



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Promoção da Saúde em Adolescentes com Obesidade:  
Intervenção do Enfermeiro**

**Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Promoção da Saúde em Adolescentes com Obesidade:  
Intervenção do Enfermeiro**

**Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar**



Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito.  
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,  
não sou o que era antes”.*

Martin Luther King

## AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento...

*Ao meu filho Diogo, pelos momentos que estive mais ausente, mas que tentei compensar como pude, esperando que um dia te orgulhes de mim.*

*Ao meu marido Ricardo, por ser o meu porto de abrigo. Pelo apoio constante que me deu e por me ter feito acreditar que era capaz, mesmo quando eu própria duvidei.*

*A toda a minha família, pelas palavras de incentivo e pelo carinho.*

*À professora Graça Vinagre pela orientação, ajuda e compreensão em todo este processo.*

*À minha colega Patrícia, pelo apoio e amizade desde o início desta longa caminhada.*

*À enfermeira Margarida por me ter ajudado a reconhecer as minhas capacidades e me ter dado um importante impulso para o início desta jornada.*

*A todos os meus colegas de trabalho por me transmitirem confiança.*

*A todos os meus colegas de turma, pelas palavras de ânimo e encorajamento, pelo companheirismo e pela entreaajuda em todo o percurso.*

*A todas as crianças e jovens com quem me cruzei, que me deram o ímpeto de querer a melhoria dos cuidados a eles prestados.*

## **LISTA DE SIGLAS**

AP – Ambulatório de Pediatria

CCF – Cuidados Centrados na Família

COIJ – Consulta de Obesidade Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ELI – Equipa Local de Intervenção

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

HDCCP – Hospital de Dia Cirúrgico Pediátrico

IMC – Índice de Massa Corporal

MEESIP – Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - *World Health Organization*

## RESUMO

A obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a epidemia global do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 70 (Akram et al., 2000). Em 2016, cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes acima dos 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, um valor 10 vezes mais elevado do que há cerca de 40 anos (WHO, 2017). É na adolescência que a preocupação relativamente à prevalência da obesidade aumenta, pois, a evidência demonstra que adolescentes obesos têm uma probabilidade de 70% de serem obesos aos 30 anos. (Machado, 2015; Simmonds, Llewellyn, Owen, & Woolacott, 2016). Desta forma a promoção da saúde neste grupo etário é crucial, de forma a reverter a obesidade e a aumentar a qualidade de vida dos adolescentes e futuros adultos. Assim, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem um papel fundamental ao intervir junto dos adolescentes obesos e família, implementando ações de promoção de saúde que incentivem à mudança de hábitos e estilos de vida, e atuando como catalisador e motivador. Revelou-se então pertinente aprofundar conhecimentos na área da obesidade infantil e juvenil e desenvolver competências ao nível da promoção da saúde. Foi traçado um percurso formativo, baseado na filosofia de cuidados centrados na família e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Foram traçados como objetivos o de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento e o desenvolver cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias. Através de uma análise crítica e reflexiva da prática, este relatório traduz as atividades desenvolvidas em diferentes contextos realçando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de um nível avançado de competências em Enfermagem.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde; obesidade infantil; adolescentes; cuidados de enfermagem

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (WHO), obesity is the global epidemic of the 21<sup>st</sup> century, and its incidence has tripled since the 1970<sup>s</sup> (Akram et al., 2000). In 2016, approximately 340 million children and adolescents over 5 years old were overweight or obese, a number 10 times higher than about 40 years ago (WHO, 2017). It is during the adolescence age that concern arises about the prevalence of obesity increase, as evidence shows that obese adolescents have a 70% probability of being obese at age 30. (Machado, 2015; Simmonds, Llewellyn, Owen, & Woolacott, 2016). In this way, health promotion interventions in this age group become crucial in order to reverse obesity and increase the quality of life for adolescents and future adults. In this matter, the role of a Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics is crucial for intervening with the adolescents and their families, implementing health promotion actions and encouraging changes in their habits and lifestyles, acting as a catalyst and a motivator. Therefore, it is important to acquire knowledge about childhood and youth obesity to be able to develop skills in terms of health promotion at this level. A formative path was traced, based on a family centered care practice and in Nola Pender's Health Promotion Model. There were outlined the objectives of developing skills as a Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics in caring for children, adolescents and their families, in health and disease processes at different stages of development and to develop nursing care that promotes the health of adolescents with obesity and their families. This report, based on a critical and reflective analysis of the practice, mirrors the activities developed in different contexts, highlighting the acquisition of knowledge and the development of an advanced level of skills in Nursing.

**Keywords:** Health promotion; pediatric obesity; adolescent; nursing care

# Índice

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1. Adolescência – Breve abordagem ao desenvolvimento .....	14
1.2. Obesidade infantil e juvenil .....	16
1.3. Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender .....	19
2. PERCURSO FORMATIVO – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA.....	24
2.1. Objetivos gerais e específicos .....	24
2.2. Contextos de estágio: Contextualização e justificação de escolha.....	26
2.3. Análise e reflexão sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas em Estágio .....	27
2.3.1 Desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento .....	28
2.3.2. Desenvolvimento de competências com foco nos cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias .....	47
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## ANEXOS

ANEXO I Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender

ANEXO II Certificado de participação no 2º Congresso Nacional de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

## APÊNDICES

APÊNDICE I Quadro 1 - Cronograma de estágios

APÊNDICE II Documento orientador de estágio no SIP

APÊNDICE III Síntese reflexiva – “*O comportamento alimentar nas crianças com PHDA – compreender para intervir*”

APÊNDICE IV Reflexão crítica – “*Nascer*” na UCIN

APÊNDICE V Planeamento da sessão de formação “*A criança e o adolescente com diabetes tipo 1 – conceitos e intervenções*”

APÊNDICE VI Planeamento da sessão de formação “*Obesidade infantil e juvenil – A relevância da intervenção do enfermeiro*”

APÊNDICE VII Poster “*Alimentação Saudável – Que hábitos já tem em casa?*”

APÊNDICE VIII Folheto informativo destinado aos pais “*Hábitos de vida saudáveis*”

APÊNDICE IX Planeamento das sessões de formação “*Crescer saudável – Aprender a ler um rótulo*”

APÊNDICE X Guião de entrevista semiestruturada a enfermeira perita da consulta de obesidade pediátrica

APÊNDICE XI Projeto de intervenção em enfermagem no âmbito da promoção da saúde em adolescentes com obesidade

## INTRODUÇÃO

O presente relatório está inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, incluída no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MEESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O objetivo deste relatório é, através de uma análise crítica e reflexiva, expor o percurso formativo percorrido nos diferentes contextos de estágio, sistematizando a aprendizagem no âmbito da aquisição e desenvolvimento de um nível avançado de competências em Enfermagem. Estas enquadram-se no perfil das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) como preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo como finalidade a obtenção de título de enfermeiro especialista na área de especialização referida e o grau de mestre em Enfermagem.

Segundo a OE, EE é *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4744) e o EESIP presta *“cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente”* (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192). O grau de mestre é conferido a quem demonstre possuir conhecimento e que saiba mobilizá-lo e integrá-lo em *“situações novas e não familiares (...) lidar com questões complexas, desenvolver soluções(...) comunicar as suas conclusões (...) de uma forma clara e sem ambiguidades”* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p.4162).

Sou enfermeira há 13 anos, exercendo funções há quase três anos num Serviço de Ambulatório de Pediatria (AP). Neste período pude verificar que recorrem muitos adolescentes obesos ao serviço. De facto, um estudo que contempla a população escolar da área de abrangência do hospital onde trabalho, verificou a existência de uma percentagem de adolescentes com sobrepeso de 31,5%, sendo que 13,2% destes seriam obesos (Maria et al., 2017). Assim, surgiu o interesse pessoal e profissional em

aprofundar conhecimentos e desenvolver práticas que visem melhorar os cuidados prestados aos adolescentes com obesidade e suas famílias acompanhados no serviço de AP, nascendo então o projeto de estágio intitulado: “Promoção da Saúde em Adolescentes com Obesidade: Intervenção do enfermeiro”.

A obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a epidemia global do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 70 (Akram et al., 2000).

Em 2016, cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes acima dos 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesos. Comparando estes dados com dados de há cerca de 40 anos, conclui-se que o número de crianças obesas nestas faixas etárias é dez vezes mais elevado na atualidade (WHO, 2017).

A realidade portuguesa é aferida através do estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) – Portugal. Este estudo é realizado atualmente, em 35 países da região europeia da OMS, com crianças entre 6 e 8 anos de idade, conseguindo-se desta forma estabelecer dados comparativos entre os países relativamente à prevalência do excesso de peso/obesidade nestes grupos etários e aos hábitos destas crianças (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). Segundo dados preliminares do COSI, em 2019, a prevalência de crianças com excesso de peso era de 29,6% e 12% das crianças eram obesas. Comparando estes dados com os de 2008, onde estes números eram respetivamente 37,9% e 15,3%, podemos verificar uma ligeira inversão comparativamente à tendência mundial do aumento da prevalência da obesidade infantil, mas ainda assim com valores preocupantes (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

A obesidade infantil e juvenil é uma patologia complexa e multifatorial, resultado do desequilíbrio entre a ingestão excessiva de alimentos e o gasto energético insuficiente para compensar esta ingestão (Wang, 2017; WHO, 2018). A obesidade infantil e juvenil é um grande fator de risco para outras patologias estando frequentemente associada a comorbilidades como a diabetes, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, a dificuldade respiratória e à morte prematura (Seal & Broome, 2011; Campbell, 2016; Wang, 2017).

É na adolescência que a preocupação relativamente à prevalência da obesidade aumenta, pois nesta fase de desenvolvimento ocorrem múltiplas mudanças a nível biológico/físico, mas também a nível comportamental e social. A evidência demonstra que adolescentes obesos têm uma probabilidade de 70% de serem obesos aos 30 anos (Alberga et al., 2012; Machado, 2015; Simmonds et al., 2016). Desta forma ações de promoção da saúde neste grupo etário tornam-se cruciais, de forma a conseguir reverter a obesidade e a aumentar a qualidade de vida dos adolescentes e futuros adultos.

Ações de promoção de saúde com incentivo à mudança de hábitos e estilos de vida podem ser um método de controlo e gestão da obesidade, cabendo ao enfermeiro um papel fundamental dentro da equipa multidisciplinar nestas ações, ajudando os adolescentes a maximizar a sua saúde (OE, 2002; Epstein et al., 2010). Segundo Pender, Murdaugh, e Parson, (2019) os indivíduos detêm potencial para guiarem a sua mudança comportamental, atendendo às suas capacidades de autorregulação e tomada de decisão. O enfermeiro desempenha um papel importante na promoção da saúde, atuando como catalisador e motivador, promovendo um ambiente propício à mudança.

A promoção da saúde está inserida nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, dos quais se poderá destacar como elemento importante : “*a promoção do potencial de saúde ; (...) a utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis de saúde; (...) a negociação do contrato de saúde com o adolescente*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.7).

O EESIP é o profissional de enfermagem melhor habilitado à prestação de cuidados nesta etapa de desenvolvimento pois o seu desígnio é “ *o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192). O EESIP utiliza uma filosofia de prática centrada na criança/adolescente e família, atuando em parceria com os mesmos, no sentido de atingir o melhor estado de saúde possível, proporcionando momentos de educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte para esta díade (Regulamento n.o 422/2018, 2018).

Este relatório será estruturado em três capítulos. O primeiro destina-se ao enquadramento teórico que define conceitos-chave como adolescência e obesidade infantil e juvenil, apresentando-se também o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Optou-se por este modelo teórico dado que permite compreender os comportamentos promotores de saúde, partindo da identificação dos fatores que os influenciam (Pender, Murdaugh, & Parson, 2019). O segundo capítulo foca-se no meu percurso formativo, desta forma e primeiramente caberá nele a apresentação dos objetivos gerais e específicos definidos para este percurso, seguido duma breve contextualização das escolhas dos locais de estágio. Este capítulo abordará também o percurso na aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EESIP, através de uma análise crítica e reflexiva, fundamentada na evidência e na experiência em diferentes contextos clínicos.

Por fim, apresentam-se algumas considerações finais sobre os contributos para a prática de enfermagem, perspetivando-se também projetos futuros.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Adolescência – Breve abordagem ao desenvolvimento

Adolescência deriva da palavra latina “*Adolescere*” que significa crescer. O conceito referente a esta fase de desenvolvimento surgiu em meados do século XIX, época em que ainda se acreditava que a criança fazia a transição imediata para a idade adulta (Machado, 2015).

Existem algumas discordâncias sobre o período a que a adolescência diz respeito, relativamente aos limites etários. Segundo a OMS, pode ser compreendida entre os 10 e os 19 anos, com a ressalva que a idade será meramente indicativa, pois este período compreende todo um processo de aquisição de competências, habilidades e atributos que serão preponderantes para a transição da infância para a idade adulta, não estando exclusivamente neste intervalo etário (WHO, 2014c; Machado, 2015).

O início da adolescência é de forma generalizada associado ao início da puberdade, contudo é muito mais do que isso - é uma idade de rápido crescimento físico e de maturação cognitiva, social e emocional. Durante este estágio de desenvolvimento, ocorre uma maturação cognitiva com o desenvolvimento do pensamento abstrato, que lhes permite avaliar as consequências futuras de eventos e dos seus comportamentos. Associadamente adquirem uma maior capacidade de organização, planeamento, tomada de decisão e de desejo de independência (Kollar, 2009; WHO, 2014a; Machado, 2015).

A adolescência é uma fase primordial à construção das identidades individuais e de grupo, durante a qual o grupo de pares desempenha um papel fundamental no seu desenvolvimento psicossocial (Kollar, 2009; WHO, 2014a; Machado, 2015). Os pares, nesta fase, adquirem uma grande importância, ficando por vezes no mesmo patamar da família. A gestão das relações interpessoais e das emoções está em constante evolução e adaptação, pelo que a influência dos pares face a decisões e comportamentos adquiridos durante esta fase é algo que não pode ser ignorado (WHO, 2014a; Machado, 2015).

Dado o desenvolvimento por vezes desfasado das capacidades sociais/afetivas e das cognitivas, o adolescente é particularmente “vulnerável” na adoção de comportamentos de risco. As eventuais tentativas de emancipação por parte do adolescente, na formação da sua personalidade, podem conduzir à manifestação de sentimentos de rejeição dos pais e dos compromissos familiares, enquanto passam progressivamente mais tempo com o grupo de pares com que se identificam (Kollar, 2009). A prática de comportamentos de risco será muito mais provável de acontecer em grupo, física ou virtualmente, dada a comunicação frequente dos jovens através das tecnologias de comunicação atualmente disponíveis. O sentimento de pertença a um grupo é muito importante na adolescência, sendo os adolescentes altamente suscetíveis à opinião e consequente aprovação pelo seu grupo de pares. Desta forma comportar-se-ão de forma a assegurar o seu lugar no grupo, tomando frequentemente decisões que vão ao encontro da pressão estabelecida pelos pares. (Kollar, 2009; Peake, Dishion, Stormshak, Moore, & Pfeifer, 2013; Spear, 2013; Willoughby, Good, Adachi, Hamza, & Tavernier, 2014).

A população adolescente é de uma forma geral saudável. Contudo, a maioria dos seus problemas de saúde advêm de comportamentos adquiridos que constituem um risco para si mesmos no imediato, bem como na sua vida futura. Entre estes comportamentos está sinalizado o sedentarismo associado ao distúrbio alimentar (consumo alimentar excessivo ou com erros sistemáticos) (Vicario, 2004; OE, 2010b).

Os hábitos alimentares consolidados antes da adolescência estão frequentemente associados a preferências culturais e familiares. Na fase da adolescência, o rápido crescimento, ganho de massa muscular e maturação sexual é acompanhado por um aumento das necessidades nutricionais diárias. Os adolescentes passam grande parte do dia na escola e assim, consequentemente, a maioria das refeições irá acontecer fora de casa, podendo conduzir a grandes alterações do padrão alimentar. Este é largamente influenciado pela pressão do tempo disponível, das rotinas alteradas, dos compromissos tomados, das necessidades calóricas e também pela necessidade de aceitação dos pares. Pelo que o consumo excessivamente calórico, com alimentos ricos em açúcar, gordura e sal é comum nesta fase de desenvolvimento (Kollar, 2009).

## 1.2. Obesidade infantil e juvenil

Segundo a OMS, excesso de peso e obesidade definem-se como o acumular excessivo ou anormal de gordura que possa comprometer a saúde (WHO , 2018).

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é usado frequentemente para classificar o excesso de peso ou obesidade. Este valor encontra-se através da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Na criança e no adolescente, por estarem em fase de crescimento, terá de se ter em consideração também a idade, não havendo valores de referência transversais a toda a infância ou adolescência. Entende-se, assim, como uma criança ou adolescente com excesso de peso aquela que tem um IMC acima do Percentil (P) 85 e abaixo do P97 para a sua idade; e uma criança ou adolescente obeso aquele que tem um IMC para a sua idade acima do P97 ( De Onis, 2015; Center for Disease Control and Prevention, 2018).

A obesidade infantil e juvenil é uma patologia complexa e multifatorial, resultado do desequilíbrio entre a ingestão excessiva de alimentos (frequentemente ricos em açúcar e gordura) e o gasto energético insuficiente para compensar esta ingestão, agravado pelo crescente sedentarismo muito característico dos meios progressivamente mais urbanizados e industrializados (Wang, 2017).

A obesidade continuada é fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias associadas como a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a apneia do sono, as patologias osteoarticulares, algumas formas de cancro e problemas do foro psicológico como a baixa autoestima e o isolamento social (Campbell, 2016; Rito et al., 2017; Wang, 2017).

A etiologia da obesidade, como já anteriormente referido, é multifatorial, podendo os fatores que a influenciam ter origem no período perinatal. Desta forma, na literatura podemos encontrar evidência que relaciona o ganho ponderal materno durante a gravidez e o peso à nascença com a incidência da obesidade infantil. Existe, assim, uma correlação entre a obesidade materna, a diabetes gestacional e a sobrenutrição dos fetos, relacionada frequentemente com um elevado peso ao nascer e posteriormente a obesidade infantil (Campbell, 2016). A durabilidade da amamentação exclusiva com leite

materno também está relacionada com a incidência da obesidade infantil. Sendo de notar uma proporcionalidade inversa entre a prevalência da obesidade e o período de duração da amamentação em exclusivo, isto é, sem a introdução de outros alimentos além do leite materno (Campbell, 2016; Wang, Collins, Ratliff, Xie, & Wang, 2017; Wang, 2017).

Os vários contextos ambientais onde a criança ou o adolescente se inserem também são importantes para a incidência da obesidade. Para este efeito ter-se-ão sempre em consideração a família, a escola e a comunidade como os ambientes predominantes. O contexto socioeconómico familiar assume-se como um potencial influenciador da incidência da obesidade infantil e juvenil: famílias com baixos rendimentos em países desenvolvidos e famílias com rendimentos elevados em países em desenvolvimento demonstram taxas de prevalência de obesidade infantil mais elevadas que os restantes estratos socioeconómicos (Sancho et al., 2014; Wang, 2017; Rito et al., 2017) .

A importância da oferta de atividades que estimulem e motivem a prática de exercício físico por parte da comunidade escolar, assim como a oferta de menus escolares que promovam a alimentação saudável tornam este meio onde a criança e o jovem se inserem também de relevo. A comunidade escolar pode ter um papel importante na prevenção e promoção da saúde, ou pelo contrário, no sentido de agravar hábitos alimentares incorretos, e, conseqüentemente, a adiposidade nestes jovens e crianças (Sancho et al., 2014).

A comunidade, de uma forma geral, com a disposição urbana, falta de áreas verdes e áreas para a prática de atividade física, associada também à maior oferta de entretenimento televisivo e de tecnologias de comunicação e informação, contribuindo para o aumento do tempo *on-line* (como a utilização de redes sociais, entre outras atividades...), contribuem para o agravamento desta problemática, modelando o comportamento das crianças e agravando o sedentarismo. A proximidade de restaurantes de *fast-food* e áreas comerciais às escolas e a forma como os bens alimentares estão distribuídos nas mesmas - levando a que alimentos ricos em gordura e açúcar, assim como bebidas com alto teor de açúcar tenham um lugar de destaque e uma aparência atrativa - tem também impacto negativo nos hábitos de consumo alimentar das crianças e dos jovens ( Sancho et al., 2014; Campbell, 2016; Wang, 2017).

De uma importância considerável e com grande impacto na incidência da obesidade infantil e juvenil são, sem dúvida, os fatores comportamentais. O aporte energético relacionado com os hábitos alimentares e o dispêndio energético têm, ao longo do tempo, relevância para a instalação progressiva desta patologia.

Os hábitos alimentares familiares modelam os hábitos alimentares das crianças e dos jovens, podendo ser um fator protetor ou de agravamento da obesidade. A ingestão do pequeno-almoço, as refeições frequentes e em família, a vigilância das porções ingeridas pelas crianças no ambiente familiar, a oferta alimentar no domicílio e ter os pais como modelo positivo do comportamento alimentar – através do incentivo da ingestão de alimentos saudáveis e da limitação da disponibilidade de alimentos altamente calóricos – terá um efeito preventivo da obesidade infantil (Sancho et al., 2014; Wang, 2017).

