () Não () Fluência no discurso? Sim () Não () Conta uma história? Sim () Não () Obs.:
		Sinal de Alerta: Linguagem incompreensível? Sim () Não () (muitas substituições fonéticas, sem fluência)	
	Desenvolvimento:	Identifica o próprio nome? Sim () Não () Identifica as vogais e algumas consoantes? Sim () Não () Identifica primeira letra do nome? Sim () Não ()	
Vacinação:		Segue o PNV: Sim () Não () Vacinas extra-Plano: Obs.:	
Relação emocional/comportamento: (perturbações)		Sinais de Alerta: Sim () Não () (Agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização, como isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos) Obs.:	
Risco de maus tratos:		(Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos) Obs.:	
Segurança e ambiente:		Sim () Não () (exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel, o risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer, bem como a exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.) Obs.:	
A.5. AVALIAÇÃO SEGUNDO O PNSIJ (Idade chave 5 anos) – Cuidados Antecipatórios			
Alimentação:		Qual o tipo de dieta?	

	Quantas refeições diárias? (meio da manhã e lanche?)
	Evita alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras?
	Alimentos preferidos?
	O que não gosta?
	Alergias? Obs.:
Saúde Oral:	Sabe fazer a escovagem dos dentes? Quantas vezes por dia?
Infantário/Escola:	Adaptação e socialização na escola?
	Preparação da entrada na escola? Adaptação ao meio escolar?
Desenvolvimento/ Relação emocional e comportamento:	Hábitos de leitura partilhada?
	Hábito de utilização de dispositivos de ecrã?
	Gosta de jogos de rua? É competitivo? Obs.:
Acidentes e segurança:	Caminho para a escola? Transporte escolar?
	Quedas?
	Intoxicações? Queimaduras? Afogamentos?
	Obs.:
Atividades desportivas e culturais:	Que atividades pratica? Locais? Com quem? Vigiado por?
Hábitos de Sono:	Quantas horas de sono por dia?
	Dificuldade em adormecer?
	Pesadelos frequentes e recorrentes?
A.6. OUTROS	
Medicação:	
Obs.:	
PARCELA B – Avaliação da Família (Modelo Calgary)	
B.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL	
ESTRUTURA INTERNA	
Composição Familiar: Quem faz parte desta família? Quem é considerado família?	
Obs:	
Género: Quais as ideias dos pais sobre masculinidade e feminilidade? Como é a relação de cuidados com o filho? Como o pai se comportou com o nascimento/amamentação/doenças do filho?	

Obs.:
<u>Ordem de Nascimento:</u> Quantos filhos? Qual o mais velho, quantos anos tem? Qual o mais próximo dele? Algum aborto? Obs.:
<u>Díades Familiares (Marido-mulher; mãe-filho; avó-neto)</u> Quais os efeitos que estes causam no stress familiar? Obs.:
<u>Limites e regras na família:</u> Flexível, rígida anárquica? Com quem conversa quando se sente stressado? Quem procura quando se sente triste? Obs.:
ESTRUTURA EXTERNA
<u>Família alargada:</u> Onde moram os seus pais? Qual a frequência de contato com eles? E os irmãos? Qual dos seus familiares é considerado o mais próximo? Está disponível a ajudar os seus familiares? Obs.:
<u>Subsistemas mais Amplos (instituições/pessoas):</u> Profissionais de saúde envolvidos? Qual o relacionamento entre a família e o sistema mais amplo? Com que regularidade interage? Obs.:
<u>Contexto (circunscreve e permeia a criança/família):</u> Quais são as práticas de cuidados aos seu filho existentes na família? O que significa saúde para si? Como sabe que é saudável? A sua situação financeira influencia a utilização dos recursos de saúde? Quais os serviços disponíveis que estão mais próximos da sua casa? Obs.:
<u>Problemas identificados com a família:</u> Outros:
PARCELA C – Informação da Avaliação

Assinatura	
Data:	
Bibliografia consultada:	<p>Christoffel, M. M., Pacheco, S. T. A., Reis, C. S. C. (2008, março). Modelo Calgary de Avaliação da Família de Recém-nascidos: Estratégia Pedagógica para Alunos de Enfermagem. <i>Escola Anna Nery Rev Enferm</i>, 12 (1): 160 - 5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100025</p> <p>Direção Geral de Saúde [DGS]. (2013). <i>Plano Nacional Vigilância Saúde Infantil e Juvenil</i>. In <i>Direcção Geral de Saúde</i>. Disponível em: https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx</p>

Elaborado por: Luís Paulo Trindade

Apêndice 3 – Poster – Prevenção da Obesidade Infantil

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Nóvoa, Portugal

IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

PAIS: LITERACIA EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

OBESIDADE INFANTIL

- Atualmente é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial. **Em Portugal 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa.**
- A obesidade pode definir-se como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado ou generalizado, provocado por vários desequilíbrios.