Em Portugal, segundo o relatório *Global Burden Disease*, os hábitos alimentares inadequados assumem, em 2016, a segunda posição nos fatores de risco para a mortalidade precoce (Direção-Geral da Saúde & IHME, 2018).

Como já referido previamente, fatores nutricionais de risco na obesidade infantil incluem o consumo de alimentos de alta densidade energética, ricos em gordura e em açúcar, associados a bebidas com alto teor de açúcar. O consumo de *snacks* entre as refeições ou a abolição das mesmas, como pode ser o exemplo do pequeno-almoço, também se incluem nos fatores de risco nutricional. Adicionalmente, o aumento das porções a consumir por refeição, muitas vezes de forma rápida, não dando tempo ao mecanismo de saciedade de controlar a quantidade ingerida, também interfere no balanço energético positivo. De forma proporcionalmente inversa, o consumo de produtos ricos em fibras, vegetais e água como fator protetor da obesidade encontra-se muitas vezes diminuído (Rennie, Johnson, & Jebb, 2005; Sancho et al., 2014; Campbell, 2016; Wang, 2017).

Segundo o mais recente estudo HSBC/Aventura Social, efetuado em 2018: 28,2% dos adolescentes afirmou não tomar o pequeno-almoço diariamente (comparativamente com 15,2% em 2014). Relativamente ao consumo de frutas e vegetais: 11,5% e 17,8% respetivamente afirmaram consumir raramente ou nunca estes alimentos (contrastando com dados de 2014 em que estas percentagens foram de 9% e 14,6%). Por último, 18,5% dos adolescentes inquiridos referiu que nunca praticou desporto. O excesso de peso nos

adolescentes tem vindo a aumentar, segundo este estudo, 15,8% em 2018 comparando com 15,2% em 2014 (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Estilos de vida mais sedentários e associados à falta de atividade física, com uso frequentemente abusivo de ecrãs, como televisões ou telemóveis, constituem por si só um risco acrescido para a obesidade. A OMS recomenda para a faixa etária entre os 5 e os 17 anos a prática de pelo menos 60 minutos de atividade física moderada/intensa por dia. Contudo dados desta Organização revelam que 81% das crianças e dos adolescentes a nível mundial não cumprem esta recomendação (WHO, 2016, 2017; Leitzmann, 2017). Para além disso, também se crê que hábitos de sono inadequados estejam diretamente relacionados com a prevalência da obesidade infantil e juvenil (Fatima, Doi, & Mamun, 2015).

Igualmente de referir que estados de ansiedade, depressão ou indutores de *stress* são comprovadamente associados à obesidade infantil e juvenil, pois estão relacionados com um aumento da segregação de cortisol que, conseqüentemente, conduz ao aumento da fome. Frequentemente, estes episódios de aumento da fome associados a *stress* estão também associados à diminuição da atividade física que, por consequência, agrava o ganho ponderal (Campbell, 2016).

### **1.3. Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender**

A saúde, segundo a OMS aquando da sua constituição em 1946, é definida como um “estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2014b). A teórica de enfermagem Jean Watson, apesar de corroborar esta definição, acrescentava que deveria ser o indivíduo a definir o seu próprio estado de saúde e de doença, pelo caráter subjetivo do mesmo na mente de cada pessoa, pois o conceito de saúde pode não se referir à ausência de doença, mas “à unidade e à harmonia na mente, corpo e alma” (Talento, 2000, p.258). O cuidar, ainda segundo a mesma autora, tem como dois dos seus pressupostos básicos: a promoção da saúde, do crescimento individual e familiar e o ambiente do cuidado ser aquele que oferece o desenvolvimento do potencial do indivíduo enquanto permite a tomada de decisão do mesmo para a melhor ação para si (Talento, 2000).

As atividades decorrentes da promoção da saúde capacitam os indivíduos a atingir o seu máximo potencial de saúde, tendo como meio a promoção de comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis. Atualmente, com a crescente prevalência da doença crônica, a promoção da saúde assume-se, na área da prevenção secundária, como a estratégia de eleição para auxiliar os indivíduos dentro das suas capacidades e limitações decorrentes da patologia (Pender et al., 2019). A promoção da saúde é uma grande área de intervenção e responsabilidade do enfermeiro, tendo o mesmo o objetivo de orientar, supervisionar e acompanhar os indivíduos a atingirem o seu potencial máximo de saúde (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender é um modelo que pretende descrever a natureza multidimensional dos indivíduos enquanto interagem com os seus ambientes interpessoais e físicos de forma a melhorar a qualidade da sua saúde (Pender et al., 2019).

Este modelo está inserido no paradigma da transformação, que assume a pessoa como um ser multidimensional e maior que a soma de cada uma das suas dimensões (Kérouac, 1994). A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume na pediatria que o conceito de pessoa deverá ser encarado como o binómio: criança/jovem e família. A criança/jovem é dependente da família para a satisfação das suas necessidades e aquisição de capacidades que lhe permitem ser progressivamente mais independente (OE, 2011).

O ambiente é composto pelos vários universos onde a criança/jovem e família se inserem que, sendo dinâmicos, podem alterar-se de forma constante. O conceito de saúde é um estado subjetivo e pessoal, é um conceito dinâmico que valoriza as conceções e perspetivas pessoais. Pelo seu dinamismo inerente, deverá traduzir a importância da otimização do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, permitindo à criança/jovem atingir o seu potencial de saúde, sem exclusão da família (Kérouac, 1994; OE, 2011).

O cuidar é individualizado; a filosofia dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, é a de cuidados centrados na família (CCF), com a qual é estabelecida uma comunicação efetiva, tendo em conta o envolvimento, a capacitação, a participação da

família e a parceria de cuidados, sendo todos estes preponderantes para a promoção de comportamentos promotores de saúde (Kérouac, 1994; OE, 2011).

O MPS de Nola Pender insere-se nas teorias de médio alcance. Estas detêm o nível mais prático e menos abstrato do conhecimento teórico, sendo detentoras de pormenores e de focos de atenção mais limitados, mas preponderantes para a intervenção de enfermagem (como a idade da população ou a área de intervenção específica) (Alligood & Tomey, 2004).

O MPS de Nola Pender arroga-se como um modelo de enfermagem que pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde tendo em consideração três grandes grupos de determinantes: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento específico e comportamento de promoção da saúde desejável, como se pode observar no Anexo I.

O MPS defende que cada pessoa tem características e experiências individuais que irão influenciar o seu comportamento e o curso de ação que irá tomar. O comportamento prévio relacionado (ou comportamento anterior do indivíduo) poderá condicionar a adoção de comportamentos promotores de saúde - direta ou indiretamente - através da capacidade de formação de hábitos (havendo ou não predisposição para a adoção de comportamentos novos) e das perceções que a pessoa tem acerca das suas próprias capacidades, consequências positivas do comportamento promotor de saúde e barreiras percebidas (Pender et al., 2019).

Os fatores pessoais podem ser considerados como biológicos (idade, sexo, IMC), socioculturais (etnia, *status* socioeconómico, educação) e psicológicos (autoestima, automotivação e perceção acerca da sua saúde), e poderão ser modeladores dos atuais comportamentos e influenciar a tomada de decisão dos comportamentos promotores a adotar (Pender et al., 2019).

O grupo de determinantes “sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento específico” assume-se de grande importância para a componente motivacional do indivíduo. Neste grupo incluem-se os benefícios e barreiras percebidas sobre a adoção do comportamento; a autoeficácia percebida relativamente às suas capacidades para a mudança comportamental e os sentimentos relacionados com o

comportamento pretendido (se positivos ou negativos) (Pender et al., 2019). Todos estes determinantes acima descritos interagem entre si, contribuindo assim para o compromisso do indivíduo para com o plano de ação e por fim na adoção do comportamento promotor de saúde pretendido (Pender et al., 2019).

A estes fatores também poderemos, dentro do mesmo grupo de determinantes, considerar as influências interpessoais, que se traduzem nas percepções dos outros relativamente a comportamentos, crenças e atitudes e que podem não corresponder à realidade, mas que ainda assim poderão influenciar positiva ou negativamente o comportamento a adotar. E as influências situacionais, onde se incluem as percepções pessoais relativas a uma qualquer situação que possa limitar ou impulsionar o comportamento promotor de saúde (Pender et al., 2019).

Este grupo de determinantes tem grande probabilidade de ser alterado através de intervenções de enfermagem. Esta intervenção ocorre através do fornecimento de estratégias, do reforço da motivação, dos benefícios e da autoeficácia percebida de forma a contornar e/ou ultrapassar as barreiras percebidas (Pender et al., 2019).

No terceiro e último grupo de determinantes “comportamento de promoção de saúde desejável” todos os determinantes interagem entre si para resultar num compromisso com o plano de ação e um comportamento promotor de saúde, ambos lado a lado, mas indissociáveis. O primeiro surge antes, quando existe um compromisso de mudança comportamental associado a estratégias designadas para o levar a cabo e reforçar esse mesmo compromisso. Apesar de, por vezes, o compromisso com o plano de ação estar bem estabelecido, o indivíduo poderá ter ainda outras “questões em jogo”, como compromissos familiares ou laborais (exigências imediatas) ou ações preferenciais que podem surgir imediatamente antes do comportamento promotor de saúde (preferências) como por exemplo comer um alimento rico em gordura e açúcar, em vez de algo mais saudável. Aí, dependerá do indivíduo em controlar os impulsos de disrupção do seu plano de ação, para culminar então no pretendido comportamento promotor de saúde (Pender et al., 2019).

O MPS de Nola Pender é extremamente útil aos enfermeiros no sentido de facilitar a compreensão dos vários determinantes comportamentais que poderão influenciar a

adoção ou não de comportamentos promotores de saúde, de forma a conseguir guiar, apoiar e aconselhar os indivíduos à persecução de hábitos e estilos de vida mais saudáveis (Fidanci, Akbayrak, & Arslan, 2017; Pender et al., 2019).

## 2. PERCURSO FORMATIVO – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

O percurso formativo que se apresenta neste relatório foi precedido de um projeto de estágio. A metodologia do projeto de estágio centra-se na investigação de um determinado problema identificado, assim como na elaboração de intervenções para o abordar e eventualmente resolver, tendo a teoria como base de sustentação na sua abordagem (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). A metodologia do projeto é principalmente reflexiva e carece de intencionalidade, sendo formalizados objetivos que dão sentido às várias atividades; pressupõe iniciativa e autonomia de quem o realiza e autenticidade, pois para quem o elabora existe um problema real e identificável; envolve complexidade e uma componente faseada, prolongando-se no tempo, desde a formulação dos objetivos iniciais até à apresentação de resultados (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, foi inicialmente identificado o problema em questão e realizado um breve enquadramento teórico. Cabendo a este capítulo apresentar os objetivos gerais e específicos definidos para este percurso, contextualizar as escolhas dos locais de estágio e, através de uma análise reflexiva fundamentada na evidência e na experiência em contexto clínico, descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios em diferentes contextos bem como às competências por mim adquiridas e desenvolvidas durante este percurso formativo.

### 2.1. Objetivos gerais e específicos

Para o desenvolvimento de competências de EE, de EESIP e de mestre em Enfermagem foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

**Objetivo Geral 1.** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento.

1.1 – Desenvolver competências específicas no âmbito do cuidar da criança e do jovem em situações de especial complexidade;

- 1.2– Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade;
- 1.3– Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil e juvenil.

**Objetivo Geral 2.** Desenvolver cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias

2.1 – Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento na adolescência e obesidade infantil e juvenil

2.2 – Identificar estratégias de intervenção promotoras da saúde no cuidar da criança e adolescente com obesidade e sua família.

2.3 – Desenhar um projeto de intervenção de enfermagem na abordagem ao adolescente com obesidade e sua família em contexto de consulta de ambulatório.

Previamente foram delineadas atividades a desenvolver com vista a dar resposta aos objetivos traçados em cada contexto, que tiveram de ser ajustadas e reformuladas atendendo às realidades dos contextos de forma a desenvolver as competências pretendidas e a cumprir os objetivos traçados.

O desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica (ou em contexto clínico) é essencial, pois permite ao estudante (e enfermeiro), como já anteriormente referido, a mobilização de saberes teóricos num contexto da prática. Esta mobilização é feita sob supervisão e orientação, fornecendo assim ferramentas ao estudante para a reflexão crítica e compreensão dos acontecimentos e situações de cuidados (Alarcão & Rua, 2009). A prática reflexiva é indubitavelmente uma ferramenta essencial no desenvolvimento dos enfermeiros, dando-lhes a oportunidade de se tornarem mais autónomos, autoconscientes e críticos nas tomadas de decisão e no acompanhamento do utente pediátrico, com atitudes reflexivas no antes, durante e após a ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

## **2.2. Contextos de estágio: Contextualização e justificação de escolha**

Segundo Alarcão & Rua, (2009) os estágios clínicos têm o objetivo de aquisição de saberes, de competências, capacidades e atitudes de importância inestimável para o profissional de saúde. O contacto com a prática permite uma construção de saberes e mobilização de conhecimentos que de outra forma não seria possível.

A seleção dos locais de estágio foi efetuada de forma a que os mesmos pudessem dar resposta aos objetivos e atividades delineadas, assim como às competências a desenvolver. No Apêndice I é apresentado o cronograma de estágios.

O serviço de internamento de Pediatria (SIP) e o serviço de Urgência Pediátrica (SUP) foram escolhidos por articularem diretamente com o serviço onde exerço funções. Havendo, então, além da necessidade do desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da criança e do jovem em situações de especial complexidade e no âmbito da vinculação e parentalidade (no caso do SIP), a pertinência de perceber a existência e a necessidade de circuitos de articulação entre estes serviços e o serviço onde exerço funções e também a comunidade, no âmbito da minha temática de projeto.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a minha escolha recaiu sobre uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) cuja Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem projetos a decorrer no âmbito da Saúde Escolar relativos à prevenção primária e secundária da obesidade infantil e juvenil. Desta forma, conseguiria desenvolver competências especializadas no âmbito da vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como na área da promoção da saúde, dentro da minha temática de interesse. Neste contexto também foi incluída uma breve passagem para observação, numa consulta de obesidade infantil e juvenil (COIJ), num hospital central de referência na área. Desta forma, foi possível observar as estratégias e recursos mobilizados no cuidado à criança e ao adolescente com obesidade e sua família, retirando importantes subsídios para a temática em questão.

A opção pela Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) prendeu-se com o facto de ser uma unidade onde existem projetos a decorrer no âmbito da promoção da amamentação e da promoção do neurodesenvolvimento do Recém-nascido pré-termo (RNPT). Nesta unidade, os cuidados prestados têm como filosofia os

cuidados centrados na família e promove-se a parceria de cuidados com os pais. A minha necessidade de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito do cuidar ao recém-nascido (RN) doente e ao RNPT conduziu à minha opção por esta unidade.

Por fim, a Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI) é inserida no serviço de Ambulatório de Pediatria onde exerço funções. A escolha deste local para estágio prendeu-se com o facto de poder desenvolver atividades, juntamente com a equipa de enfermagem, que iam ao encontro dos meus interesses e das necessidades do serviço. Ainda que não diretamente relacionada com a CDI, a relevância da obesidade em adolescentes acaba também por ser complementar neste contexto de estágio, pois um grande número de crianças/jovens seguidos nesta consulta tem obesidade ou excesso de peso.

### **2.3. Análise e reflexão sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas em Estágio**

Segundo Benner, (2001) a teoria é uma importante aliada; com ela poderemos explicar e predizer os acontecimentos. Não obstante, para a evolução de uma enfermeira até ao nível de enfermeira perita, a experiência é essencial. Esta evolução é feita ao longo do tempo, havendo por parte do enfermeiro articulação dos conhecimentos práticos com a teoria. O enfermeiro desenvolve o seu conhecimento e perícia refletindo sobre a sua prática e a sua experiência (Benner, 2001).

Para Benner, (2001) o enfermeiro vai progredindo durante a sua vida profissional, à medida que adquire e desenvolve competências, por diferentes níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Enfermeiro perito é o nível mais elevado, sendo descrito como um profissional com vasta experiência, associada a um profundo conhecimento teórico e a um entendimento global e intuitivo das situações de cuidados, de forma a prestar cuidados individualizados e de forma holística. O EE é, segundo o modelo descrito por Benner, um enfermeiro perito, que associa os seus conhecimentos teóricos à prática, com competência técnica, humana e científica, prestando cuidados altamente especializados na sua área de especialidade (Regulamento n.º140/2019, 2019).

Desta forma, pretender-se-á levar a cabo uma síntese reflexiva da experiência em diferentes contextos clínicos, no percurso de desenvolvimento de competências especializadas, mobilizando conhecimentos teóricos e articulando-os com a prática fazendo uso dos saberes experienciais.

### **2.3.1 Desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento**

Considerando o autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem efetuado aquando da elaboração do projeto de estágio, verificou-se a necessidade de - adquirir e desenvolver competências específicas no âmbito do cuidar da criança e do jovem em situações de especial complexidade.

É definido como competência do EESIP o cuidar de crianças e jovens em situações de especial complexidade, atuando no âmbito das situações de instabilidade e risco de morte, da gestão diferenciada da dor e da promoção da adaptação da criança e jovem com doença rara, oncológica ou com incapacidade, promovendo ganhos em saúde com o recurso a terapias de enfermagem comuns e complementares (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Verificou-se também a necessidade de - adquirir e desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade.

Assumindo o grau de dependência natural da criança, e a díade criança/família como o alvo de cuidados do EESIP, este “*estabelece com ambos uma parceria de cuidar (...) no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade* (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192).

E, por fim, identificou-se a necessidade de - desenvolver competências específicas no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil e juvenil.

Considerando as exigências inerentes ao desenvolvimento infantil e juvenil, o EESIP tem definido como uma das suas áreas de atuação “*a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p19192).

Em todos os contextos de estágio tive a oportunidade de me apresentar no serviço. Conheci o espaço físico e a equipa, consultei normas e protocolos de forma a integrar-me da dinâmica funcional assim como da filosofia de cuidados. Cada um dos estágios teve início com uma reunião com a enfermeira orientadora onde foi entregue à mesma o documento orientador do respetivo estágio (e.g. Apêndice II). Neste foi feita uma breve apresentação da temática do projeto e dos objetivos e atividades planeadas para esse contexto. Não sendo este um documento final, a sua apresentação foi bastante útil para receber contributos da enfermeira orientadora, no sentido de proceder a alguns ajustes às atividades previamente definidas.

Com o apoio e supervisão das enfermeiras orientadoras (SIP, SUP e UCIEEN), foi-me possível observar e colaborar na prestação de cuidados ao RN, criança e jovem com doença aguda, crónica ou alterações das funções vitais, desenvolvendo competências específicas neste âmbito.

Nos diferentes contextos de estágio os cuidados prestados à díade criança/família foram norteados por uma filosofia de CCF onde, as intervenções não traumáticas permitiram mitigar o *stress* inerente à hospitalização permitindo uma melhor adaptação à nova condição de doença (aguda ou crónica).

Os CCF arrogam-se como a filosofia de prestação de cuidados na área da saúde infantil e pediátrica: nos cuidados prestados às crianças, fará sentido que a família seja incluída como elemento numa parceria de cuidados, com idêntica importância à do profissional de saúde (Carter, Bray, Dickinson, Edwards, & Ford, 2014). As famílias são essenciais para o bem-estar das crianças e aliadas na prestação de cuidados de qualidade na área da saúde (Conway et al., 2006).

A abordagem nesta filosofia assenta em 4 pilares: dignidade e respeito (pela diversidade cultural e social, assim como pela tomada de decisão da família); partilha de

informação (comunicação de informação de forma clara, completa e imparcial, permitindo a tomada de decisão e colaboração nos cuidados por parte da família); participação (com o encorajamento da participação nos cuidados, ao nível escolhido pela família) e a colaboração (que corresponde à parceria efetuada entre a criança, família e profissionais no âmbito dos cuidados de saúde, assim como no desenvolvimento e implementação de programas ou políticas de saúde) (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017).

O modelo de parceria de cuidados desenvolvido pela enfermeira Anne Casey em 1988 e citado por Lopes, (2012) atribui aos pais um papel fundamental e indissociável na prestação de cuidados à criança. Os pais e os profissionais de saúde são parceiros, estando, na prestação de cuidados, ao mesmo “nível”. O enfermeiro deve não só agir como elemento dinamizador e promotor do envolvimento familiar através da negociação, apoio e ensino, mas também elencar quais os cuidados que a família deseja e/ou se sente confortável (ou desconfortável) a realizar.

A constituição desta parceria de cuidados é por vezes um desafio. A sua concretização facilitará no entanto a diminuição de fatores de *stress* associados a um período de doença/hospitalização, pois a criança e família sentir-se-ão parte integrante dos cuidados enquanto forem apoiados nos mesmos pela equipa de enfermagem (Sanders, 2014).