OBESIDADE INFANTIL

- A prevenção é o melhor tratamento através da adoção de comportamentos alimentares e de atividade física adequados.
- Os pais e a família são o maior modelo para as crianças.
- Tem consequências físicas e psicológicas graves, considerada a principal causa direta do aparecimento de doenças na infância como hipertensão, diabetes mellitus, asma, apneia de sono, depressão e baixa de autoestima.

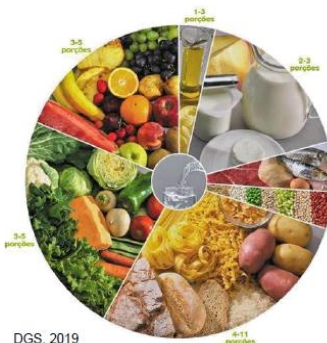


MUITO IMPORTANTE:

- Tomar sempre o pequeno almoço;
- Beber 1,5 L de água por dia;
- Evitar refrigerantes e bebidas com açúcar;
- Evitar snacks pré-preparados porque são ricos em muito açúcar;
- Evitar alimentos ricos em gordura e açúcar (batatas fritas, bolos, gelados, guloseimas);
- Evitar molhos (natas, ketchup, maionese, mostarda);
- Não repetir a refeição;
- Trânsito intestinal mantido;

Prevenção passa por:

- Fazer 5 a 6 refeições diárias;
- Fazer as refeições em família;
- Prática de exercício físico;
- Não estar mais de 3 horas sem comer;
- Limitar o tempo frente aos ecrãs(TV...);
- Dormir as horas adequadas à idade.



As refeições principais devem incluir sopa, peixe ou carne, vegetais e uma peça de fruta.
A água é a bebida a escolher.

→ A adoção de hábitos saudáveis é a principal medida de intervenção e deve abranger toda a família.



Autores:
Prof. Orientador: António Casa Nova
Enf.ª Orientadora: Célia Pereira
Aluno: Luís Paulo Trindade
N.º11525
E-mail: lpatrindade@hotmail.com
Fonte: DGS, 2019.

Apêndice 4 – Folheto Informativo – Amamentação como forma de Prevenção da Obesidade Infantil

A saber...

- * A amamentação deve ser exclusiva até aos seis meses de idade do bebé e deve manter-se em complemento com uma alimentação saudável e diversificada, até aos dois anos de idade.
- * Amamentar é um ato de amor e de promoção da saúde do seu filho.
- * Quanto mais cedo a introdução de leite não materno, maior a probabilidade de excesso de peso/obesidade.



Mais Informação:

<http://www.aleitamento.com/>
<https://amamenta.net/>
<https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/aleitamento-materno-folheto-pdf.aspx>

Fontes:

<http://www.dgs.pt/>



Prof. Orientador: António Casa Nova
 Enf.ª Orientadora: Ana Salgueiro
 Aluno: Luís Paulo Trindade, N.º11525



Pais: Literacia em Saúde



Amamentação como forma de Prevenção da Obesidade Infantil

Outubro, 2019



Pais: Literacia em Saúde

Obesidade Infantil

Atualmente, a obesidade é a doença pediátrica mais comum ao nível mundial.

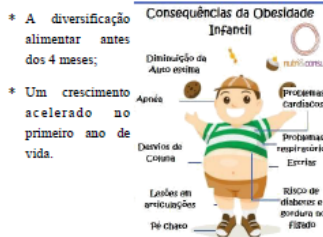
A obesidade pode-se definir como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio. O sobrepeso define-se como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, associado ou não a alterações genéticas ou de metabolismo.

A vida intrauterina e os primeiros anos de vida são considerados períodos críticos na regulação do balanço energético a longo prazo. Os hábitos e preferências são estabelecidos durante esses primeiros anos de vida.

Ainda durante a gravidez, a obesidade, o aumento excessivo de peso da mãe e o consumo de tabaco são alguns dos fatores de risco identificáveis para a obesidade infantil.

Após o nascimento, há três aspetos essenciais que se tornam fatores de risco:

- * Alimentação com leite artificial;



- * A diversificação alimentar antes dos 4 meses;
- * Um crescimento acelerado no primeiro ano de vida.

Amamentação

Depois do parto aparece uma alegria enorme pelo nascimento do bebé e também surge, a incerteza da amamentação, que poderá vir a ter repercussões positivas desde o primeiro dia do bebé e ao longo da sua vida.

Se não for possível amamentar, numa fase inicial, deverá ser feita a estimulação e extração do leite materno de modo a manter a sua produção e qualidade.

No entanto, amamentar não é uma habilidade inata. A mãe e o bebé têm de aprender um com o outro a melhor forma de o fazerem juntos. Estes momentos são algo de especial, pelo que se deve tentar aproveitá-los ao máximo.

O leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebé: previne infeções, obesidade e diabetes. Para além disso, está sempre pronto e à temperatura ideal, sendo económico e de fácil digestão.

Durante a amamentação, sempre que o bebé suga, as terminações nervosas do mamilo iniciam um ciclo em que intervêm hormonas (ocitocina e prolactina) que levam ao processo de produção de leite e à sua passagem da mama para o bebé.

Benefícios da Amamentação

Para a mãe:

- * Menor risco de Cancro de mama, ovários e endométrio;
- * Menor risco de Obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2 e osteoporose;
- * Rápida recuperação da estrutura e forma física e da redução do tamanho do útero;
- * Quando esta é possível, irá aumentar a vinculação entre a mãe e bebé.



Para o bebé:

- * Menor risco de:
 - * Diabetes;
 - * Asma e alergias;
 - * **Obesidade Infantil**;
 - * Doenças infecciosas;
 - * Problemas gastrointestinais;
 - * Síndrome de Morte Súbita;
- * Melhor desenvolvimento físico, intelectual e emocional.



Prevenção da Obesidade Infantil

- * Vários estudos indicam que a amamentação é um fator de proteção tanto para a desnutrição como para a obesidade;
- * Introdução de alimentos sólidos antes dos 4 meses de vida, está associado a um aumento do ganho de peso e até de gordura corporal, fatores esses que podem condicionar à obesidade futura;
- * A promoção da amamentação para a prevenção da obesidade infantil torna-se indispensável para o combate aos distúrbios nutricionais;
- * A prática correta da alimentação complementar é considerada fundamental, processa-se entre os 6 e os 24 meses, um período especialmente crítico para o crescimento, podendo interferir na velocidade deste, o que pode vir a ter consequências para o desenvolvimento e a saúde da criança.



Apêndice 5 – Manual Educativo/Informativo para os pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil


"Criar uma criança é algo de mágico e de gostoso. Percebemos os nossos filhos é essencial, independentemente de termos de ralar ou dar beijinhos, pôr de castigo ou recompensar. Mas entender é entrar na cabeça deles e dar o exemplo, servir de modelo, de apoio, de estímulo – eles apenas nos pedem que sejamos pais. Não amigos, colegas, tios ou padrinhos, avós ou professores."

Mário Cordeiro



Amamentar é um ato de amor e de promoção da saúde do seu filho, logo é também uma ato de prevenção da obesidade infantil.

Autores:
 Prof. Orientador: António Casa Nova
 Enf.ª Orientadora: Ana Paula Pimentel
 Aluno: Luís Paulo Trindade
 N.º 11525
 E-mail: lpatrindade@hotmail.com
 Fontes: DGS, 2019.



Mestrado em Enfermagem em Associação

Pais: Literacia em Saúde para a Prevenção da Obesidade Infantil dos 0 aos 5 anos



© DGS, 2019

A adoção de hábitos saudáveis é a principal medida de intervenção, devendo abranger toda a família.

Enf.º Luís Paulo Trindade
 Portalegre, Janeiro de 2020

ÍNDICE

BREVE INTRODUÇÃO

- 1 – O QUE É A OBESIDADE INFANTIL
- 2 – FATORES DE RISCO
- 3 – O PAPEL DOS PAIS NA ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS
- 4 – O QUE FAZER? COMO ALIMENTAR?
- 5 – PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

NOTAS FINAIS

BREVE INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, inerente ao III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizou-se um trabalho sobre literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil de modo a que os enfermeiros capacitem os pais nesse sentido.