O SIP recebe crianças dos 0 aos 18 anos (menos 1 dia) com inúmeras patologias, mas principalmente de origem infecciosa, recebendo também crianças submetidas a intervenção cirúrgica (do foro ortopédico ou de cirurgia geral), crianças com patologias não infecciosas, como episódios de diabetes inaugural ou descompensada e também casos sociais. Além do internamento, o SIP tem a valência do Hospital de Dia Cirúrgico Pediátrico (HDCP), um circuito cirúrgico de ambulatório que ocorre alguns dias por mês, nas especialidades de cirurgia geral, otorrinolaringologia e ortopedia.

O internamento é um momento disruptivo na vida de uma criança ou de um adolescente. De entre os vários fatores geradores de *stress* pode-se destacar a separação (dos pais ou do seu ambiente familiar), perda de controlo da situação, medo do desconhecido, de lesões corporais e a dor como os mais relevantes (Sanders, 2014; Engenheiro et al., 2016). O acompanhamento pelos pais é um direito previsto na Carta

da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1988) e que diminui o *stress* causado pelo internamento (Sanders, 2014). No SIP, assim como no SUP e na UCIEEN, os pais podem acompanhar os seus filhos durante as 24 horas, sendo que, durante o período noturno, devido à limitação do espaço físico, é pedido que permaneça apenas um dos pais (ou familiar de referência).

Tanto o SIP como o SUP estão decorados com pinturas nas paredes dos corredores e das salas de apoio. No SIP, existe uma sala destinada a atividades lúdicas, com brinquedos, jogos e livros que podem ser utilizados pelas crianças. Estes cuidados com o ambiente, no sentido de minimizar o impacto da situação que a criança ou adolescente estão a viver, revelam uma preocupação com o utente pediátrico e com a humanização dos cuidados ao mesmo (Ribeiro, Gomes, & Thofehrn, 2014).

Na sala de tratamentos do SIP, além dos brinquedos existe também um rádio leitor de CDs com músicas para os diversos grupos etários, sendo dada a possibilidade à criança ou adolescente de escolher o que ouvir (ou se quer ouvir algo) durante a realização de procedimentos dolorosos. Além destas opções, é sempre explicado o procedimento que irá ser efetuado à criança/adolescente e à família, utilizando frequentemente os bonecos disponíveis na sala de tratamentos, como recurso à brincadeira terapêutica (dependendo da etapa de desenvolvimento da criança).

O brincar pode assim ser utilizado para desmistificar medos inerentes a procedimentos associados ao internamento, como forma de adaptação ao período de internamento e como catalisador da recuperação (Engenheiro et al., 2016). Segundo Oliveira, Miranda, Monteiro, e Almeida, (2016), o brincar terapêutico é uma ótima estratégia de alívio da dor, de promoção da adaptação ao ambiente hospitalar e de mediação entre a criança e o enfermeiro. Segundo Pereira, Nunes, Teixeira, e Diogo, (2010), o brincar terapêutico auxilia a criança na criação de mecanismos de *coping* face às adversidades vivenciadas, tornando-as mais resilientes e, contribuindo desta forma, para uma hospitalização menos traumática e menos stressante.

Durante o meu percurso no SIP, destaco o internamento neste serviço de uma criança com diabetes inaugural, tendo colaborado nos seus cuidados e no processo de adaptação à doença. É competência do EESIP promover “a adaptação da criança/jovem

*e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”* (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

A doença crónica pode ter um carácter disruptivo no seio familiar, pelo novo desafio de vida e todas as implicações a curto, médio e longo prazo. No caso particular da Diabetes tipo 1, acarreta todo um conjunto de responsabilidades de vigilância de glicémias e corpos cetónicos, administração de insulina e adaptação a regimes alimentares e de exercício físico (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012). No percurso de internamento desta criança, o papel do enfermeiro, além de promover a saúde da mesma, é de auxiliar a criança e família na adaptação, capacitação e aquisição de estratégias de *coping* para gerir a doença crónica diagnosticada, adequando a sua interação para ir ao encontro das necessidades da criança e da família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Prestei cuidados a esta criança integrando a equipa, adotando uma filosofia de cuidados centrados na família (CCF). Esta filosofia, como já anteriormente referido, é de extrema importância em todos os cuidados relativos à população pediátrica, tendo um dos seus maiores expoentes na gestão da doença crónica. O bem-estar e a adaptação da díade criança-família a todas as alterações que ocorrem após o diagnóstico de uma doença crónica, como a diabetes tipo 1, são essenciais para a saúde emocional e física da criança e dos pais. Na interação com esta criança e família, procurei estabelecer uma relação de confiança, valorizando as suas experiências anteriores e utilizando-as para este novo contexto, reforçando sempre aos pais que os melhores cuidadores da criança são eles mesmos.

Procurei avaliar os conhecimentos dos pais relativamente aos cuidados a ter, valorizei as suas queixas e preocupações, desmistificando receios inerentes à gestão da vida familiar e à gestão dos cuidados inerentes à doença recém-diagnosticada. Os enfermeiros devem, neste contexto, ter em conta, na sua intervenção educativa, as vivências e conhecimentos dos pais, e desenvolver intervenções de apoio ajustadas aos seus sentimentos e emoções (OE, 2010b).

Os cuidados acima descritos foram dirigidos não só a esta criança e família, mas a todos os utentes pediátricos com que me cruzei neste percurso formativo. Observei,

colaborei e prestei cuidados a crianças, jovens e famílias, com diversas patologias e motivos de internamento. Consultei os seus processos clínicos, permitindo-me identificar os motivos mais frequentes de internamento, sinais e sintomas associados e as abordagens e intervenções de enfermagem mais adequadas. Tudo foi de extrema importância, na medida em que me permitiu adquirir e consolidar conhecimentos e transpô-los para a minha prática diária.

Tive oportunidade de frequentar enquanto formanda, neste contexto de estágio, o 2º Congresso Nacional de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e o *workshop* associado, relativo à PHDA em idade escolar. Este foi uma mais-valia uma vez que foram abordados muitos aspetos inerentes a esta perturbação do neurodesenvolvimento e as melhores estratégias (na sua maioria não farmacológicas), para gerir dificuldades que desta perturbação possam advir. Desta forma, sinto que adquiri novas ferramentas para promover a adaptação das crianças/jovens e família com PHDA ao quotidiano familiar e/ou escolar. A PHDA é uma patologia muitas vezes associada à indisciplina e irreverência não só pelos pais, mas também pelos profissionais de saúde e da educação, tornando-se num tema pertinente para formação em serviço. Também no SIP os enfermeiros consideraram pertinente aprofundar conhecimentos sobre a PHDA pelo que este tema foi proposto para incluir o plano de formação do ano 2021. É competência do EE a responsabilidade de "*ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho*" (Regulamento n.º140/2019, 2019, p4749), diagnosticando necessidades formativas e atuando como formador.

Esta experiência motivou a realização de uma síntese reflexiva relativa a uma das mesas temáticas do referido congresso a que tive oportunidade de assistir (Apêndice III).

As atividades descritas anteriormente, permitiram-me desenvolver as competências de EESIP: *E1 Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.*

Durante o meu percurso de estágio nos vários contextos — SIP, SUP, UCIEN e Cuidados de Saúde Primários (CSP) — observei e colaborei frequentemente em procedimentos invasivos, em particular na punção venosa para colheita de sangue ou

para colocação de cateter venoso periférico e na vacinação. Tive oportunidade de, em particular com as enfermeiras orientadoras, discutir as diferentes situações, implementar e adaptar estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor nestes procedimentos. Sendo competência do EESIP a “*gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

A dor é definida pelo *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2018) como uma experiência sensorial e emocionalmente desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial. Ser incapaz de verbalizar a dor não significa que não se seja capaz de a sentir e, por consequência, se tenha necessidade do alívio da mesma. (IASP, 2018; OE, 2008). Considerada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) como o 5º sinal vital, é referido também que a sua avaliação e controlo é um direito dos utentes e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2003).

Para a população pediátrica, foram emanadas orientações relativas à avaliação da dor nas crianças dos 0-18 anos, por parte da DGS, e orientações relativas ao controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (de 1 mês aos 18 anos) (DGS, 2010; 2012).

No SIP recorre-se frequentemente à colocação prévia de EMLA®, à presença dos pais, a técnicas de distração, contenção, amamentação e sucção não nutritiva, com administração de sacarose a 24%, dependendo da idade da criança a quem o procedimento irá ser realizado. Recorre-se frequentemente a metodologias como brincar terapêutico para explicar procedimentos e também à utilização de música e vídeos como técnicas de distração. No contexto do HDPC, é realizada uma consulta de enfermagem prévia ao dia da cirurgia programada, onde é explicado à criança e família todo o circuito, com recurso a vídeos e a material lúdico, como brinquedos. Nesta mesma consulta é abordada a necessidade da colocação de acesso venoso periférico e são explicados os procedimentos analgésicos prévios (colocação de EMLA® e administração de midazolam oral).

Na UCIEN, a contenção era a medida não farmacológica mais utilizada, quer em punções, quer em aspiração de secreções e se houvesse a possibilidade (da criança e

da disponibilidade no serviço), eram colocadas algumas gotas de leite materno na cavidade oral do RNPT, de forma a aliviar a dor.

No SUP foi onde encontrei uma menor utilização destas medidas não farmacológicas. Neste serviço, as medidas utilizadas de forma mais frequente eram a presença dos pais e a utilização da sacarose 24% nas crianças mais pequenas, facto que questioneei — tendo sido identificado pela equipa como uma necessidade de mudança. A equipa apontou que, por vezes, pela urgência do procedimento não são tidos em conta estes aspetos. Desta forma, tive parte ativa na operacionalização de algumas medidas de distração, quando possível, e mediante a vontade da criança (caso se conseguisse expressar), com o visionamento de vídeos ou música, para a distração da mesma, ou na sugestão aos elementos da equipa da utilização das medidas elencadas pela DGS (2012).

Não obstante, nos três serviços descritos acima, é feita uma avaliação sistemática da dor, com escalas adaptadas à idade da criança e à etapa de desenvolvimento, como está preconizado pela norma emanada pela DGS (2010). No SIP e no SUP, as escalas mais utilizadas são *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) ou a escala de faces, mediante a idade da criança e na UCIEN, a mais utilizada é a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS).

Caso se verifique que a criança tenha dor, o enfermeiro age em concordância, administrando analgésicos (ou no caso de não estarem prescritos, articula com a equipa médica no sentido de haver prescrição). O ambiente é também otimizado, de forma a que as crianças/jovens se sintam mais confortáveis (ajustando as luzes e a temperatura do quarto, no caso do SIP).

Colaborei em todas estas atividades, de forma progressivamente mais autónoma, sendo que na UCIEN colaborei nos cuidados ao RN, mas não de forma autónoma. Não tendo experiência prévia em prestação de cuidados no contexto de um serviço de neonatologia, considerei que a minha autonomia não seria totalmente adquirida no tempo preconizado para o estágio, em concordância com a enfermeira orientadora.

Além de todas estas medidas, a presença dos pais é uma constante, sendo inclusivamente encorajada, em todos os serviços em questão. A presença dos pais como

minimizador do *stress* do binómio criança-família é essencial, como já referido. Os procedimentos dolorosos são realizados numa sala própria, também decorada e com brinquedos, não sendo efetuados (no caso do SIP), no quarto da criança, para não haver interrupção do ambiente seguro. É entregue à criança um diploma e/ou autocolantes que dizem o quão corajosa ela foi. Os cuidados não traumáticos são essenciais à prática de enfermagem em pediatria, na medida em que minimizam o trauma das intervenções e consequentemente reduzem o *stress* associado (Hockenberry & Barrera, 2014).

As atividades acima descritas permitiram-me desenvolver a competência *E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* e *E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*.

O SUP recebe crianças dos 0 anos aos 18 anos (menos 1 dia), e entre os vários motivos de procura a este serviço destacam-se os traumatismos, os sintomas respiratórios (tosse, dispneia, rinorreia), os sintomas gastrointestinais (vómitos e diarreia), a febre e a dor. Tem no seu espaço físico uma sala de triagem, uma sala de tratamentos, uma sala de nebulizações, uma sala de reanimação e uma sala de observação. É um serviço com apoio de Ortopedia e Cirurgia Geral, nas situações em que tal é necessário e justificável.

O sistema de Triagem de Manchester é o protocolo de triagem usado no SUP, permitindo à equipa de enfermagem atribuir uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Com base na queixa que traz a criança e família à urgência é escolhido um dos 50 fluxogramas existentes (o mais específico possível dada a situação apresentada). Após a escolha do fluxograma, percorre-se os discriminadores do mesmo, sendo atribuída uma das cinco prioridades clínicas possíveis de forma rápida e sistemática (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente ou Não Urgente)(Grupo Português de Triagem, 2015).

O momento da triagem é o primeiro contacto da criança e família com o SUP. É neste contacto que poderão ser despistados sinais de gravidade, que encaminharão as crianças e suas famílias à sala de reanimação, para cuidados emergentes, ou definirão o intervalo de tempo a aguardar para observação médica. É importante assegurar aos

pais durante a triagem que, enquanto aguardam, podem recorrer à equipa de enfermagem para sinalização de alterações na situação de saúde da criança ou outras necessidades e preocupações. Este cuidado, efetuado no acolhimento aos pais na urgência, confere tranquilidade e estabelece o início de uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem, pois a admissão a um SUP é um fator de *stress* para a família. Frequentemente, o conceito de cuidados urgentes pode ser discrepante para a equipa de saúde e para a família; desta forma é importante para o enfermeiro estabelecer contacto com a família para identificar a sua perceção de gravidade da situação, tranquilizando-os se possível. Assim, o enfermeiro contribuirá para a redução do *stress* inerente à ida à urgência, fornecendo informação aos pais que os faça sentir com um maior controlo da situação (Sanders, 2014).

No decurso da minha vida profissional, exerci funções num serviço de urgência de adultos, pelo que tenho formação e experiência na aplicação da Triagem de Manchester. Enquanto aluna tive oportunidade de colaborar, junto da enfermeira orientadora, na triagem dos utentes pediátricos.

Apesar do meu conhecimento prévio deste sistema de triagem, as especificidades inerentes à população pediátrica permitiram-me aprofundar conhecimentos relativos à sua aplicação na pediatria. Foi possível identificar quais os principais motivos de vinda ao SUP, quais os sinais e sintomas associados e quais as intervenções implementadas pelos enfermeiros. A rápida identificação de situações de maior complexidade e a utilização correta dos fluxogramas de triagem (muitas vezes diferentes dos adultos) permitiu uma implementação eficiente de intervenções, por parte da equipa multidisciplinar.

Constatei que um número elevado de crianças (e famílias) que procuraram o SUP, não o fizeram por motivos de real urgência ou emergência. Frequentemente, as crianças e famílias recorriam ao SUP sem ter sido efetuada uma avaliação prévia (e posterior encaminhamento) por parte dos cuidados de saúde primários. Muitas famílias não tinham instituído cuidados em casa, de forma a tentar controlar ou debelar a sintomatologia, antes da deslocação à urgência. Para um grande número de famílias, o SUP é a primeira linha para avaliação e tratamento das suas crianças.

Em discussão com a enfermeira orientadora e a equipa de enfermagem, constatei que estes têm uma perceção semelhante, ou seja, que a grande afluência aos serviços de urgência pediátrica (e mais especificamente a este SUP), tem por base as situações descritas. Assim, os profissionais reconhecem ser pertinente fazer formação às famílias no sentido de reduzir as vindas à urgência.

Ao longo do meu estágio no SUP procurei promover momentos de capacitação parental por forma a promover a literacia em saúde e reduzir a vinda injustificada à urgência. Privilegiei ensinamentos sobre controlo de sinais e sintomas no domicílio (como a febre) e os circuitos a adotar (como o recurso aos cuidados de saúde primários).

Durante a colaboração e prestação de cuidados às crianças, adolescentes e suas famílias, comuniquei de forma ajustada à situação, à idade e ao seu estágio de desenvolvimento e cultura, os procedimentos que iriam suceder-se, permitindo também a expressão de dúvidas e sentimentos associados a todo o episódio de doença e ida à urgência e negociação dos cuidados. Esta comunicação com a criança e família é importante, pois, apesar da agitação inerente ao serviço, trará à criança e ao jovem o sentimento de que são incluídos nos cuidados e que têm “uma palavra nos mesmos”, diminuindo os comportamentos de resistência e facilitando a colaboração com a equipa, nos procedimentos necessários (Sanders, 2014).

De uma forma mais abrangente, a comunicação eficaz com a criança e família é um princípio-chave dos CCF e da relação terapêutica, devendo haver um investimento do enfermeiro, e, mais especificamente do EESIP, na comunicação, pois esta conduz a ganhos terapêuticos na dinâmica familiar e ajuda a estabelecer uma relação de maior confiança com o profissional (Levetown, 2008; OE, 2015).

As atividades acima descritas permitiram-me desenvolver as competências *E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados* e *E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*.

A UCIEN recebe recém-nascidos que tenham nascido prematuramente (a partir das 24 semanas) ou que, nascendo de termo, enfrentem algumas dificuldades na adaptação à vida extrauterina ou tenham algum problema de saúde que necessite de

apoio e vigilância das funções vitais. Divide-se em três espaços contíguos: a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com 6 incubadoras, onde estão os recém-nascidos que inspiram mais cuidados, sob ventilação invasiva ou não-invasiva; a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, com 8 incubadoras ou berços, destinada aos recém-nascidos que, já tendo maior autonomia respiratória (não sendo expectável oxigenoterapia além dos óculos ou cânula nasal), estão nesta sala para aquisição de autonomia alimentar; e por fim o Berçário ou Sala de pré-alta, onde são consolidados conhecimentos adquiridos, até então, pelos pais dos RN's de forma a serem autonomamente capazes de cuidar dos mesmos para regressarem a casa.

No ano de 2019, 8% dos nascimentos em Portugal foram prematuros (abaixo das 37 semanas de gestação) e, destes, 1% acontece antes das 32 semanas de gestação (Euro-Peristat Project, 2018; Instituto Nacional de Estatística, 2018). A prematuridade está indissociavelmente associada a uma maior morbilidade e mortalidade, dado que estes recém-nascidos carecem de cuidados extremamente diferenciados e de elevada qualidade de forma a assegurar a sua sobrevivência. Graças à inovação tecnológica e médica, a sobrevivência dos RNPT aumentou significativamente nas últimas décadas (Euro-Peristat Project, 2018).

O percurso numa UCIEN pode ser extremamente disruptivo para os pais. Além da aprendizagem relativa a uma nova realidade que engloba um filho pré-termo internado a necessitar de cuidados específicos, precisam de encontrar o seu lugar nesses cuidados enquanto pais, lidando em simultâneo com o luto de uma gravidez idealizada. Esta nova realidade pode conduzir os pais a sentimentos de tristeza, ansiedade e frustração (Askin, 2009).

Na UCIEN, o “livro do recém-nascido” é fornecido aos pais, o mais cedo quanto possível com o propósito de os pais poderem escrever o que quiserem relativamente à sua (deles e do bebé) estadia na unidade: conquistas, retrocessos, medos e esperanças. Frequentemente, os enfermeiros fornecem autocolantes também desenhados para este projeto, com pequenas conquistas dos recém-nascidos, mas que são extremamente importantes: “*Hoje fiz canguru com o pai*”, “*Hoje a mãe trocou-me a fralda*”.

Durante a minha permanência neste contexto, observei que os pais atualizavam com frequência o diário e que a receção dos autocolantes era feita com entusiasmo, pois era sinal de que haveria mais algum aspeto positivo e evolutivo no seu bebé. A escrita de um diário pode, na grande maioria das situações ser benéfico para aliviar o *stress* inerente à permanência na UCIEN (MacNab, Beckett, Cohen Park, & Sheckter, 1998). Com frequência, assisti à partilha de conteúdos do diário, pelos pais com a equipa de enfermagem, e era notório que existia uma relação de confiança entre ambos.

A necessidade de uma relação terapêutica, de confiança e de suporte emocional com a equipa de enfermagem são também alguns dos fatores identificados pelos pais como fornecedores de confiança e de alívio de *stress*, onde a oportunidade de cuidar do RNPT e os comportamentos de parceria e empoderamento dos pais, incentivados por parte da equipa de enfermagem são fundamentais (Cleveland, 2008).

O meu percurso na UCIEN foi de descoberta, pois nunca tivera a experiência de estar neste contexto (nem em estágio de licenciatura). Desta forma, as atividades delineadas contemplaram primordialmente a observação participativa dos cuidados aos RNPT e família, com vista à promoção do seu neurodesenvolvimento, da vinculação, da capacitação parental e da amamentação. Desta observação adveio a elaboração de uma reflexão crítica, na qual foco o cuidar em neonatologia com enfoque na família e na promoção dos aspetos acima referidos, em particular na amamentação (Apêndice IV).