"Vários estudos têm demonstrado que uma proporção elevada dos pais tem um nível de literacia em saúde que compromete a sua capacidade para realizar tarefas preventivas básicas, como seguir as recomendações de uma brochura..." (Goes *et al.*, 2015: 14).

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial.

"Estima-se que 41 milhões de crianças menores de 5 anos sejam obesas ou estejam acima do peso no mundo. As informações são de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que lançaram novas diretrizes para enfrentar o que eles consideram uma epidemia global." (Nações Unidas do Brasil [ONUBR], 2017).

QUAIS SÃO OS ALIMENTOS MAIS SAUDÁVEIS?

Frequência de consumo



*Consulte a quantidade e a vertebração

Exemplo de Receita Saudável: **Consequências da Obesidade Infantil**

Cheesecake de frutos vermelhos — 4 porções

Ingredientes: 200g de frutos vermelhos (frescos ou congelados); 2 colheres (sopa) de sumo de limão; 4 colheres (sopa) de adoçante de cozinha; 200g de bolachas sem açúcar; 2 colheres (sopa) de margarina derretida; 400g de requeijão magro; 1 colher (chá) de essência de baunilha líquida; 5 folhas de gelatina.

- Preparação:**
1. Leve ao lume um tacho com os frutos vermelhos, o sumo de limão e duas colheres (sopa) de adoçante. Deixe ferver cerca de 3 minutos, retire do lume, triture e reserve;
 2. Triture as bolachas, junte-lhes a margarina derretida e misture bem. Coloque a mistura dentro de uma forma de fundo amovível (ou forminhas individuais) e calque de forma a obter a base.
 3. Demolhe as folhas de gelatina em água fria e, depois, derreta-as num pouco de água bem quente.
 4. Bata o requeijão com o restante adoçante, a essência de baunilha e o creme de fruta. Junte a gelatina derretida, envolva e coloque o preparado na forma sobre a base da bolacha.
 5. Leve ao frio até prender, desenforme e decore a seu gosto.
 6. Deliciem-se.

Substitua sobremesas e *snacks* doces por uma peça de fruta sempre que possível. Prepare as sobremesas essencialmente à base de fruta.

1 - OBESIDADE INFANTIL

A obesidade é a doença pediátrica mais comum ao nível mundial.

Esta pode-se definir como o acúmulo de tecido gorduroso, localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio. O sobrepeso define-se como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, associado ou não a alterações genéticas ou de metabolismo.

A vida ainda no útero e os primeiros anos de vida são considerados períodos críticos na regulação do balanço energético a longo prazo. Os hábitos e preferências são estabelecidos durante esses primeiros anos de vida.

2 - FATORES DE RISCO

Ainda durante a gravidez, a obesidade, o aumento excessivo de peso da mãe e o consumo de tabaco são alguns dos fatores de risco identificáveis para a obesidade infantil.

- Após o nascimento, há três aspetos essenciais que se tornam fatores de risco:
- * Alimentação com leite artificial;
 - * A diversificação alimentar antes dos 4 meses;
 - * Um crescimento acelerado no primeiro ano de vida.
-

- A prevenção é o melhor tratamento através da adoção de comportamentos alimentares e de atividade física adequados. Os pais e a família são o maior modelo para as crianças.
- Tem consequências físicas e psicológicas graves, considerada a principal causa direta do aparecimento de doenças na infância como hipertensão, diabetes mellitus, asma, apneia de sono, depressão e baixa de autoestima.

3 - O PAPEL DOS PAIS NA ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS

Torna-se essencial verificar o papel dos pais na alimentação dos filhos e a sua influência no dia a dia das crianças.

“Os hábitos alimentares inadequados constituíam o fator de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, observando-se uma prevalência elevada de excesso de peso e obesidade nas várias camadas etárias da população.” (Godinho & Marques, 2016)

- Assim devem:**
- Manter uma alimentação saudável, variada e rica em frutas e legumes;
 - Incentivar a criança a Ingerir água;
 - Dar à criança alimentos saudáveis e benéficos para a sua saúde;
 - A refeição está pronta, é servida e não deve ser trocada, pois a criança irá fazer isso sempre.

- 4 - O QUE FAZER? COMO ALIMENTAR?**
- Se precisa, procure ajuda.
 - O enfermeiro é capaz de o ajudar.
 - Incutir regras na criança e manter horários.
 - Realizar as refeições em família mas sem TV.
 - Fazer lanches saudáveis, sem os pré-preparados.

As refeições principais devem incluir sopa, peixe ou carne, vegetais e uma peça de fruta. A água é a bebida a escolher.

MUITO IMPORTANTE:

- Tomar sempre o pequeno almoço;
- Beber 1 L de água por dia;
- Evitar refrigerantes e bebidas com açúcar;
- Evitar snacks pré-preparados porque são ricos em muito açúcar;
- Evitar alimentos ricos em gordura e açúcar (batatas fritas, bolos, gelados, guloseimas);
- Evitar molhos (natas, ketchup, maionese, mostarda);
- Não repetir a refeição;
- Trânsito intestinal mantido.

PREVENÇÃO PASSA POR:

- Fazer 5 a 6 refeições diárias;
- Fazer as refeições em família;
- Prática de exercício físico;
- Não estar mais de 3 horas sem comer;
- Limitar o tempo frente aos ecrãs(TV; Tablet; PC; TLM...);
- Dormir as horas suficientes e adequadas à idade.

Nota: Fazer mudanças na maneira como alimenta os seus filhos pode surtir efeitos positivos nos seus próprios hábitos alimentares e também reduzir a tensão (e o seu nível de stress) no momento da refeição.

Apêndice 6 – Capacitação dos Pais na Prevenção da Obesidade Infantil: Revisão *Scoping*

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pedia-
tria
Unidade Curricular: Estágio Final**

Capacitação dos pais na prevenção da obesidade infantil: Revisão Scoping

Discente:

Luís Paulo Trindade n.º 11525

Docente:

António Casa Nova

**Janeiro
2020**

Capacitação dos pais na prevenção da obesidade infantil: Revisão Scoping

Capacitación de padres en la prevención de la obesidad infantil: Revisión Scoping

Parent training in childhood obesity prevention: Scoping Review

Luís Paulo Trindade¹

¹ Enfermeiro de Cuidados Gerais do Serviço de Medicina Interna – Ala Direita, do Hospital Doutor José Maria Grande Portalegre, Unidade Local de Saúde Norte Alentejano

luis.a.trindade@ulsna.min-saude.pt

Resumo

Contexto: A obesidade infantil é um problema à escala mundial, por isso torna-se emergente a capacitação dos pais em literacia em saúde de modo a promover a prevenção deste problema.

Objetivo: Mapear intervenções na capacitação dos pais no âmbito da prevenção da obesidade infantil.

Método de revisão: *Scoping Review* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute. Dois revisores independentes realizaram a análise de relevância dos artigos, a extração e a síntese dos dados.

Apresentação e interpretação dos resultados: Cinco estudos incluídos na revisão, agrupados em duas dimensões: as barreiras e os facilitadores à prevenção da obesidade infantil por parte dos pais, por apresentarem comportamentos excessivos em relação à prevenção da obesidade infantil por falta de conhecimentos; e as intervenções de enfermagem na capacitação dos pais das crianças com ou sem obesidade infantil. O enfermeiro surge como o profissional de saúde mais adequado para reconhecer as lacunas de conhecimento, e as intervenções de enfermagem apropriadas serão as educativas.

Conclusões: Evidencia-se a necessidade de intervenções de enfermagem para capacitar os pais das crianças com ou sem obesidade infantil, sendo as educativas as mais adequadas na persecução desse objectivo.

Descritores: Obesidade Infantil, Literacia em Saúde, Prevenção e Pais.

Abstract

Background: Childhood obesity is a worldwide problem, so it is emerging the training of parents in health literacy to promote the prevention of this problem.

Objective: Map interventions in the training of parents in the prevention of childhood obesity.

Review Method: Scoping review following the Joanna Briggs Institute methodology. Two independent reviewers analysed the relevance of the studies and extracted and synthesized data.

Presentation and interpretation of results: Five studies included in the review, grouped into two dimensions: barriers and facilitators to the prevention of childhood obesity by parents, for presenting excessive behaviours in relation to the prevention of childhood obesity due to lack of knowledge; and nursing interventions in the training of parents of children with or without childhood obesity. The nurse emerges as the most appropriate health professional to recognize knowledge gaps, and the appropriate nursing interventions will be educational.

Conclusions: There is a need for nursing interventions to enable the parents of children with or without childhood obesity, and the educational ones are the most appropriate in the pursuit of this goal.

Descriptors: Childhood Obesity, Health Literacy, Prevention e Parents.