As atividades descritas permitiram-me adquirir e desenvolver as competências específicas: *E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.*

Promover o desenvolvimento infantil é, segundo a OE, auxiliar a criança, em parceria com a família, a desenvolver-se no ritmo e padrões expectáveis para a idade (2010a). O cuidar para a promoção do desenvolvimento é, na UCIEN, um princípio fundamental na prestação de cuidados que tive a oportunidade de realizar durante o estágio. A preocupação com o neurodesenvolvimento do RNPT vai além dos cuidados diferenciados prestados numa unidade de cuidados intensivos. O desenvolvimento das crianças prematuras, mesmo no caso dos prematuros tardios, exige acompanhamento

por parte dos cuidados de saúde primários e terciários no sentido da deteção precoce de perturbações associadas à prematuridade.

Além da preocupação com o neurodesenvolvimento dos RNPT, o cuidar para a promoção do desenvolvimento de todas as crianças atinge, nos cuidados de saúde primários uma importância crucial. Um dos principais objetivos dos CSP é a vigilância e promoção do desenvolvimento infantil, assim como a deteção precoce de perturbações, agindo e encaminhando em conformidade (DGS, 2013).

A OMS reconhece a importância dos cuidados de saúde primários para a qualidade de saúde das populações, pois fornecem à comunidade “*cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida*” (OMS, 2019).

O meu percurso de estágio nos CSP incidiu sobre duas áreas distintas: a consulta de saúde infantil, consulta autónoma de enfermagem e vacinação na UCSP e o trabalho desenvolvido junto da comunidade, mais especificamente no âmbito da saúde escolar, na UCC.

Durante o meu percurso na UCSP, observei e colaborei nas consultas de saúde infantil e juvenil, nomeadamente na avaliação de desenvolvimento. O método de trabalho desta UCSP é por enfermeiro de referência, estando duas enfermeiras ESIP na consulta de saúde infantil e juvenil sendo responsáveis pela mesma.

Nesta UCSP, a avaliação é realizada através da observação da criança e diálogo com os pais, usando como base de referência os critérios da escala de *Mary Sheridan* modificada, como recomendado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Estas consultas têm como alvo dos cuidados não só a criança, mas também a família, valorizando as opiniões, questões e preocupações dos pais. Desta forma, além do fornecimento de orientações antecipatórias e da sugestão de atividades promotoras do desenvolvimento, são também facultadas orientações direcionadas a estas preocupações, mais focadas em problemas de amamentação ou parentalidade.

Se a enfermeira que realiza esta consulta considerar pertinente, pode em conjunto com os pais agendar uma consulta autónoma de enfermagem, com maior brevidade do

que as programadas em conjunto com a equipa médica, para avaliar a progressão estato-ponderal, o desenvolvimento ou reforçar as orientações necessárias.

Tive oportunidade de colaborar tanto nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil programadas, como nas consultas autónomas de enfermagem, dando também alguns contributos, particularmente na área da amamentação, uma vez que realizei recentemente formação nesta área. Por exercer funções numa consulta externa de Pediatria, senti que esta experiência foi enriquecedora, dado que me permitiu ter acesso “em primeira mão” à dinâmica de cuidados efetuados na comunidade e à importância do papel do EESIP, tanto na promoção do desenvolvimento como na promoção da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Também na UCSP participei em momentos de vacinação dentro do Plano Nacional de Vacinação (PNV), incluindo a administração da BCG, mediante os critérios de elegibilidade definidos pela DGS. Durante estes procedimentos, colaborei nas medidas não farmacológicas de controlo da dor, tais como a distração, o posicionamento e a contenção. A sala de saúde infantil da UCSP está decorada com motivos infantis e durante este período de realização de procedimentos dolorosos são colocadas músicas adequadas à idade, revelando o cuidado da equipa na adequação do espaço e do ambiente de forma a minimizar a experiência traumática nas crianças.

O registo tanto das consultas de saúde infantil e juvenil, assim como da vacinação, é realizado em suporte informático para facilitar a consulta dos dados em consultas subsequentes.

Na UCC, acompanhei a enfermeira orientadora que, entre as suas funções na unidade, era responsável pela Saúde Escolar na área de abrangência da mesma, o que compreendia a um universo de cerca de 6 mil alunos distribuídos por 17 escolas de 4 agrupamentos escolares. A equipa da UCC colabora na saúde escolar, contudo não em horário completo, tendo algumas horas por semana (este número de horas varia de profissional para profissional) alocadas à saúde escolar. Além de enfermeiros, a equipa integra também higienistas orais, psicólogos e técnicas ambientais.

O Programa de Saúde Escolar visa promover a saúde, o sucesso educativo e o bem-estar das crianças e jovens escolarizados (DGS, 2006). Sendo a “*promoção do*

*potencial de saúde através de uma intervenção nos programas de saúde escolar*”(OE, 2015a,p20) um dos enunciados descritivos dos cuidados especializados do enfermeiro ESIP, este assume um papel fundamental no programa acima descrito. Desta forma, são desenvolvidos projetos e atividades que visam dar resposta às necessidades dos alunos, da equipa docente e não docente.

Um dos projetos existentes na Saúde Escolar desta UCC tem o nome de “Jovens Promotores de Saúde”. Este projeto iniciou-se há cerca de 5 anos, altura em que, pelo aumento do consumo de substâncias ilícitas em parque escolar, surgiu um pedido à saúde escolar de ajuda e colaboração por parte de alunos dessa mesma escola. Este projeto tem os alunos como agentes dinamizadores e promotores de saúde no seu contexto escolar. Este inicia-se todos os anos letivos em regime de voluntariado dos próprios alunos, sendo estes a identificar as questões que pretendem que sejam abordadas.

Participei, enquanto observadora, na primeira reunião dos “Jovens Promotores de Saúde” de uma escola secundária, onde para além dos jovens estavam dois professores (elos entre escola e a unidade de saúde), a enfermeira ESIP responsável pela saúde escolar, uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e o psicólogo da equipa. Aos alunos presentes pela primeira vez, foi explicado no que consistia o projeto e realizou-se um “*brainstorming*” para identificar possíveis temas a focar.

Durante o estágio surgiu por parte de uma professora, um novo pedido de colaboração com a saúde escolar. Esta docente tinha uma aluna nova na escola, com diabetes tipo 1. Dado que não tinha conhecimentos suficientes relativamente aos cuidados a ter e vigilâncias a efetuar, esta professora solicitou uma sessão de formação para o pessoal docente e não docente que mais interagira com a aluna. Neste sentido, elaborei e apresentei em conjunto com a enfermeira orientadora e outra enfermeira da equipa da UCC, uma sessão de formação relativa a esta temática (Apêndice V).

Considero que estas experiências foram para mim extremamente enriquecedoras enquanto profissional, pois possibilitaram-me observar e participar num contexto de prática totalmente diferente ao que conheço e me é familiar, mas mantendo sempre o

elevado padrão de qualidade de cuidados à criança/jovem e à comunidade onde a mesma se insere.

As atividades acima descritas permitiram-me desenvolver as competências específicas: *E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* e *E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*; e desenvolver as competências comuns: *B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro* e *D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*.

A continuidade de cuidados e a articulação de informação entre unidades de saúde (comunidade e hospital) é uma realidade que traz mais valias à qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais às crianças e família. Nos dois contextos onde tive oportunidade de estagiar, tive contacto com esta realidade, tendo observado a comunicação entre equipas (hospitalar e da comunidade).

A consulta de desenvolvimento (CD) está inserida no serviço de AP onde exerço funções, tendo como responsável das consultas de enfermagem, uma enfermeira ESIP. Esta consulta recebe crianças referenciadas pelos CSP ou por outras consultas de especialidade, com patologia de desenvolvimento ou risco de desenvolvimento da mesma, mediante os critérios de elegibilidade definidos pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2010). As consultas de enfermagem de desenvolvimento podem estar ou não associadas a consultas médicas, e nelas são desenvolvidas atividades de promoção do desenvolvimento e da parentalidade, de capacitação familiar e de vigilância da adaptação ao regime terapêutico.

Durante o meu estágio, participei ativamente nas consultas de desenvolvimento, cooperando com a enfermeira orientadora nas atividades acima mencionadas.

Durante o meu estágio na consulta de desenvolvimento, participei numa iniciativa que compreendia o desenho e conseqüente implementação de um programa de capacitação parental de crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA). Este programa, baseado no modelo de Denver para a intervenção precoce, surgiu por iniciativa da Enfermeira ESIP da consulta de desenvolvimento infantil, no decurso da frequência de formação pós-graduada em neurodesenvolvimento infantil.

A *American Psychiatric Association* descreve a PEA como uma perturbação complexa do neurodesenvolvimento que envolve dificuldades persistentes na interação social, linguagem e comunicação não-verbal, com comportamentos restritivos ou repetitivos, existindo diferenças nas manifestações e na severidade de pessoa para pessoa (American Psychiatric Association (APA), 2018).

O modelo de Denver é um método de intervenção precoce para crianças com PEA, onde os pais são coterapeutas na intervenção diária que têm junto destas crianças. O objetivo principal é preparar e aumentar as iniciativas da criança em todos os domínios e desta forma potenciar e ajudar o seu desenvolvimento (Löhr, 2016).

A intervenção parental em crianças com PEA é uma prática conhecida e utilizada em vários programas de intervenção nesta área, pois demonstrou-se eficaz em potenciar o desenvolvimento destas crianças (Fettig & Barton, 2014).

Os pais passam mais tempo junto das crianças do que os profissionais, por isso têm a possibilidade de proporcionar mais momentos de aprendizagem e de intervenção, em diferentes contextos, aumentando assim a probabilidade de evolução e aquisição de competências nestas crianças (Steiner, Koegel, Koegel, & Ence, 2012). Estas intervenções levadas a cabo pelos pais, com treino prévio através de sessões de capacitação parental, têm demonstrado aumentar a interação entre pais e filhos, a comunicação verbal e as interações sociais, havendo uma diminuição dos comportamentos mais problemáticos (Steiner et al., 2012; Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

O enfermeiro, em particular o EESIP, assume-se como um profissional de eleição na realização destas sessões, pois é dele a competência de “*Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias*” de forma a facilitar o processo de adaptação aos processos de saúde/doença (Regulamento n.o 422/2018, 2018, p.19193)

O programa de capacitação parental de crianças com PEA está “a dar os seus primeiros passos” na consulta de desenvolvimento infantil, sendo considerado pela equipa multidisciplinar como uma mais-valia, pois o principal objetivo é fornecer ferramentas aos pais para melhor estimular e trabalhar com as suas crianças no ambiente familiar.

A elegibilidade para este programa é discutida pela equipa multidisciplinar quando se depara com uma criança até à idade pré-escolar (inclusive) com alterações importantes da relação e da comunicação, ou já com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo estabelecido, onde se considera que este programa trará mais-valias para a mesma. É também necessário que haja interesse por parte dos pais/família para a sua frequência. Este programa é complementar a outros métodos de intervenção, não pretendendo substituir qualquer terapia que a criança frequente ou venha a frequentar.

Consiste em 10 sessões programadas entre a equipa de enfermagem e a família, onde o objetivo será fornecer ferramentas aos pais na área da atenção diádica (entre criança e pais) e atenção triádica ou conjunta ( em que partilha o foco de atenção entre os pais e um objeto); da comunicação não verbal (e posteriormente verbal); e da imitação — de forma a conseguirem aproveitar os momentos em família também como momentos de intervenção. Estas sessões são feitas de forma individualizada e na presença da criança, de forma a perceber as competências já adquiridas pela mesma, fornecendo assim estratégias mais personalizadas à família.

Desta forma, e após discussão com a orientadora do estágio, e dadas as atividades e objetivos traçados, foi considerada pertinente a minha participação neste programa, colaborando na elaboração de duas das sessões de capacitação parental.

As duas sessões que desenvolvi com a cooperação da enfermeira orientadora têm como temas: “a importância da comunicação não verbal” e “ajudar a criança a aprender através da imitação”. Em ambas, pretendeu-se inicialmente elucidar os pais da importância destas competências, explicando de que modo estão alteradas nas crianças com PEA, sendo posteriormente sugeridas algumas atividades com o objetivo de desenvolver a competência abordada. Estas atividades são adaptadas mediante a informação obtida pela observação da criança e pelas informações fornecidas pelos pais.

Durante este estágio, tive a oportunidade de observar e colaborar na primeira sessão deste programa, com uma criança de 3 anos com um diagnóstico recente de PEA e com a mãe. Esta sessão inicial denominada “*seja o centro das atenções*”, tem como principal objetivo fornecer estratégias aos pais para, como o título indica, colocarem-se no foco da atenção da criança. Durante a observação da criança e à medida que conversávamos com a mãe, percebemos que a criança tinha um pequeno brinquedo de plástico que transportava para todo o lado e que serviria de regulador quando se sente

mais estimulado (agarrando com força no brinquedo, junto a ele). As estratégias fornecidas à mãe passaram principalmente “em chegar” à criança, não só, mas também através de interações com o brinquedo. Esta sessão foi desafiante, pois esta família, de nacionalidade búlgara, residia em Portugal há cerca de 8 meses, havendo uma grande barreira linguística a transpor; contudo a mãe estava muito recetiva a toda a ajuda que poderia receber, pelo que nessa sessão fez-se acompanhar de uma amiga que, falando melhor português, serviu de intérprete, colmatando um pouco esta dificuldade.

A participação nesta sessão fez-me refletir, de forma particular, sobre a importância dos CCF e da parceria de cuidados nestas crianças. Pois os pais, melhor do que qualquer profissional de saúde, conhecerão os seus filhos e poderão fornecer *inputs* valiosos para o desenvolvimento de competências dos mesmos se os incluirmos ativamente nos cuidados e atividades realizadas e a realizar.

As atividades descritas permitiram-me desenvolver as competências específicas: *E2.5. Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura e as competências comuns: B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.*

### **2.3.2. Desenvolvimento de competências com foco nos cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias**

Considerando o autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem efetuado aquando da elaboração do projeto de estágio, bem como a temática específica a trabalhar no relatório, senti necessidade de - aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento na adolescência e obesidade infantil e juvenil -, pois o EE “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente*”(Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4749).

Verificou-se, também, a necessidade de - identificar estratégias de intervenção promotoras da saúde no cuidar da criança e adolescente com obesidade e sua família - pois a busca de formação contínua, do desenvolvimento profissional e do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem assegurará uma prestação de cuidados especializados de qualidade (OE, 2015).

Por último, estabeleci o objetivo de - desenhar um projeto de intervenção de enfermagem na abordagem ao adolescente com obesidade e sua família em contexto de consulta de ambulatório. A evidência diz-nos que 70% dos adolescentes com obesidade serão obesos aos 30 anos de idade (Simmonds et al., 2016). Desta forma, a intervenção de enfermagem junto dos adolescentes com obesidade e sua família é uma ação urgente e necessária, de modo a potenciar comportamentos promotores de saúde que visem o alcance do seu potencial máximo de saúde (OE, 2015).

Durante o meu percurso de estágio, foi claro que, por vezes, estas intervenções podem ser dificultadas, seja devido ao contexto de doença/hospitalização, seja por a equipa estar pouco desperta para a problemática. O período de internamento apesar de disruptivo na vida de um adolescente, com a separação do seu ambiente, família e pares, e as alterações das suas atividades de vida relacionadas com o motivo da hospitalização, também pode ser encarado como um período de contacto com as unidades de saúde e conseqüente monitorização e intervenção no âmbito da promoção da saúde (Bradford et al., 2012; Sanders, 2014).

No SIP, em discussão com a enfermeira orientadora e equipa, percebi que, apesar de revelarem interesse no tema abordado, os enfermeiros reconheceram que durante o período de hospitalização de um adolescente, caso este seja obeso, pouco é feito no sentido da prevenção (primária ou secundária). A equipa fica mais focada nas intervenções dirigidas ao motivo do internamento. Constatei também que a maioria dos enfermeiros desconhecia a existência de uma consulta de obesidade pediátrica no seu hospital e como poderiam articular com a mesma.

Por esse motivo, e em articulação com a enfermeira orientadora, foi feita uma sessão de formação intitulada "*Obesidade Infantil e Juvenil: a relevância da intervenção*

*do enfermeiro*”, com vista a sensibilizar a equipa para esta temática e intervenções de enfermagem associadas (Apêndice VI).

No SIP, contactei com alguns adolescentes com obesidade, sendo um deles já seguido nesta mesma consulta. Este facto era transmitido em ocorrências pela equipa, durante a passagem de turno pelo que a generalidade da equipa tinha este conhecimento; contudo, o mesmo não era usado para planeamento de intervenções focadas nesta temática.

Aproveitei os momentos de contacto com os adolescentes e família, para focar o tema e sensibilizar esta díade da importância da adoção de comportamentos promotores de saúde, assim que fosse possível retomar as atividades da rotina diária.

No SUP, a abordagem e as intervenções delineadas estão estritamente ligadas ao motivo de procura da criança/adolescente deste serviço. Em discussão com a enfermeira orientadora e equipa de enfermagem, aferiu-se que recorrem adolescentes obesos a esta urgência; porém não são delineadas atividades dirigidas a esta situação pois o foco de cuidados não é esse.

Desta forma, decidiu-se que seria útil realizar um *poster* no âmbito da temática dos hábitos de alimentação saudável e do consumo de açúcar, dado que esta está intimamente ligada à manutenção e agravamento da obesidade tanto em crianças e adolescentes como em adultos (WHO, 2015). O *poster* será posteriormente exposto em sala de espera, para consulta por parte das crianças, adolescentes e dos seus acompanhantes, tendo o objetivo de os sensibilizar para a temática enquanto aguardam pela triagem ou observação médica (Apêndice VII).

Destaco assim o desenvolvimento das competências comuns: *C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão* e *D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho*.

O meu estágio de CSP, para além das consultas de saúde infantil, focou-se no trabalho desenvolvido pela Saúde Escolar. No âmbito do programa de Saúde Escolar, existe, na UCC um projeto (pertencente a todo o agrupamento de centros de saúde) relacionado com a prevenção da obesidade infantil intitulado “*Come devagar e bem...& mexe-te também*”. Este projeto está inserido no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e tem como objetivo a promoção de comportamentos e estilos de

vida saudáveis com vista à prevenção da obesidade infantil. A população-alvo são crianças do 1º ciclo do ensino básico do parque escolar do agrupamento, que irão ser acompanhadas num horizonte de 4 anos, com áreas temáticas específicas a focar em cada um dos anos (ASAE, 2016). De momento, este projeto está a decorrer apenas numa escola de 1º ciclo do parque escolar desta UCC, inserida num bairro de habitação social onde residem muitas famílias com dificuldades socioeconómicas.

Quando ocorreu o meu estágio, estava em curso o segundo ano deste projeto nesta UCC, pelo que seriam alvo de intervenção as crianças do 2º ano bem como as do 1º ano de escolaridade. Antes das atividades com as crianças, deslocámo-nos à escola para recolher dados antropométricos das mesmas (peso, altura e IMC), com autorização prévia dos encarregados de educação. Esta recolha de dados serve dois propósitos: 1) comparação com dados que irão ser recolhidos no final do ano letivo para avaliar a eventual eficácia das ações de sensibilização e 2) referenciação à equipa de saúde de crianças já com excesso de peso ou obesidade no início do ano letivo. Anteriormente, todos os cálculos eram feitos à mão num documento de texto, pelo que criei um documento em folha de cálculo informatizada em Excel que facilitasse este trabalho à equipa de saúde escolar, tanto ao nível dos cálculos de IMC como do tratamento posterior destes dados.

Durante o meu estágio na UCC, estava programada a visualização de um vídeo de animação sobre a importância do pequeno almoço com crianças do 1º ano de escolaridade e um jogo interativo sobre a roda dos alimentos com as turmas do 2º ano. Gostei bastante de interagir e participar nestas atividades dado que não tenho experiência no contacto com a comunidade. Pude constatar que as crianças possuem bastante conhecimento sobre o que é uma alimentação saudável. Contudo, verbalizaram que na maioria dos dias, traziam sumos, bolos e doces — alimentos altamente calóricos e ricos em açúcar e gorduras — por serem mais fáceis de adquirir, para os pais.

Os professores com quem tive a oportunidade de estabelecer contacto, tinham a perceção de que os pais dos seus alunos não estavam, na sua maioria, sensibilizados quanto à importância da adoção de uma alimentação saudável, nem para a adoção de comportamentos promotores de saúde. Referiram que os seus alunos têm hábitos de sono mal estabelecidos (deitando-se frequentemente tarde e vindo muitas vezes com sono para as aulas), demonstram ter elevada exposição a ecrãs e pouca atividade física.

Esta partilha de informação por parte da equipa docente levou-me a concluir que é crucial sensibilizar estas crianças e famílias de forma a promover a mudança comportamental.

A parceria estabelecida entre professores, o EESIP e a família é essencial para o sucesso das intervenções realizadas no âmbito da prevenção da obesidade em crianças e adolescentes em contexto escolar (Gonzaga, De Araújo, Cavalcante, Lima, & Galvão, 2014; OE, 2015).

Após a participação nestas atividades, e por ter sido também identificada como uma necessidade da UCC e deste projeto, desenvolvi um folheto para ser entregue aos pais das crianças, em que, de forma resumida, se focam os principais pilares de comportamentos promotores de saúde, de forma a sensibilizar os mesmos para a sua adoção (Apêndice VIII).