Resumen:

Contexto: La obesidad infantil es un problema mundial, por lo que está surgiendo la capacitación de los padres en alfabetización en salud para promover la prevención de este problema.

Objetivo: Mapear intervenciones sobre la capacitación de los padres en la prevención de la obesidad infantil.

Método de revisión: Evaluación del impacto (scoping review) basada en los principios establecidos por el Joanna Briggs Institute. Dos revisores independientes realizaron el análisis de relevancia de los artículos, así como la extracción y síntesis de los datos.

Presentación e interpretación de los resultados: Cinco estudios incluidos en la revisión, agrupados en dos dimensiones: barreras y facilitadores para la prevención de la obesidad infantil por parte de los padres, por presentar comportamientos excesivos en relación con la prevención de la obesidad infantil por falta de conocimiento; e intervenciones de enfermería en la capacitación de padres de niños con o sin obesidad infantil. La enfermera emerge como el profesional de la salud más apropiado para reconocer las brechas de conocimiento, y las intervenciones de enfermería apropiadas serán educativas.

Conclusiones: Hay una necesidad de intervenciones de enfermería para permitir a los padres de niños con o sin obesidad infantil, y las educativas son las más apropiadas para alcanzar este objetivo

Descriptores: Obesidad infantil, alfabetización en salud, prevención y padres.

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

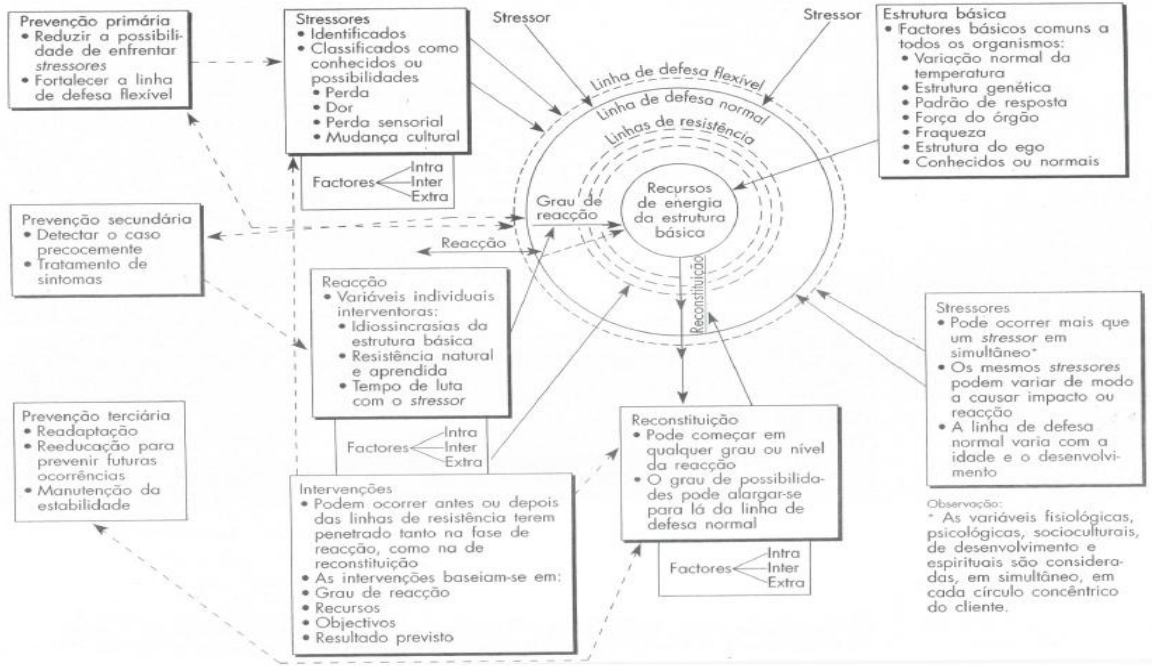


Figura 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Freese, 2004)

Anexo 2 – Certificado do Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

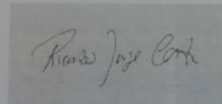
European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Luis Paulo Almeida Trindade

09/03/1989

Recebeu a qualificação de ERC
European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)
Em Portalegre, Portugal

Ricardo Jorge COSTA
Course Director



Data do último curso: 18/10/2019

Este certificado é válido de 18/10/2019 e expirará em 18/10/2022,
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 18/10/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>
O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-563-775754