Associado a este projeto, nesta mesma UCC, foi alargada a intervenção para as crianças de 2º ciclo, sendo a temática trabalhada — o ensino de leitura de rótulos — de forma a facilitar a escolha de produtos mais saudáveis nas idas ao supermercado com a família. Esta sessão de formação teve dois momentos, separados em cerca de 2 semanas, constando o seu planeamento no Apêndice IX.

Durante este período, também tive a oportunidade de observar o funcionamento da Consulta de Obesidade Infantil e Juvenil (COIJ) de um hospital central. A esta consulta são referenciadas crianças e jovens por outros serviços e unidades com base em critérios pré-definidos. A atuação da equipa multidisciplinar é no âmbito da prevenção secundária e também terciária.

A abordagem da criança/jovem obeso é da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro, nutricionista, fisiologista do exercício e psicólogo. A primeira e segunda consultas são efetuadas com um mês de intervalo, com médico e nutricionista, havendo depois uma avaliação trimestral intercalada realizada pelo enfermeiro e médico, articulando-se com os outros profissionais caso exista essa necessidade.

A intervenção do EESIP nesta consulta incide na promoção de comportamentos promotores de saúde e vigilância da adesão da criança/jovem a esses mesmos comportamentos. Estas intervenções têm como base a díade criança/jovem e família, privilegiando a negociação de medidas a tomar com base na dinâmica e disponibilidade familiar. O que observei foi corroborado pela perceção da enfermeira desta consulta, que

veio reforçar a minha experiência enquanto profissional de uma consulta externa pediátrica. Grande parte das escolhas alimentares menos saudáveis não são tidas em conta pela família como prejudiciais para a saúde, ou seja, alimentos e bebidas com alto teor de gordura e/ou açúcar pertencem à dieta familiar, mas a família acredita serem opções saudáveis. Frequentemente a obesidade é desvalorizada pela família que, por não a considerar um problema, dificulta a abordagem e as intervenções dos profissionais. Esta desvalorização da obesidade é infelizmente um “lugar-comum”, segundo a meta-análise de Lundahl, Kidwell, e Nelson, (2014), 50% dos pais de crianças/jovens obesos não têm conhecimento do sobrepeso/obesidade de seus filhos, dificultando assim a intervenção adequada.

Este período de observação, apesar de curto, permitiu-me observar a abordagem da equipa de enfermagem para com estas crianças/jovens e famílias, de forma a retirar contributos para o meu projeto, tendo tido a oportunidade de efetuar uma entrevista à enfermeira responsável pela COIJ, cujo guião consta no Apêndice X.

Com as atividades acima descritas, creio ter desenvolvido as competências específicas: *E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde,* e entre as competências comuns: *D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

Na UCIEN, os cuidados com a alimentação dos RNPT são extremamente rigorosos. Esta unidade é inserida num hospital amigo dos bebés, acreditado pela UNICEF® como cumpridor dos 10 passos para a promoção do aleitamento materno (UNICEF, 2019). Também existe um projeto de incentivo ao aleitamento materno a decorrer exclusivamente na UCIEN intitulado “Cada gota conta”, onde o objetivo é assegurar a continuidade do aleitamento materno dos RNPT’s através da extração frequente de leite materno. Sendo esta uma intervenção desafiante, dado o carácter disruptivo que o internamento de um bebé pode trazer para estes pais (e RN), todos os enfermeiros da equipa tiveram formação recente para saber gerir as dificuldades

encontradas na amamentação nesta fase e apoiar os pais. Encontrei uma equipa extremamente motivada na promoção e manutenção do aleitamento materno e consciente dos benefícios que o mesmo poderia trazer a curto e a longo prazo, como por exemplo a prevenção da obesidade na infância e adolescência (Eidelman & Schanler, 2012; Underwood, 2013).

Esta preocupação com o aleitamento materno é descrita na síntese reflexiva já mencionada anteriormente (Apêndice IV).

Observei e colaborei com a enfermeira orientadora nos cuidados promotores da amamentação, em particular na sala de cuidados especiais da UCIEN, onde os RNPT's já estavam sem suporte ventilatório e poderiam ser colocados à mama. Esta experiência foi enriquecedora, pois fiz formação como conselheira de aleitamento materno há cerca de dois anos e foi com prazer que verifiquei que, mesmo em situações-limite, é tido em consideração o leite materno como o melhor alimento para o recém-nascido.

Desta forma, considero ter adquirido e desenvolvido a competência específica *E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.*

No Ambulatório de Pediatria (AP), além do estágio na consulta de desenvolvimento infantil, o grande foco era o desenho de um projeto de intervenção em enfermagem no âmbito da promoção da saúde em adolescentes com obesidade.

Este serviço procura dar resposta a várias especialidades, tendo todas as crianças uma consulta de enfermagem prévia à consulta médica. São recebidas crianças encaminhadas pelo SUP, SIP, CSP, outras especialidades deste hospital ou de outras unidades de saúde, maioritariamente com patologia crónica.

A prestação de cuidados de enfermagem divide-se nas vertentes de consulta de enfermagem, sala de tratamentos e hospital de dia.

A consulta de enfermagem é uma atividade que deve ser realizada tanto em contexto de cuidados de saúde primários, como nos cuidados de saúde secundários e terciários. Esta atividade permite identificar problemas de saúde-doença e estabelecer intervenções e orientações de enfermagem que visem a promoção do seu bem-estar, da saúde e da prevenção de complicações (Gomes & Nunes, 2006).

O meu interesse por esta área surgiu ao iniciar funções como enfermeira no AP, pois tive a perceção que recorriam muitos adolescentes com obesidade a este serviço. Sendo a obesidade um problema que pode ser encontrado em todas as fases do desenvolvimento, é na adolescência que recai uma preocupação acrescida pois prevê-se que 70% dos adolescentes obesos, se manterão obesos na idade adulta. A adolescência é caracterizada por múltiplas alterações físicas, psicológicas e emocionais. Todas estas alterações poderão estar intimamente ligadas com a progressão da obesidade para a vida adulta, como já referido anteriormente (OE, 2010c; Alberga et al., 2012; Machado, 2015; Simmonds et al., 2016).

A consulta de obesidade pediátrica e juvenil é constituída por uma equipa que inclui enfermeiro, médico e nutricionista e tem uma lista de espera longa para primeiras observações, sendo que as consultas subsequentes são marcadas, em média, 6 a 7 meses após a primeira consulta — em casos que suscitem preocupação acrescida pela suspeita de comorbilidades, a reavaliação é realizada, em média, em 4 meses.

A abordagem e tratamento da obesidade infantil e juvenil deve ser multidisciplinar, com intervenções que visem a adoção de comportamentos promotores de saúde tais como: a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física regular (Barlow, 2007; Katzmarzyk et al., 2014). O seguimento pela equipa multidisciplinar deveria ser frequente, apesar de a literatura não indicar intervalos de tempo concretos, estes deveriam ser, segundo a maioria dos autores, entre algumas semanas a mensal, de forma a traçar-se pequenos objetivos exequíveis e a manter a motivação (Barlow, 2007; Katzmarzyk et al., 2014; Taylor et al., 2016).

A abordagem do enfermeiro no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem que dimensionem a intervenção a realizar não interfere com os referenciais de trabalho dos restantes profissionais de saúde, sendo a sua intervenção complementar, mas necessária. A menção à participação dos enfermeiros nas equipas multidisciplinares de gestão da obesidade infantil e juvenil é enunciada em vários documentos (Barlow, 2007; Epstein et al., 2010; Gonçalves Andreia, 2013).

O enfermeiro possui competências na sua formação, no âmbito da educação para a saúde com vista aos “*clientes atingirem o seu potencial máximo de saúde*” (OE, 2002, p.14), sendo o EESIP particularmente habilitado à promoção da saúde nesta etapa de

desenvolvimento, pois o seu desígnio é “o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”(Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192).

Nas consultas de enfermagem com adolescentes obesos e família que tive a oportunidade de realizar no AP, constatei que uma grande parte das famílias desvaloriza o excesso de peso ou a obesidade, atribuindo muitas vezes as causas unicamente a fatores genéticos. Durante a anamnese ao adolescente e à família, conseguia-se perceber a existência de muitos erros alimentares e pouca (ou nenhuma) atividade física. Perante esta realidade, é premente um programa de intervenção de enfermagem que vise um contacto mais frequente e regular com estes adolescentes e famílias, de forma a auxiliar a manutenção do foco no objetivo, com vista à promoção de comportamentos promotores de saúde, transmitindo orientações e estratégias aos adolescentes e família, com base na negociação das mesmas de forma ao processo de perda de peso ser o menos penoso possível.

Consciente das dificuldades que poderei encontrar, proponho um programa de intervenção de enfermagem promotor de comportamentos de saúde em adolescentes com obesidade para ser articulado e implementado com o apoio dos pediatras e da nutricionista (Apêndice XI).

Com as atividades acima referidas, desenvolvi as competências específicas : “E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, E 3.4 - Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. E, entre as competências comuns: B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade; B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A redação deste relatório é o culminar de toda uma aprendizagem e evolução enquanto pessoa e profissional ao longo destes três semestres. Com este, pretendo espelhar o percurso efetuado na unidade curricular Estágio com Relatório, onde foram mobilizados os conhecimentos adquiridos nas restantes unidades curriculares deste Curso de Mestrado.

Foi uma caminhada onde os inúmeros contributos teórico-práticos das diferentes unidades curriculares me permitiram ter um novo olhar para os cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família nos mais variados contextos. O percurso efetuado no estágio foi extremamente enriquecedor, pela panóplia de aprendizagens e de contacto com realidades e profissionais, com quem muito aprendi. Motivou-me à reflexão e análise diária sobre a minha prática e ao aprofundamento de conhecimentos à luz da mais recente evidência científica, desenvolvendo, assim, o meu juízo crítico fundamentado.

Esta articulação entre a componente prática e a evidência científica conduziu-me à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, como é esperado de um enfermeiro especialista com o grau de mestre. Assim, considero-me uma profissional mais competente, estando doravante mais capacitada para a resolução de problemas em situações novas e em contextos mais específicos e multidisciplinares.

Neste percurso enquanto futura EESIP, é patente, no decorrer da prática profissional, a mobilização de quadros de referência da enfermagem especializada, dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da criança e do jovem e da filosofia dos CCF como base fundamental dos cuidados. Os CCF são uma filosofia que já era parte integrante da minha prática profissional e assim continuará, porque a prestação de cuidados ao utente pediátrico tem de ter em consideração o binómio criança/jovem e família como elementos indissociáveis.

Desta forma considero que, na generalidade, os objetivos propostos foram atingidos e as atividades realizadas nos vários contextos de estágio no cuidado ao RN, à criança

ou jovem e família conduziram-me a uma quase constante análise reflexiva desenvolvendo competências que transponho para a minha prática profissional.

Relativamente à minha área de interesse, a obesidade infantil e juvenil, é uma temática atual e que ainda terá um longo caminho a percorrer no âmbito dos três níveis de prevenção. Na minha prática profissional, estarei mais focada no âmbito da prevenção secundária e terciária, e pretendo sensibilizar os profissionais de saúde com quem trabalho para a importância da implementação do projeto de intervenção desenvolvido e os ganhos em saúde que daí poderão advir.

Seria expectável, pelo menos para mim, que na entrega deste relatório a implementação deste projeto estivesse próxima. No entanto, a pandemia de Covid-19 conduziu a alterações da dinâmica hospitalar e do funcionamento de alguns serviços, estando o serviço onde exerço funções (AP) a funcionar de forma ainda muito limitada, com profissionais alocados a outras áreas funcionais.

Como futura EESIP, pretendo promover as melhores práticas junto da equipa de enfermagem, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, procurando a melhor e mais recente evidência científica. Pretendo ser uma agente de mudança no âmbito da melhoria da prestação de cuidados às nossas crianças/jovens e suas famílias, relativamente à obesidade infantil e juvenil, nomeadamente ao nível dos diferentes níveis de prevenção. Assim, gostaria de incluir no plano de formação do meu local de trabalho, sessões de formação relativas à temática da obesidade infantil e juvenil, dirigidas aos profissionais de saúde que contactem regularmente com estes utentes.

Pretendo também, num futuro próximo, investir em formação nesta área de interesse — que possa ser uma mais valia para o projeto de intervenção de enfermagem elaborado no âmbito deste mestrado — tal como investir em formação pós-graduada em nutrição infantil e em antropometria ISAK®.

Espero num futuro próximo, conseguir implementar o meu projeto de intervenção em enfermagem, e eventualmente alargar o mesmo a todas as crianças com obesidade, seguidas no AP. Caso a implementação do projeto de intervenção em enfermagem se revele bem-sucedida, com uma melhoria na adesão dos adolescentes a comportamentos

promotores de saúde, gostaria também de trabalhar os dados recolhidos durante a implementação do projeto para eventual divulgação dos resultados.

Este percurso foi exigente a todos os níveis, sendo para mim particularmente difícil conciliar a vida académica, pessoal e profissional, dados os desafios que se me colocaram, pessoalmente, nesta caminhada. Tive momentos de grande desgaste físico e emocional que foram, felizmente, ultrapassados, conduzindo-me a um crescimento e maior resiliência nas três dimensões referidas. Sinto-me uma pessoa e uma profissional diferente depois da realização de todo este percurso, sobretudo mais competente para a prestação de cuidados especializados às nossas crianças, adolescentes e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akram, D. S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J. L., Bray, G. A., Carroll, K. K., ... Zimmet, P. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization - Technical Report Series*, (894). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- Alarcão, I., & Rua, M. (2009). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alberga, A. S., Sigal, R. J., Goldfield, G., Prud Homme, D., & Kenny, G. P. (2012). Overweight and obese teenagers: Why is adolescence a critical period? *Pediatric Obesity*, 7(4), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2011.00046.x>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de enfermagem: História, terminologia e análise. Em A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed, pp. 3–14). Loures: Lusociencia.
- American Psychiatric Association (APA). (2018). What is Autism Spectrum Disorder. Obtido de <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>
- ASAE. (2016). Projeto «Come Devagar e Bem & Mexe-te também». *ASAENews*, (95). Obtido de <http://www.asae.gov.pt/?cn=739975347538AAAAAAAAAAAA&ur=1&newsletter=5131>
- Askin, D. F. (2009). Health problems of newborns. Em M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong's Essential of Pediatric Nursing* (8th ed., pp. 243–321). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 Suppl, S164–S192. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329C>
- 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 Saude Publica*, 32(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.003>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bradford, K., Kihlstrom, M., Pointer, I., Skinner, A., Slivka, P., & Perrin, E. (2012). Parental attitudes toward obesity and overweight screening and communication for hospitalized children abstract. *Hospital Pediatrics*, 2(3), 126–132. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2011-0036>
- Branco, S., Jorge, S., & Chaves, H. (2011). Obesidade infantil - A realidade de um centro de saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24(509), 509–516.
- Campbell, M. K. (2016). Biological, environmental, and social influences on childhood obesity. *Pediatric Research*. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.208>
- Carter, B., Bray, L., Dickinson, A., Edwards, M., & Ford, K. (2014). *Child-Centred Nursing*. (B. Taylor, Ed.). Croydon: Sage.
- Center for Disease Control and Prevention. (2018). Disability and Obesity. Obtido de <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/obesity.html>
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN - Journal of Obstetric*,

- Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(6), 666–691. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>
- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18(3), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient- and Family-centered health care system: A roadmap for the future a work in progress*. (Institute for Family-Centered Care, Ed.). Bethesda.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. New York City: Springer Publishing Company.
- Davanzo, R., Brovedani, P., Travan, L., Kennedy, J., Crocetta, A., Sanesi, C., ... De Cunto, A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: A NICU protocol. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 332–338. <https://doi.org/10.1177/0890334413489375>
- De Onis, M. (2015). World Health Organization Reference Curves. *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Obtido de [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)
- Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário Da República- I Série A (de 4 de Setembro de 1996)*, 2959–2962. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Artigo 15º. *Diário da República, 1.ª série — N.º 157 ( de 16 de Agosto de 2018)*, 4147–4182. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa N.º 09/DGCG*.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012*, 1–11.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://doi.org/10.4324/9781138400238-20>
- Direção-Geral da Saúde, & IHME. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. (IHME, Ed.). Seattle, WA, WA. Obtido de <http://www.healthdata.org/policy-report/portugal-nation's-health-1990-2016>
- Direção-Geral Da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação numero 014/2010*. Lisboa.
- Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), 827–841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Eilers, E., Ziska, T., Harder, T., Plagemann, A., Obladen, M., & Loui, A. (2011). Leptin determination in colostrum and early human milk from mothers of preterm and term infants. *Early Human Development*, 87(6), 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.03.004>
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J., & Simpson, C. (2016). Benefícios do

brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: Uma revisão integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Vol. 2 N.º, 489–501.

- Epstein, S., Geniteau, E., Christin, P., Hermouet, P., Mok, E., Fournier, J., & Hankard, R. (2010). Role of a clinical nurse specialist within a paediatric multidisciplinary weight-management programme team. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2649–2651. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03296.x>
- Euro-Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report - Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Obtido de [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)
- Fatima, Y., Doi, S. A. R. R., & Mamun, A. A. (2015). Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: A systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(2), 137–149. <https://doi.org/10.1111/obr.12245>
- Fettig, A., & Barton, E. E. (2014). Parent implementation of function-based intervention to reduce children's challenging behavior: A literature review. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34(1), 49–61. <https://doi.org/10.1177/0271121413513037>
- Fidanci, B. E., Akbayrak, N., & Arslan, F. (2017). Assessment of a health promotion model on obese Turkish children. *Journal of Nursing Research*, 25(6), 436–446. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000238>
- Fonseca, H., Nobre, C., Santos, M., Patrício, Z., Neves, S., Duarte, N., ... Matos, C. (2008). Obesidade na adolescência : uma proposta de intervenção. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 39(2), 53–56.
- Gomes, R. de M., & Nunes, C. B. (2006). Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e Saúde*, 10(1), 223–237.
- Gonçalves Andreia. (2013). O Papel Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Infantil E Pediátrica Na Promoção De Uma Alimentação Saudável. Obtido de [http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV\\_110\\_Art8.pdf](http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art8.pdf)
- Gonzaga, N. C., De Araújo, T. L., Cavalcante, T. F., Lima, F. E. T., & Galvão, M. T. G. (2014). Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. *Revista da Escola de Enfermagem*, 48(1), 157–165. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100020>
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Obtido 5 de Março de 2020, de [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. Em M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª, pp. 1–20). Loures: Lusociencia.
- Hopkins, K. F., Decristofaro, C., & Elliott, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world ? *American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 278–288. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00614.x>
- IASP. (2018). IASP Terminology. Obtido de <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient-and family-centered care in hospitals*. Bethesda. Obtido de [www.ipfcc.org](http://www.ipfcc.org)

- Instituto de Apoio à Criança. (1988). Carta da criança hospitalizada. s.l.: s.n.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas Demográficas - 2018*. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. COSI Portugal 2019 : Excesso de peso e obesidade infantil continuam em tendência decrescente (2019). Lisboa.
- Katzmarzyk, P. T., Barlow, S., Bouchard, C., Catalano, P. M., Hsia, D. S., Inge, T. H., ... Yanovski, J. A. (2014). An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 38(7), 887–905. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.49>
- Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière*. Laval- Québec: Éditions Études Vivantes.
- Kollar, L. M. (2009). Health promotion of the adolescent and family. Em M. Hockenbery & D. Wilson (Eds.), *Wong's Essential of Pediatric Nursing* (8th ed., pp. 513–535). St Louis: Mosby Elsevier.
- Leitzmann, M. (2017). Physical activity, sedentary behaviour, and obesity. Em *Energy Balance and Obesity Iarc Working Group Reports*. Geneva, Switzerland, Switzerland: International Agency for Research on Cancer.
- Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0565>
- Löhr, T. (2016). Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo Denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização. *Educar em Revista*, 32(59), 293–297. <https://doi.org/10.5380/educar.v0i59.44618>
- Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do porto. <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Lundahl, A., Kidwell, K. M., & Nelson, T. D. (2014). Parental underestimates of child weight: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2690>
- Machado, M. do C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MacNab, A. J., Beckett, L. Y., Cohen Park, C., & Sheckter, L. (1998). Journal writing as a social support strategy for parents of premature infants: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 33(2), 149–159. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(97\)00075-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(97)00075-X)
- Maria, A. T., Guimarães, C., Candeias, I., Almeida, S., Figueiredo, C., Pinheiro, A., ... Martins, S. (2017). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes portugueses: estudo numa população escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48(3), 203–211. <https://doi.org/10.21069/app.2017.8088>
- Marques, F., Ribeiro, V., Rocha, R., Carreiro, A., & Carlos, L. (2017). Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 927–931. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.927-931>
- Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2018). Relatório do estudo HBSC 2018. A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. Obtido de [http://www.hbsc.org/membership/countries/portugal.html%0Ahttp://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao\\_1545534554.pdf](http://www.hbsc.org/membership/countries/portugal.html%0Ahttp://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf)
- Oliveira, J. D., Miranda, M. L. f., Monteiro, M. F. V., & Almeida, V. C. F. (2016). O brincar e a criança

- hospitalizada: Visão de enfermeiras. *Revista Baiana de Enfermagem* 30, (4), 8–1. <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i4.16414>
- Oliveira, S. M. B. (2015). *Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de Nola Pender na oncologia: Cuidados de enfermagem à família da pessoa com cancer*. Universidade de Alagoas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual, enunciados descritivos* (OE). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saude Infantil e Pediátrica*. (OE, Ed.), *Cadernos da OE* (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.), *Cadernos OE* (OE, Vol. 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem* (OE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2019). Cuidados de Saúde Primários. Obtido 8 de Agosto de 2020, de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- Pas, K. D., Soder, T. F., & Deon, R. G. (2019). Percepção dos pais : Meu Filho tem obesidade infantil ? *Contexto & Saúde*, 19(36), 20–26. Obtido de <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2019.36.20-26>
- Peake, S. J., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., Moore, W. E., & Pfeifer, J. H. (2013). Risk-taking and social exclusion in adolescence: Neural mechanisms underlying peer influences on decision-making. *NeuroImage*, 82, 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.061>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). NYC: Pearson.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de Brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria, 14, 24–38.
- Prime, D. K., Garbin, C. P., Hartmann, P. E., & Kent, J. C. (2012). Simultaneous breast expression in breastfeeding women is more efficacious than sequential breast expression. *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 442–447. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0139>

- Raiskila, S., Lehtonen, L., Tandberg, B. S., Normann, E., Ewald, U., Caballero, S., ... Axelin, A. (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICUs. *Australian Critical Care*, 29(4), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.003>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192–19194. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série (n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744–4750.
- Rennie, K. L., Johnson, L., & Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 19(3 SPEC. ISS.), 343–358. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.003>
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., & Thofehrn, M. B. (2014). Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem*, 48(3), 530–539. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>
- Rito, A., Sousa, R. C. de, Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2016*. (I. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. <https://doi.org/978-989-8794-43-7>
- Rogers, S. J., Dawson, G., & Vismara, L. A. (2015). *Autismo - Compreender e agir em família* (Lidel). Lisboa: Lidel.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1–38.
- Sancho, T., Pinto, E. E., Pinto, E. E., Mota, J., Vale, S., & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Fatores de Risco*, 34, 26–33.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Em M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª, pp. 1025–1060). Loures: Lusociencia.
- Seal, N., & Broome, M. (2011). Evidence-based interventions for pediatric weight control. *Journal for Nurse Practitioners*, 7(4), 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2010.08.015>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Sinha, S., Miall, L., & Jardine, L. (2018). *Essential neonatal medicine* (6th ed.). Hoboken, NJ, NJ: Wiley Blackwell.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2010). *Critérios de elegibilidade. Sistema Nacional de Intervenção Precoce*.
- Spear, L. P. (2013). Adolescent neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2 Supl.2), S7–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.006>
- SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Nascer prematuro em Portugal. *Manual para Pais de Bebés Prematuros*, (7260), 1.

- Steiner, A. M., Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Ence, W. A. (2012). Issues and theoretical constructs regarding parent education for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1218–1227. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1194-0>
- Talento, B. (2000). Jean Watson. Em *Teorias de Enfermagem - Fundamentos à Prática Profissional* (4ªed., pp. 253–265). Porto Alegre: ArtMed.
- Taylor, S., Borzutzky, C., Jasik, C., Mihalopoulos, N., Smith-Barron, K., Woolford, S., ... Kohn, M. (2016). Preventing and treating adolescent obesity: A position paper of the society for adolescent health and medicine. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 602–606. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.020>
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., & Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2477–2487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x>
- Underwood, M. (2013). Human milk for the premature infant. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.008>
- UNICEF. (2019). A Iniciativa Amiga dos Bebés. Obtido 23 de Maio de 2020, de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Vicario, M. I. (2004). Atención integral del adolescente. Revisión crítica (pp. 82–90). Alicante. Obtido de <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Contenido-Cientifico-del-XVIII-Congreso-2004-Alicante.pdf>
- Wang, L., Collins, C., Ratliff, M., Xie, B., & Wang, Y. (2017). Breastfeeding reduces childhood obesity risks. *Childhood Obesity*, 13(3), 197–204. <https://doi.org/10.1089/chi.2016.0210>
- Wang, Y. (2017). Potential mechanisms in childhood obesity : causes and prevention. Em I. Romieu, L. ; Dossus, & W. C (Eds.), *Energy balance and obesity, IARC Working Group Reports* (Vol. 10, pp. 69–78). World Health Organization.
- Willoughby, T., Good, M., Adachi, P. J. C., Hamza, C., & Tavernier, R. (2014). Examining the link between adolescent brain development and risk taking from a social-developmental perspective (reprinted). *Brain and Cognition*, 89(3), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2014.07.006>
- World Health Organization. (2014a). Adolescent development. Obtido 29 de Fevereiro de 2020, de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/development/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/)
- World Health Organization. (2014b). Constitution of the World Health Organization. Em *Basic Documents* (48th ed., pp. 1–19). Geneva: World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization. (2014c). Recognizing adolescence. Obtido 29 de Fevereiro de 2020, de <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
- World Health Organization. (2015). Guideline: Sugars intake for adults and children. *Who*, (March), 1–48. [https://doi.org/978\\_92\\_4\\_154902\\_8](https://doi.org/978_92_4_154902_8)
- World Health Organization. (2016). *Report of the comission on Ending Childhood Obesity. Report of the comission on Ending Childhood Obesity*. Geneva, Swizerland, Swizerland: World Health Organization. Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf)

World Health Organization. (2017). Taking Action on Childhood Obesity, 1–8. Obtido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/taking-action-childhood-obesity-report/en/>

World Health Organization. (2018). Obesity and Overweight. Obtido 22 de Fevereiro de 2020, de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

**ANEXOS**

**ANEXO I**

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender

1. Características e Experiências Individuais

2. Sentimentos e Conhecimento a cerca do comportamento específico

3. Comportamento de Promoção da saúde desejável

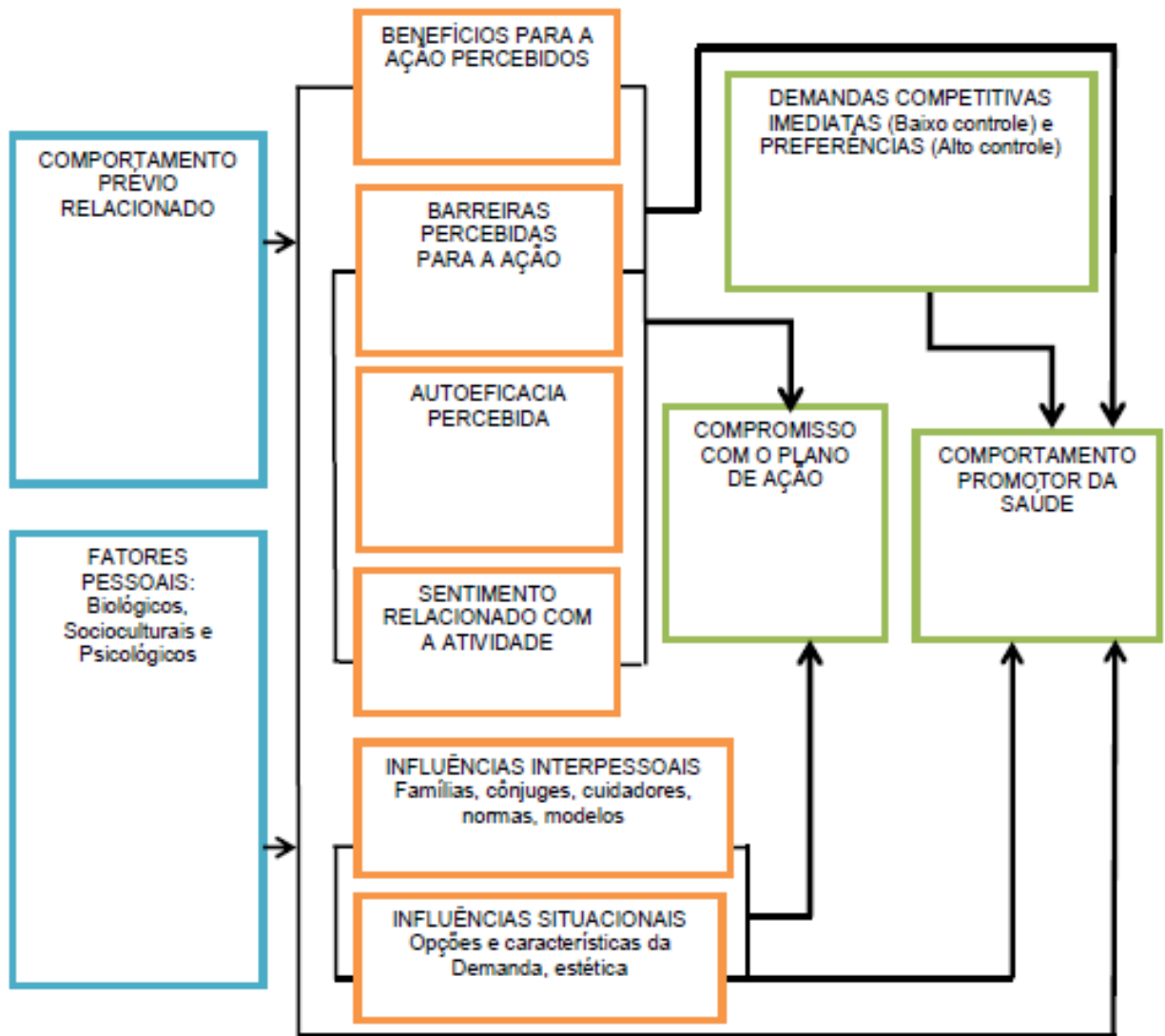


Figura 1 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (S. M. B. Oliveira, 2015)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oliveira, S. M. B. (2015). *Aplicação da Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Oncologia: Cuidados de Enfermagem à Família da Pessoa com Cancer*. Universidade de Alagoas.

**ANEXO II**  
Certificado de participação no 2º Congresso Nacional de Perturbação de  
Hiperatividade e Défice de Atenção

# 2 CONGRESSO NACIONAL PHDA

PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO



10 - 11 outubro 2019 | Universidade do Minho - Braga

## Certificado.

Certifica-se que Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar  
participou no **2º Congresso Nacional de PHDA**,  
subordinado ao tema **"A PHDA ao longo da vida"**.

O Congresso decorreu nos dias 10 e 11 de outubro de 2019, no Auditório Nobre A1 do Campus Gualtar da Universidade do Minho.

Braga, 11 de outubro de 2019

A Comissão Organizadora

(José Eduardo Lopes Boavida Fernandes)

Presidente e Membro do Conselho de Fundadores da  
SPDA – Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
Quadro 1 - Cronograma de estágios

Ano	2019														2020							
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	6	13	20	27	3	10	17	24
Serviço	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	5	12	19	26	2	9	16	23	1
Serviço Internamento de Pediatria (SIP)																						
Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)																						
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados(UCSP)/ Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)																						
Consulta de Obesidade Pediátrica <sup>1</sup>																						
Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIN/UCEN)																						
Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI)/Ambulatório de Pediatria																						
Elaboração do relatório de estágio																						

PAUSA LETIVA

<sup>1</sup> Campo de estágio com cerca de 6 horas previstas (2ª e 6ª feira no período da tarde). Havendo por esse motivo a necessidade de alocar o mesmo ao período de estágio dos cuidados de saúde primários

**APÊNDICE II**  
Documento orientador de estágio no SIP



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialidade em Enfermagem de

Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano Letivo 2019/2020

2º Ano, 1º Semestre

## **Documento Orientador de Estágio**

### **Serviço de Internamento de Pediatria**

**Elaborado por:**

Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar Nº 8977

**Docente:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa, Setembro de 2019

## Nota Introdutória

No contexto do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi-me proposto a realização de um documento orientador das atividades de estágio, com o objetivo de explicitar o projeto de estágio desenvolvido de uma forma concisa, assim como servir de apoio e orientação das atividades a desenvolver no estágio no Serviço de Internamento de Pediatria, de forma a facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP).

Desta forma, o meu projeto intitula-se “**Promoção da Saúde em Adolescentes com Obesidade: Intervenção do Enfermeiro**”. Esta temática surgiu no contexto da minha prática clínica, como enfermeira no Serviço de Ambulatório de Pediatria nos últimos dois anos, pude constatar que recorrem a este serviço muitos adolescentes obesos. De facto, segundo um estudo de 2017, na população escolar da área de abrangência do hospital onde exerço funções, foi possível verificar a existência de uma percentagem de adolescentes com sobrepeso de 31,5% e destes 13,2% são obesos (Maria et al., 2017) . Sendo a obesidade juvenil uma patologia multifatorial e complexa, com uma forte correlação com o desenvolvimento de outras patologias como a diabetes e a hipertensão arterial, terá portanto impacto na qualidade de vida dos adolescentes que dela padecem (Campbell, 2016; Rito et al., 2017; Wang, 2017).

Surgiu assim o interesse em aprofundar conhecimentos de modo a desenvolver intervenções e práticas que visem melhorar os cuidados prestados aos adolescentes com excesso de peso ou obesidade e família acompanhados no serviço de Ambulatório de Pediatria.

Foram definidos os seguintes objetivos gerais para este projeto:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento.
- Desenvolver cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias.

Os estágios decorrerão de 23 de setembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020, sendo que o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria decorrerá de 23 de setembro a 13 de outubro de 2019.

## Contextualização da Problemática

A obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a epidemia global do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 70 (Akram et al., 2000). Em 2016, segundo esta mesma fonte, cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes acima dos 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesos. Comparando estes dados, com dados de há cerca de 40 anos, conclui-se que a prevalência da obesidade nestas faixas etárias é 10 vezes mais elevada na atualidade (WHO, 2017).

É uma patologia complexa e multifatorial, com várias implicações para a saúde física e mental dos indivíduos afetados pela mesma e também com implicações de cariz social, provocada por um desequilíbrio entre as calorias ingeridas (muitas vezes ricas em gordura) e as gastas, agravada pela redução da atividade física, dado ao aumento crescente do sedentarismo, característico dos meios progressivamente mais urbanizados e industrializados (Wang, 2017). A sua manutenção é um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias associadas como a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a apneia do sono, patologias osteoarticulares, algumas formas de cancro e problemas do foro psicológico como a baixa autoestima e o isolamento social (Campbell, 2016; Rito et al., 2017; Wang, 2017).

A população adolescente é de uma forma global saudável, contudo a maioria dos seus problemas de saúde advêm de comportamentos adquiridos que constituem um risco para si no imediato e na vida futura. Entre estes comportamentos está sinalizado o sedentarismo associado ao distúrbio alimentar (consumo alimentar excessivo ou com erros sistemáticos) (Vicario, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Existe a tendência, nesta fase de desenvolvimento, dos hábitos alimentares piorarem e a prática de exercício físico diminuir. Isto poderá ser, em parte, atribuível ao efeito modelador dos pais. Os adolescentes (e posteriormente jovens adultos) irão muito possivelmente adotar os comportamentos que sempre viram acontecer no seu ambiente familiar, moldado também pela influência dos *mass media* e dos pares (Machado, 2015), entre outros fatores.

Estima-se que cerca de 70% dos adolescentes obesos, serão aos 30 anos, adultos obesos, com todas as implicações que esta patologia poderá ter na sua qualidade de vida (Simmonds et al., 2016). Desta forma, torna-se primordial ações de promoção da saúde com vista ao controlo da obesidade, nesta etapa de vida, pois traduzir-se-á em ganhos em saúde dos adolescentes, assim como levará à diminuição de custos associados a médio e longo prazo, que as complicações desta patologia poderão trazer aos indivíduos (Beja, Ferrinho, & Craveiro, 2014).

## Objetivos, Atividades e competências a desenvolver

<p><b>Objetivo Geral 1</b> – Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento.</p>		
<p>→ <b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>1.1 – Desenvolver competências específicas no âmbito do cuidar da criança e do jovem em situações de especial complexidade</p>		
Atividades	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião de orientação com Enfermeiro chefe e Enfermeiro orientador para conhecimento das várias vertentes do contexto, necessidades do serviço e apresentação do documento orientador de estágio;</li> <li>• Consulta de documentos específicos do contexto da prática (normas, protocolos e outros documentos relevantes da instituição e serviço);</li> <li>• Observação da dinâmica funcional do serviço, para compreender o método de trabalho utilizado, a articulação com a equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados;</li> <li>• Observação participativa com o enfermeiro orientador nos cuidados prestados à criança e ao jovem</li> <li>• Participação nos cuidados com vista ao conforto e ao controlo da dor, durante a realização de procedimentos dolorosos, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>• Participação como formanda no 2º Congresso Nacional de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e no workshop associado, relativa à PHDA em idade escolar.</li> </ul>	<p><u> Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia disponível no serviço.</li> </ul> <p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa multidisciplinar</li> <li>- Enfermeiros EESIP</li> <li>- Enfermeiro Orientador</li> </ul>	<p><b>Competências EE:</b></p> <p>A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos</p> <p><b>Competências EESIP:</b></p> <p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>

**Objetivo Geral 1** – Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidar da criança, do jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes etapas de desenvolvimento.

→ **Objetivos Específicos:**

1.2 – Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade

Atividades	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem promotores da participação dos pais nos cuidados à criança;</li> <li>• Participação em cuidados promotores da capacitação parental, no âmbito da adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação a situações de doença e internamento;</li> <li>• Elaboração de análise reflexiva relativa à aprendizagem e experiência;</li> <li>• Avaliação do percurso de aprendizagem com o enfermeiro de referência e com a docente orientadora</li> </ul>	<p><u> Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia disponível no serviço.</li> </ul> <p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa multidisciplinar</li> <li>- Enfermeiros EESIP</li> <li>- Enfermeiro Orientador.</li> <li>- Professora Orientadora</li> </ul>	<p><b>Competências EE:</b></p> <p>A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p><b>Competências EESIP:</b></p> <p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>

**Objetivo Geral 2 – Desenvolver cuidados de enfermagem promotores da saúde de adolescentes com obesidade e suas famílias****→ Objetivos Específicos:****2.1 - Identificar estratégias de intervenção promotoras da saúde no cuidar da criança e do adolescente com obesidade e sua família**

Atividades	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"><li>• Discussão com a enfermeira orientadora e equipa de enfermagem com vista a identificar estratégias promotoras de saúde, utilizadas pela equipa de enfermagem, no cuidar da criança ou adolescente com obesidade e sua família;</li><li>• Pesquisa dos motivos mais frequentes de internamento de crianças e adolescentes com obesidade, caso existam, junto da equipa de enfermagem e enfermeira orientadora;</li><li>• Conhecimento de circuitos/protocolos de articulação com valências existentes no hospital e/ou comunidade no âmbito da promoção da saúde na obesidade infantil e juvenil;</li><li>• Planeamento e apresentação de sessão de formação à equipa de enfermagem com a temática “Obesidade Infantil e Juvenil: a relevância da intervenção pelo enfermeiro”</li></ul>	<p><u> Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bibliografia disponível no serviço.</li><li>- Computador</li><li>- Data-show</li></ul> <p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Equipa multidisciplinar</li><li>- Enfermeiros EESIP</li><li>- Enfermeiro Orientador.</li><li>- Professora Orientadora</li></ul>	<p><b>Competências EESIP:</b></p> <p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i> coping </i> e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>

## Referências Bibliográficas

- Akram, D. S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J. L., Bray, G. A., Carroll, K. K., ... Zimmet, P. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization - Technical Report Series*, (894). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- 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 Saude Publica*, 32(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.003>
- Campbell, M. K. (2016). Biological, environmental, and social influences on childhood obesity. *Pediatric Research*. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.208>
- Machado, M. do C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maria, A. T., Guimarães, C., Candeias, I., Almeida, S., Figueiredo, C., Pinheiro, A., ... Martins, S. (2017). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes portugueses: estudo numa população escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48(3), 203–211. <https://doi.org/10.21069/app.2017.8088>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - volume 1* (Ordem dos, Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rito, A., Sousa, R. C. de, Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood obesity surveillance initiative: relatório COSI Portugal 2016*. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. Retrieved from <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4857>
- Alberga, A. S., Sigal, R. J., Goldfield, G., Prud Homme, D., & Kenny, G. P. (2012). Overweight and obese teenagers: Why is adolescence a critical period? *Pediatric Obesity*, 7(4), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2011.00046.x>
- Vicario, M. I. (2004). Atención integral del adolescente. Revisión crítica (pp. 82–90). Alicante. Retrieved from <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Contenido-Científico-del-XVIII-Congreso-2004-Alicante.pdf>
- Wang, Y. (2017). Potential mechanisms in childhood obesity : causes and prevention. *Energy Balance and Obesity, IARC Working Group Reports*, 10.
- World Health Organization. (2017). Taking action on childhood obesity, 1–8. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/taking-action-childhood-obesity-report/en/>

**APÊNDICE III**  
Síntese reflexiva – “*O comportamento alimentar nas crianças com PHDA – compreender para intervir*”

## **Síntese reflexiva – “O Comportamento Alimentar nas crianças com PHDA – compreender para intervir”**

Durante o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), tive a oportunidade de participar enquanto formanda no 2º Congresso da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). A participação neste evento constituiu uma mais-valia na minha evolução profissional, no sentido do desenvolvimento de competências de intervenção dirigidas a crianças com esta perturbação de desenvolvimento e assim conseguir capacitar de melhor forma a família na gestão da dinâmica familiar. A aquisição destas competências de intervenção também serão uma mais valia na formação entre pares. Existe a perceção junto dos enfermeiros da equipa do SIP de cada vez terem mais contato com crianças com PHDA, seja em regime de internamento ou em regime de hospital de dia cirúrgico, havendo necessidades de formação sobre o tipo de estratégias mais adequadas a utilizar com as mesmas.

A PHDA, segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), é uma perturbação do neurodesenvolvimento cuja característica principal é um padrão persistente de desatenção ou hiperatividade/impulsividade que interfere no desenvolvimento da criança/jovem. A desatenção poder-se-á traduzir em desorganização, falta de concentração em tarefas, divagação e falta de persistência (APA, 2013). A hiperatividade assume-se como a inquietude ou atividade motora excessiva, quando tal não é adequado; o remexer e o conversar em excesso. Por fim, a impulsividade é referida como as ações que são iniciadas de forma precipitada, sem premeditação e que por vezes têm potencial de causar dano ao individuo com PHDA (por exemplos: atravessar a rua sem olhar). A impulsividade pode ser também consequência da incapacidade de adiamento de recompensas e desejo de gratificações imediatas, ou na tomada de decisões sem perspetivar consequências a longo prazo (idem, 2013).

Para o diagnóstico de PHDA numa criança, adolescente ou adulto, o DSM-5 (APA, 2013) disponibiliza um conjunto de sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade, que para serem considerados como elegíveis para o diagnóstico, terão de estar seis deles presentes por pelo menos seis meses e em vários contextos da sua vida. Atendendo a estes critérios poder-se-á determinar o subtipo de PHDA presente: PHDA de apresentação predominantemente desatenta (quando preenche seis ou mais sintomas de desatenção, mas não de hiperatividade/impulsividade), apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (quando preenche seis ou mais sintomas de hiperatividade, mas não de desatenção e apresentação combinada (quando ambos os critérios são preenchidos) (APA, 2013).

É uma perturbação habitualmente diagnosticada nos primeiros anos escolares, quando começam a existir relatos de desatenção, falta de concentração nas tarefas escolares e inquietude em sala de aula. Estes sintomas tendem a melhorar na adolescência, contudo poderão estar na origem de comportamentos com maior dificuldade social na idade adulta, sendo, portanto, uma perturbação que terá múltiplas implicações durante toda a vida dos indivíduos (APA, 2013).

O 2º Congresso da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção teve como tema “A PHDA ao longo da vida” e nas várias mesas e palestras pode-se verificar um cuidado em abordar vários temas desde a infância até à idade adulta. Contudo pela idade de diagnóstico e pelas maiores alterações e implicações acontecerem em idade pediátrica, a maioria das mesas focava-se neste período de vida.

A mesa que na minha perspetiva, suscitou mais interesse, pela relação com o meu projeto e também pela novidade do tema, intitulava-se “Comportamento Alimentar”, apresentada por uma pediatra do neurodesenvolvimento de um hospital do norte do país. Na mesma foi explicitada que pela impulsividade, dificuldade no adiamento da recompensa ou na tomada de decisões perspetivando consequências a médio/longo prazo (como já foi descrito acima), estas crianças e adolescentes terão maior tendência para o ganho ponderal e consequentemente para a obesidade.

Aparentemente, para mim seria uma associação pouco comum, pois numa primeira análise, as comorbilidades que associaria a uma criança PHDA seriam do foro psiquiátrico ou outras perturbações do desenvolvimento como as perturbações de oposição, perturbações específicas de aprendizagem (dislexia, disortografia) ou a perturbação de ansiedade, tal como referido por Oliveira, Pereira, Serrano, e Medeiros, (2017). Associadamente, a componente de hiperatividade desta perturbação, pode levar frequentemente à ideia de que são crianças e jovens ativos e que, como tal, o gasto energético será de tal forma elevado que a associação com a obesidade (onde existem muitas vezes questões de sedentarismo excessivo), pareça algo pouco credível (Cortese et al., 2016).

Apesar de não ser uma associação frequentemente feita de forma direta, a literatura aponta a obesidade como uma das comorbilidades que é associada à PHDA com frequência. Foi efetuada uma revisão sistemática da leitura e meta-análise por Cortese et al., (2016), no sentido de identificar ou não relação entre a PHDA e a obesidade. A conclusão desta revisão e meta-análise é que essa relação é significativa deixando, contudo, recomendações para estudos

futuros relativamente às causas que implicam esta relação e a efeitos associados da medicação no ganho ponderal dos intervenientes.

Desta forma, o que foi apresentado na mesa do congresso, de maneira a estabelecer uma relação entre a PHDA e a obesidade, está intimamente relacionado com as características da PHDA em si:

- Na desatenção foi apontada a dificuldade em manter um padrão alimentar regular, também com enfoque para a dificuldade em reconhecer a saciedade;

- Na impulsividade foi apontado o mau controlo inibitório, a incapacidade de preocupação com o sobre consumo e incapacidade de adiamento de recompensas/necessidade de gratificação imediata, com associação a consumos de alimentos hipercalóricos;

- Na hiperatividade foi indicada a relação com o consumo alimentar mais emocional (e também a relação desta característica com a impulsividade);

Uma breve pesquisa permitiu encontrar precisamente estudos que corroborem estas hipóteses apresentadas. Hilbert, Munsch, e Schmidt, (2018) referem que as crianças com PHDA têm maior reatividade face aos alimentos que gostam de comer, havendo menor controlo nas quantidades (consumindo em excesso) e comendo mesmo na ausência de fome, o que contribui para o excesso de peso.

Um outro estudo onde era pretendido aferir a prevalência de PHDA em mulheres obesas com comportamentos de compulsividade alimentar/*binge eating*, possibilitou aferir que essa mesma prevalência era superior ao que os investigadores esperavam antes do início do estudo. Também foi observado que comportamentos de compulsividade alimentar eram mais severos precisamente nas mulheres com PHDA (Nazar et al., 2016). Não sendo, contudo, uma conclusão que se remeta apenas ao género feminino. Cortese et al.(2013), aferiram que homens que tenham tido o diagnóstico de PHDA na infância/adolescência têm o dobro da probabilidade de serem obesos aos 41 anos de idade comparativamente a homens que não tenham tido esse diagnóstico.

A correlação entre obesidade e PHDA na literatura encontrada parece ser inequívoca. A prevalência de obesidade em crianças com PHDA é 40% superior à de crianças sem esta perturbação, e em adultos essa prevalência aumenta, sendo 70% superior (Cortese et al., 2016). Os consumos compulsivos de alimentos estão presentes com maior expressão na idade adulta comparativamente à idade pediátrica (Brunault et al., 2019).

Desta forma, leva-me a refletir sobre o papel preponderante dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, na intervenção com vista à promoção da saúde destes jovens para que tanto a curto como a médio/longo prazo esta relação da obesidade nas crianças e jovens com PHDA não seja tão notória.

A promoção da saúde, prevenção de complicações, e o assegurar pelo bem-estar e autocuidado do cliente assumem-se como pedras basilares do cuidado de enfermagem, particularmente no papel que o enfermeiro assume junto destas crianças e das suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2002). O enfermeiro e de forma ainda mais diferenciada, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP), com a filosofia de abordagem centrada na família, terá a responsabilidade de, estabelecendo uma parceria de cuidados, capacitar as famílias e as crianças com PHDA, estabelecendo um plano que seja promotor da saúde, da integração da criança e da capacitação da criança e família no sentido de adquirir estratégias adaptativas e de *coping*, promovendo e zelando pela maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A avaliação de enfermagem em parceria com a criança/jovem e família, irá contribuir para que sejam identificadas áreas de intervenção de forma a melhorar a qualidade de vida da criança com PHDA (Pender, Murdaugh, & Parson, 2019). Assim, a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico são importantes em todas as crianças, contudo estes hábitos assim como a prática de desporto nas crianças PHDA assume uma importância particular e deve ser incentivada. O desporto é uma atividade reguladora destas crianças e jovens, pela aquisição de competências sociais, trabalho de equipa, respeito por regras, auxilia no gasto energético e no acumular de tensões do quotidiano e contribui também para uma melhoria da condição física. Qualquer ocupação de tempos livres deve ser incentivada e reforçada, pois diminui a probabilidade de compulsão e impulsividade alimentar associadas a períodos de maior sedentarismo (Cordinhã & Boavida, 2008).

O EESIP tem um papel fundamental na resposta à complexidade inerente na criança/jovem com PHDA. Na área específica de comportamento alimentar destas crianças e jovens, terá de agir como agente promotor da saúde com vista à maximização da sua saúde atual e prevenção de complicações a médio e a longo prazo, como já são conhecidas pela evidência científica acima.

## **Referências Bibliográficas**

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Sao paulo: Artmed.
- Brunault, P., Frammery, J., Montaudon, P., Luca, A. De, Hankard, R., Henri, P., ... Ballon, N. (2019). Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating , but not sleep apnea syndrome. *Appetite*, 136(August 2018), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.013>
- Cordinhã, A. C., & Boavida, J. (2008). A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 577–589.
- Cortese, S., Moreira-Maia, C., St.Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L., & Faraone, S. (2016). Association Between ADHD and Obesity : A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, (January). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266>
- Cortese, S., Ramos, M., Klein, R., Castellanos, X., Proal, E., & Mannuzza, S. (2013). Obesity in Men With Childhood ADHD : A 33-Year Controlled , Prospective , Follow-up Study. *Pediatrics*, 131(6), 1731–1738. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0540>
- Hilbert, A., Munsch, S., & Schmidt, R. (2018). Cue reactivity , habituation , and eating in the absence of hunger in children with loss of control eating and attention-deficit / hyperactivity disorder. *International Journal of Eating Disorders*, (August 2017), 223–232. <https://doi.org/10.1002/eat.22821>
- Nazar, B. P., Moreira, C., Pinna, D. S., Suwvan, R., Duchesne, M., Freitas, S. R., ... Mattos, P. (2016). ADHD Rate in Obese Women With Binge Eating and Bulimic Behaviors From a Weight-Loss Clinic. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/10.1177/1087054712455503>
- Oliveira, L., Pereira, M., Serrano, A., & Medeiros, T. (2017). PHDA em Contexto Escolar : Comorbilidades e Problemas de Desempenho Associados. *Revista E-Psi*, 7(1), 77–100.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual , enunciados descritivos* (Ordem dos).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8th ed.). NYC: Pearson.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de Julho de 2018), 19192–19194. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>



## Reflexão crítica – “Nascer” na UCIN

O mundo de uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) está longe de qualquer paralelismo. É diferente, complexo, assustador e ao mesmo tempo fascinante. Usando as mesmas palavras por mim proferidas durante o decurso deste contexto de estágio: “é um admirável mundo novo”.

Tudo nele é frágil e robusto, certo e incerto, apaziguador e desconcertante...

Entrei neste mundo de “mente aberta”, tentando absorver cada “gota” que fosse possível deste oceano imenso, tendo a noção que chegando ao dia em que me viesse embora, nada mais teria que um balde cheio... Bem mais rica do que quando cheguei, mas ainda assim com tanto para aprender/ ver e viver.

Uma unidade de cuidados intensivos neonatais, é, na experiência do recém-nascido pré-termo (RNPT), um ambiente hostil, recheado de luzes, barulhos e estímulos que não aconteciam até então, dentro do útero. Sabe-se que a hiperestimulação dos RNPT pode ser muito prejudicial ao seu neuro desenvolvimento, sendo boa prática agrupar cuidados e minimizar as manipulações dentro desses mesmos cuidados. Apesar disto dever-se-á incentivar o toque e a participação dos pais nos cuidados, de forma ao melhor prognóstico possível (Sinha, Miall, & Jardine, 2018).

Com toda a parafernália de tubos, monitores, alarmes e aparelhos vários à volta de cada recém-nascido, uma questão que me assolava previamente a entrar na UCIN estava relacionada com a promoção da parentalidade. Como ajudar estes bebés, estes pais e estas famílias a serem, a formarem-se e a assumirem-se como tal? Os pais são incentivados a estar presentes, são alvo dos cuidados da equipa, estando a par de tudo o que acontece com o seu filho. Na UCIN os pais são parceiros da equipa e não visitantes do recém-nascido (RN). A filosofia de cuidados centrados na família (CCF) assume-se como uma filosofia de cuidados por excelência no utente pediátrico, e a neonatologia não é exceção.

A filosofia de CCF compreende 4 pilares: o de respeito pelas crenças, pensamentos e dignidade da família; a partilha de informação com a família, o mais correta possível, não havendo enviesamentos da informação, de forma a poder haver tomadas de decisão o melhor informadas possível; e a participação e colaboração de e com os familiares, havendo encorajamento por parte dos profissionais à inclusão da família respeitando o nível em que esta queira ser incluída (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017).

Os RN's podem ficar semanas ou até meses internados numa UCIN, sendo que desta forma, os CCF têm uma importância fundamental no cuidar em neonatologia (Raikila et al., 2016). Os CCF reconhecem os pais como parceiros e como uma constante na vida do bebé, promovendo a parceria de cuidados, reduzindo desta forma a ansiedade inerente ao período de

internamento e aumentando o sentimento de bem-estar e confiança dos pais, enquanto cuidam do seu bebé, ao mesmo tempo que melhora e potencia a vinculação dos pais ao bebé e do bebé aos pais (Cockcroft, 2012). Desta forma são uma peça chave do processo, atuando como facilitadores do mesmo (Raiskila et al., 2016).

Durante a minha permanência na UCIN, tive contacto com os pais e os recém-nascidos internados, na sua grande maioria internamentos prolongados. Quando os pais não estavam presentes, eram os enfermeiros que asseguravam os cuidados aos RNPT's, havendo contactos telefónicos frequentes por parte dos pais para a unidade, para serem informados do estado de saúde dos seus filhos, algo que a equipa encorajava os pais a fazerem. Quando os pais chegavam, os enfermeiros iam para junto deles, disponibilizavam a informação mais atual, esclareciam dúvidas, ouviam os pais. Notei que a grande maioria dos enfermeiros sabia o nome dos pais (e vice-versa) e havia uma relação entre a equipa e os pais, que era fomentada ao longo do decurso do internamento. Os enfermeiros, segundo Trajkovski, Schmier, Vickers, e Jackson, (2012) sentem a necessidade de construir esta relação com os pais de forma a personalizar os cuidados e construir laços de confiança com os mesmos. Frequentemente me apercebi que alguns dos pais teriam filhos mais velhos em casa, alguns ainda pequenos, que também eram alvo do cuidar da equipa de enfermagem que frequentemente incentivava os pais a estimular a relação com os filhos mais velhos, apesar do período conturbado de internamento.

Os pais de RN's internados em unidades de cuidados intensivos neonatais deverão ser sempre alvo de cuidados, pois o internamento acarreta uma “dose” enorme de *stress*, ansiedade e sentimentos de frustração que caberá aos enfermeiros ajudar a gerir. Ao incluir ativamente os pais nos cuidados ao RNPT ajuda neste aspeto e, como já acima referido, potencia e promove também a vinculação (Sinha et al., 2018).

Uma das formas de promover a vinculação é através do contacto pele-a-pele utilizando o método canguru. O método canguru consiste no contacto direto do prematuro com a mãe (também poderá ser o pai ou outra pessoa significativa), com este posicionado de bruços, apenas com fralda e gorro, coberto por uma manta ou flanela. Este método baseia-se na premissa do recém-nascido prematuro como um feto em processo de gestação externa, necessitando do estímulo e proteção da mãe (Davanzo et al., 2013).

Segundo Marques, Ribeiro, Rocha, Carreiro, e Carlos, (2017) o contacto através do método canguru entre mães e RNPT auxilia na criação de ligações afetivas entre os dois, ajudando também a mãe no sentimento de inclusão no processo de recuperação do filho. Este método tem inúmeras outras vantagens, destacando-se também a regulação térmica e da respiração, promoção do sono, diminuição do tempo de internamento hospitalar e de infeções e

por último, mas não menos importante, a promoção da amamentação (Coughlin, 2014; SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2007).

A promoção da amamentação na UCIN e na Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia (UCEN), tem uma importância basilar nos cuidados prestados aos recém-nascidos e à família. Desde os primeiros dias de vida as mães são sensibilizadas relativamente à importância do leite materno na vida do seu bebé.

A amamentação numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pode ser bastante desafiante! Se por um lado o colocar o bebé à mama poderá, dada a instabilidade e/ou incapacidade do RNPT estar provisoriamente colocado de parte, assume-se como extremamente importante a manutenção da produção e extração de leite materno para administração via entérica, caso isto seja possível, ou congelamento do mesmo. A alimentação do RNPT tendo por base o leite materno é a escolha preferencial para estes bebés. Caso não haja resposta às necessidades do bebé através do leite obtido pela extração efetuada pela mãe, a literatura refere que o benefício de utilizar leite de dador é superior ao de utilizar leite artificial, pelas propriedades já referidas acima, havendo mesmo uma recomendação da Academia Americana de Pediatria nesse sentido (Eidelman & Schanler, 2012). Na UCIN são feitos os “ensinos” necessários às mães para que a extração de leite materno seja realizada nas melhores condições, conseguindo-se assim um bom aporte de leite para o RNPT. É disponibilizado material como kits de extração, inclusivamente de extração dupla pois além da poupança de tempo, aumenta a probabilidade de extração em maior quantidade (Prime, Garbin, Hartmann, & Kent, 2012).

O leite materno tem inúmeras vantagens como alimento principal dum RNPT, comparativamente ao leite em pó. A evidência demonstra que os RNPT alimentados com leite materno têm menor incidência de enterocolites necrosantes (NEC), menor taxa de incidência de retinopatia da prematuridade, menor número de internamentos hospitalares no primeiro ano de vida e melhor prognóstico a nível do neurodesenvolvimento (Eidelman & Schanler, 2012; Underwood, 2013). Este efeito é visível até à adolescência, havendo uma menor taxa de incidência de síndromes metabólicas, valores de tensão arterial tendencialmente mais baixos e uma menor resistência à insulina e à leptina (Eidelman & Schanler, 2012; Underwood, 2013). O efeito da leptina presente no leite humano (materno ou de dador) é responsável pela autorregulação dos recém-nascidos relativamente à ingestão alimentar. Este efeito perdura havendo correlação com a prevalência menor de obesidade em bebés que foram amamentados. A leptina está presente no leite materno dos bebés de termo assim como dos bebés pré termo, em concentrações semelhantes (Eilers et al., 2011).

Desta forma, os cuidados efetuados (no momento do internamento na UCIN) pelos enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente a promoção da amamentação, estará também a promover a saúde destes bebés a médio e a longo prazo.

O impacto destes cuidados é notório na vida destas crianças não só no imediato, mas a longo prazo. O impacto da UCIN em mim, enquanto pessoa e enquanto profissional foi enorme. Muito ficou por aprender, dadas as limitações temporais para o fazer, mas recordo todos os bebés com que me cruzei, os pais, os enfermeiros, a equipa e toda a aprendizagem, as lições de coragem e de resiliência.

### **Referências Bibliográficas**

- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18(3), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU*. New York City: Springer Publishing Company.
- Davanzo, R., Brovedani, P., Travan, L., Kennedy, J., Crocetta, A., Sanesi, C., ... De Cunto, A. (2013). Intermittent kangaroo mother care: A NICU protocol. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 332–338. <https://doi.org/10.1177/0890334413489375>
- Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), 827–841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
- Eilers, E., Ziska, T., Harder, T., Plagemann, A., Obladen, M., & Loui, A. (2011). Leptin determination in colostrum and early human milk from mothers of preterm and term infants. *Early Human Development*, 87(6), 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.03.004>
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the Practice of Patient-and Family-Centered Care in Hospitals*. Retrieved from [www.ipfcc.org](http://www.ipfcc.org)
- Marques, F., Ribeiro, V., Rocha, R., Carreiro, A., & Carlos, L. (2017). Cuidado ao prematuro extremo: Mínimo manuseio e humanização. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(4), 927–931. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.927-931>
- Prime, D. K., Garbin, C. P., Hartmann, P. E., & Kent, J. C. (2012). Simultaneous breast expression in breastfeeding women is more efficacious than sequential breast expression. *Breastfeeding Medicine*, 7(6), 442–447. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0139>
- Raiskila, S., Lehtonen, L., Tandberg, B. S., Normann, E., Ewald, U., Caballero, S., ... Axelin, A. (2016). Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European

- NICUs. *Australian Critical Care*, 29(4), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.003>
- Sinha, S., Miall, L., & Jardine, L. (2018). *Essential Neonatal Medicine* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Nascer prematuro em portugal. *Manual Para Pais de Bebés Prematuros*, (7260), 1.
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., & Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2477–2487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x>
- Underwood, M. (2013). Human milk for the premature infant. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.008>

**APÊNDICE V**

Planeamento da sessão de formação “*A criança e o adolescente com diabetes tipo 1 – conceitos e intervenções*”

## Plano da Sessão:

**Tema:** “A criança e o adolescente com diabetes tipo 1 – conceitos e intervenções”

**População-Alvo:** Pessoal docente e não docente de Escola Secundária

**Preletora:** Enfermeira Orientadora, Enfermeira da UCC e Cátia Aguiar

**Data:** 18 de novembro de 2019

**Duração:** 45 minutos

**Local:** Sala de reuniões de Escola Secundária

**Objetivo Geral:** Informar os formandos sobre o que é a diabetes tipo 1 na criança e no adolescente e possíveis intervenções a ter junto das mesmas

**Objetivos Específicos:** Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir o conceito de diabetes tipo 1 (ainda que de forma simplificada)
- Avaliar a glicémia capilar;
- Reconhecer uma hipoglicémia e modo de atuação;
- Reconhecer uma hipoglicémia grave e modo de atuação (administração de glucagon);
- Reconhecer uma hiperglicémia e modo de atuação;
- Reconhecer que existem intervenções a ter antes da prática de atividade física.

<b>Conteúdo programático</b>	<b>Método pedagógico</b>	<b>Material de apoio e Suporte</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Objetivos Gerais e Específicos</li> <li>• Pertinência do Tema</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador e data show	Avaliação Inicial. Diagnóstico de necessidades	5 min
<b>Desenvolvimento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é a diabetes tipo 1?</li> <li>• O que é insulina?</li> <li>• Avaliação da glicémia</li> <li>• Administração de insulina</li> <li>• Hipoglicémias: o que é e como atuar</li> <li>• Hiperglicémias: o que é e como atuar</li> <li>• A diabetes e o exercício físico</li> </ul>	Dinâmico Interrogativo	Computador, data show, Glucómetro e material de avaliação de glicémia e cetonémia. Leitor <i>flash</i> de avaliação de glicose intersticial Caneta de insulina. Seringa de Glucagon.	Avaliação formativa: observação da participação dos formandos	35 min
<b>Síntese:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador, data show	Avaliação sumativa: observação da participação dos formandos	5 min

### **Avaliação:**

De uma forma geral, a sessão foi bem recebida pela equipa de pessoal docente e não docente, que por manifestarem ter um défice grande de conhecimentos assistiram com interesse aos conteúdos apresentados.

A componente prática da sessão de formação com a demonstração de avaliação de glicémias e administração de insulina e glucagon traduziu-se num momento em que os formandos puderam ver a aplicabilidade da informação lecionada, sendo também mais motivador para a continuidade da sessão.

Demonstraram alguns receios relativamente à intervenção que poderão vir a ter nos adolescentes com diabetes tipo 1 que pertencem à comunidade escolar, tendo sido feita uma desconstrução destes medos e crenças à medida que a sessão prosseguia.

De uma forma geral, a sessão de formação foi considerada uma mais valia pelos elementos da comunidade escolar que assistiram à mesma.

## A criança e o adolescente com diabetes tipo 1 – conceitos e intervenções

Realizado por:  
Enfermeira UCC  
Enfermeira UCC  
Enfermeira Cátia Aguiar (aluna MEEESP)

Lisboa, Novembro de 2019

### O que é a Diabetes tipo 1?

- ▶ É uma doença crónica caracterizada por deficiência de insulina devido à perda de células pancreáticas. A insulina é uma hormona que é responsável por ajudar a glicose que advém dos alimentos a entrar nas células. Com a falta de insulina esta tarefa fica comprometida, originando a hiperglicémia.



### A insulina é...

- ▶ Uma hormona produzida pelo pâncreas, sendo que na Diabetes tipo 1 como não há essa produção, tem que se optar pela administração de insulina exógena.
- ▶ Existem múltiplas formulações de insulina no mercado sendo que as mais comuns no utente pediátrico são:

Insulina de ação lenta  
Ex: Lantus®

Insulina de ação rápida  
Ex: Humalog®

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

### O que temos de saber antes de administrar insulina?

- ▶ A quantidade de insulina (rápida) a administrar consta do plano terapêutico de cada criança e/ou jovem e depende de fatores para consideração como: a glicémia do momento e os hidratos de carbono que a criança/jovem irá ingerir.
- ▶ É importante saber que a criança/jovem com diabetes tipo 1 pode comer de tudo (preferencialmente um padrão de alimentação saudável), tendo que considerar os hidratos de carbono (HC) ingeridos para a administração de insulina em concordância.
- ▶ A insulina que está em utilização pode estar guardada à temperatura ambiente e deve ser transportada em saco isotérmico ou estojo próprio



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

### Avaliação de glicémia

- ▶ Deve-se avaliar a glicémia capilar na criança e no jovem:
  - ▶ Antes de todas as refeições
  - ▶ Antes, durante e depois da atividade física
  - ▶ Antes de dormir
  - ▶ Sempre que existam sintomas sugestivos de hipoglicémia, de mal-estar ou outros sintomas inespecíficos.
  - ▶ Em situações de doença para evitar a cetoacidose



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

### Avaliação de glicémia/glicose

- ▶ Monitorização de glicémia capilar  
Está intimamente ligada a um melhor controlo metabólico da doença e é necessário para decisão terapêutica.
- ▶ Monitorização de glicose intersticial ou sistema de monitorização flash.  
Ter atenção a tempo de desfasamento.  
Não usar valores para corrigir hipo/hiperglicémia



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

### Como pode ser administrada a insulina?

- ▶ Pode ser administrada através de canetas com ampolas de insulina. Esta administração é feita principalmente às refeições (insulina rápida), mediante a glicémia (quantidade de açúcar no sangue) e o que a criança/jovem vai ingerir (HC) e 1x por dia a administração de insulina de ação lenta.



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

### Como pode ser administrada a insulina?

- ▶ Perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI):
  - ▶ A PSCI faz-se através de uma bomba perfusora de insulina subcutânea portátil (vulgo bomba de insulina). A bomba de insulina é um dispositivo que permite a administração de insulina no tecido celular subcutâneo de uma forma lenta e contínua, tentando assim imitar o que se passa no indivíduo sem diabetes



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Como pode ser administrada a insulina?

- ▶ Perfusão subcutânea contínua de insulina: usa apenas insulina de ação rápida. A insulina entra em quantidades muito pequenas de forma contínua na pele, mimetizando a insulina fisiológica.
- ▶ Às refeições terá que se adicionar uma quantidade extra de insulina mediante a glicemia capilar antes da refeição e os HC que irão ser ingeridos.
- ▶ A cânula necessita ser mudada a cada 3 dias, evitando as múltiplas injeções diárias de insulina.



(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hipoglicémias

- ▶ Glicemia capilar < a 70mg/dl
- ▶ Pode ser sintomática ou assintomática
- ▶ Fatores precipitantes:
  - ▶ Insulina excessiva para HC ingeridos
  - ▶ Refeição omitida
  - ▶ Exercício físico
  - ▶ Sono prolongado
  - ▶ Consumo de álcool

Tabella 15. Sinais e sintomas de hipoglicemia na criança/jovem com DM1

Sinais e sintomas autotômicos / autotômicos	Sinais e sintomas comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tremores</li> <li>✓ Sudores, suor frio</li> <li>✓ Palpitações</li> <li>✓ Falta de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Confusão de consciência</li> <li>✓ Vômito ou diarreia</li> <li>✓ Alteração da visão das cores (vermelho e verde)</li> <li>✓ Dificuldade de audição</li> <li>✓ Discursão pouco clara</li> <li>✓ Confusão, falta de discernimento</li> <li>✓ Dificuldade na memória a curto prazo</li> <li>✓ Andar pouco firme, falta de coordenação</li> <li>✓ Convulsões</li> <li>✓ Perda de consciência, coma</li> </ul>
Sinais e sintomas inespecíficos	Sinais e sintomas comportamentais
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensação de fome</li> <li>✓ Dor de cabeça</li> <li>✓ Náuseas</li> <li>✓ Cansaço, sonolência</li> <li>✓ Falta de força</li> <li>✓ Sensação de calor</li> <li>✓ Tonturas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Labilidade emocional, comportamento errático</li> <li>✓ Irritabilidade, birra</li> <li>✓ Choro inusitado</li> <li>✓ Presetidos</li> <li>✓ Agitação</li> <li>✓ Presença, inatividade</li> </ul>

Os pais, os professores, os colegas de escola e outros cuidadores precisam estar cientes de todos os sinais e sintomas possíveis, durante a hipoglicemia e avaliar a glicemia capilar por uma técnica pouco habitual.

- ▶ O objetivo da correção a hipoglicemia é atingir novamente os 100mg/dl de glicemia capilar

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hipoglicémias

Dar HC de absorção rápida:

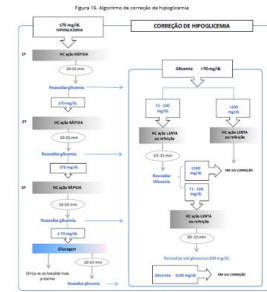
- Para uma criança de 30kg são necessários aproximadamente 9gr de glicose
- Para uma criança de 50kg são necessários aproximadamente 15gr de glicose
- Ex: Sumo de laranja, açúcar, colher de mel, shot de gel glicose.
- Reavaliar glicemia capilar 15 min depois:
  - Se glicemia inferior a 70mg/dl repetir nova ingestão de HC de absorção rápida
  - Se glicemia entre 70 e 100mg/dl ingerir HC de absorção lenta ( pão, bolachas), para prevenir recidiva e reavaliar 15min depois



as doses de HC podem estar diferentes face a estas, legiar a informação disponível no Plano Individual

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hipoglicémias

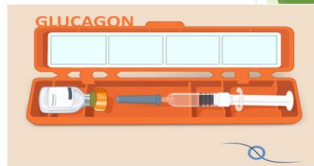


(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hipoglicémias

- ▶ **Muito importante!!** Se se verificar uma hipoglicemia numa criança com alteração da consciência deve-se administrar antes de tudo o glucagon. ( em crianças com PSCI deve-se parar ou suspender a perfusão).
- ▶ Quando houver recuperação de consciência, ingerir HC de absorção lenta

< 25Kg - ½ ampola  
> 25Kg - 1 ampola



Glucagon é uma hormona produzida pelo pâncreas que "liberta" o stock de glicose armazenado no fígado elevando assim os níveis de glicemia.

(Glicoline, 2016; Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hiperglicémia

Hiperglicémia define-se como a glicemia acima do objetivo glicémico definido individualmente para cada criança/jovem.

Deverá ser reforçada a ingestão de água e líquidos não açucarados e vigiar mais amlude a glicémia, para prevenir problemas metabólicos a médio/longo prazo mas também para evitar a instalação da cetose.

As hiperglicémias podem ser ocasionais e podem estar relacionadas a :

- Ingestão excessiva de HC comparativamente à insulina administrada
- Diminuição da atividade física
- Doença
- Stress Psicológico.

Numa criança/jovem com PSCI a evolução para cetose pode ser muito rápida sendo necessária a correção imediata mediante os protocolos individuais instituídos e pode estar relacionado com:

- Doença aguda/stress
- Bolus insuficiente ou omitido ( causa mais frequente)
- Atraso na mudança do conjunto de infusão / sinais inflamatórios no local da punção
- Canula deslocada/dobrada / presença de sangue ou ar na canula.

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Hiperglicémia

**Cetose** - quando por ausência de insulina, o corpo não consegue usar a glicose, esta fonte de energia é então substituída por outra. Usualmente por ácidos gordos libertados do tecido adiposo, havendo na sua metabolização a formação de corpos cetónicos.

Deve ser avaliada sempre que se verificar uma glicémia superior a 250mg/dl

Considera-se positiva se resultado for superior a 0,6mmol/L

Valores mais elevados podem levar ao surgimento de náuseas e vômitos e a sua acumulação no sangue em conjunto com a hiperglicémia poderá evoluir para uma complicação grave - a **Cetoacidose Diabética**

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## Diabetes e exercício físico

- ▶ Contra Indicações ao exercício físico:
  - ▶ Cetonemia elevada
  - ▶ Hipoglicémia grave nas últimas 24 horas
- ▶ Nos 90 min seguintes à prática de exercício físico, é importante ingerir um lanche com HC (1g/kg +- ) e cerca de 20/30gr de Proteína, devendo o bolus ser reduzido conforme esquema individual (cerca de 50%).

Tabella 1 - Atuação de acordo com a glicemia prévia ao exercício

Glicemia prévia	< 90	90-125	126-180	181-250	> 251
Exercício	+	+	+	+	+
Aeróbico ou misto	-	+	+	+	-
Anaeróbico	-	+	+	+	-
Indicações	Ingestão de HC 10-20 g 20 a 30 g de HC 10 g	Ingestão de HC 10 g			Análise da cetonemia

Legenda: HC - Hidratos de Carbono; IAB - Insulina e Bomba Insulina em Ação; + Pode ingerir; - Contraindicado ao exercício.  
 - Risco de hipoglicemia; - Risco de hiperglicemia ou agravamento de mesma

(Programa Nacional para a Diabetes, 2019)

## A criança/jovem com diabetes

- ▶ Deverá ter sempre consigo:
  - ▶ Caneta de insulina rápida
  - ▶ Glucagon
  - ▶ Material para pesquisa de glicose e cetonemia ( máquina, picador e tiras)
  - ▶ Material extra para mudança de circuito de PSCI ( cânula, cateter)
  - ▶ HC de absorção rápida e lenta ( açúcar e bolachas por exemplo)
  - ▶ Identificação onde conste que tem diabetes tipo 1.
  - ▶ Contacto dos pais ou responsável.

## Referencias Bibliográficas

Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 - Manual de Formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.

Obrigada pela atenção!

**APÊNDICE VI**  
Planeamento da sessão de formação “*Obesidade infantil e juvenil – A  
relevância da intervenção do enfermeiro*”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialidade em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Ano Letivo 2019/2020

2º Ano, 1º Semestre

# **Sessão de Formação: “Obesidade Infantil e Juvenil: a relevância da intervenção do enfermeiro”**

**Serviço de Internamento de Pediatria**

**Elaborado por:**

Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar N<sup>o</sup> 8977

**Docente:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa, Setembro de 2019

## **Contextualização**

No decorrer do estágio no Serviço de Internamento de Pediatria, tive oportunidade de aprofundar o meu conhecimento acerca da sua dinâmica e funcionamento. Após discussão com a orientadora de estágio, apercebi-me que ao ser internada uma criança ou adolescente com obesidade neste serviço, o foco de cuidados de enfermagem incide principalmente na gestão do episódio agudo de doença em detrimento de uma situação já instalada de obesidade. Desta forma, e após discussão com a enfermeira orientadora, dada a temática do projeto, foi considerado pertinente a realização de uma sessão de formação junto da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria, no sentido de sensibilizar a mesma para a problemática da obesidade infantil e juvenil e a relevância do papel do enfermeiro na promoção da saúde destas crianças e adolescentes, mesmo em contexto de internamento hospitalar. Procurei desenvolver uma sessão que incentivasse os enfermeiros da equipa a discutir sobre o tema e na importância da sua intervenção.

## **Justificação**

A obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a epidemia global do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 70 (Akram et al., 2000). Em 2016, segundo esta mesma fonte, cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes acima dos 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesos. Comparando estes dados, com dados de há cerca de 40 anos, conclui-se que a prevalência da obesidade nestas faixas etárias é 10 vezes mais elevada na atualidade (WHO, 2017).

Em Portugal, dados preliminares de 2019 referem que a prevalência de crianças em idade escolar com excesso de peso é de 29,6%, sendo que 12,0% destas serão obesas. Ainda que comparativamente a dados do mesmo estudo efetuado em 2008, se possa verificar uma inversão da tendência mundial de aumento da prevalência de obesidade infantil, esta mantém-se com valores preocupantes (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

A estratégia de eleição de controlo da obesidade infantil e juvenil passa por uma abordagem não farmacológica, com ações de promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde, dirigidas às crianças, adolescentes e família, no sentido de os sensibilizar à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e os consciencializar das comorbilidades associadas à obesidade numa fase tão precoce da vida (Hopkins, Decristofaro, & Elliott, 2011). A grande maioria dos pais de crianças e adolescentes obesos tendem a desvalorizar o excesso de peso dos filhos, acreditando que é uma questão temporária e que no futuro irão reverter esta situação

de forma espontânea, relevando frequentemente os hábitos alimentares e de atividade física da família para segundo plano no grau de importância atribuída (Pas, Soder, & Deon, 2019).

A obesidade infantil e juvenil é uma doença crónica, devendo-se agir no âmbito da sua gestão e controlo, mesmo em situações de internamento por doença aguda, como qualquer outra doença crónica. Existe evidência de que a avaliação e documentação de obesidade infantil ou juvenil em contexto de internamento Pediátrico é escassa ou inexistente, não obstante o contacto mais frequente entre pais e profissionais neste contexto (Branco, Jorge, & Chaves, 2011; Bradford et al., 2012) Desta forma, enfermeiro assume-se como o profissional de eleição no apoio a estas crianças, adolescentes e famílias, adotando uma abordagem no âmbito da promoção da saúde e ajudando os mesmos a encontrar estratégias que os levem à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

### Plano da Sessão:

**Tema:** “Obesidade Infantil e Juvenil: a relevância da intervenção do enfermeiro”

**População-Alvo:** Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

**Preletora:** Cátia Aguiar

**Data:** 7 de outubro de 2019

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Serviço de Internamento de Pediatria

**Objetivo Geral:** Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria da importância da intervenção de enfermagem na obesidade infantil e juvenil.

**Objetivos Específicos:** Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir obesidade infantil/ juvenil
- Identificar determinantes da obesidade infantil e juvenil
- Identificar consequências da obesidade infantil e juvenil
- Descrever as estratégias na intervenção à criança e jovem com obesidade
- Reconhecer a importância da intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde das crianças e jovens obesos, em contexto de internamento hospitalar.

<b>Conteúdo programático</b>	<b>Método pedagógico</b>	<b>Material de apoio e Suporte</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Objetivos Gerais e Específicos</li> <li>• Pertinencia do Tema</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador e data show	Avaliação Inicial. Diagnóstico de necessidades	5 min
<b>Desenvolvimento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidade Infantil e Juvenil: definição</li> <li>• Fatores determinantes</li> <li>• Consequências</li> <li>• Intervenção do Enfermeiro</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador e data show	Avaliação formativa: observação da participação da equipa	20 min
<b>Síntese:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão</li> <li>• Referências bibliográficas</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador, data show e questionário de avaliação da sessão.	Avaliação sumativa: observação da participação da equipa. Entrega de questionários de avaliação	5 min

### **Avaliação**

A avaliação da sessão foi feita através de um questionário, após a realização da mesma. Este questionário, que se apresenta de seguida, foi entregue aos enfermeiros que assistiram à sessão, após a apresentação e discussão da mesma. A sessão foi efetuada em um dia, na passagem de turno da manhã para a tarde, abrangendo um total de 4 enfermeiros e 1 aluna do curso de licenciatura em enfermagem.

No item número 1, que foca a sessão de formação em termos dos seus objetivos, interesse, utilidade e tempo de duração, todos os participantes atribuíram a cotação máxima de “*excelente*”, assim como a opinião global sobre a sessão também foi “*excelente*” de forma unânime. Relativamente ao item número 2, que foca a eficácia do formador: 40% classificam as capacidades formadoras como “*muito bom*” e 60% como “*excelente*”, cotando as restantes duas alíneas como excelente, de forma unânime. Na pergunta aberta “*Dentro desta temática, haverá*

*algo mais que gostaria que fosse aprofundado?”*, um dos intervenientes respondeu que gostaria que fossem abordados exemplos de atividades diárias que pudessem ser elegíveis para os 60 minutos de atividade física recomendada pela Organização Mundial de Saúde, não tendo havido mais respostas a esta questão. Por fim, nos comentários, três dos intervenientes preencheram este campo, tendo todos manifestado o interesse e a pertinência do tema; dois dos intervenientes elogiaram a abordagem e domínio do tema por parte da preletora e um dos intervenientes refere que é um tema pouco abordado em contexto de internamento e reiterou a importância do mesmo.

Desta forma considero que foram atingidos os objetivos da sessão, tendo sido avaliada de forma bastante positiva pela equipa presente, que reiterou a importância destes conteúdos serem abordados e trabalhados de forma a melhorar a prática de cuidados. Foi inclusivamente pedido pelos participantes para esta sessão ser repetida, de forma a abranger mais profissionais da equipa de enfermagem. Ficando a data por agendar para as semanas seguintes.

## Avaliação da Satisfação da Sessão de Formação

Título da sessão **Obesidade Infantil e Juvenil: a relevância da intervenção do enfermeiro**

Local de Formação	Serviço de Pediatria
Data	07/10/2019

O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspetos da sessão de formação a que assistiu. Marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião. Obrigada pela sua colaboração.

### Escala de Avaliação:

1	2	3	4	5
Insuficiente	A melhorar	Bom	Muito Bom	excelente

<b>1.Sessão de Formação</b>	1	2	3	4	5
1.1 – Objetivos da sessão					
1.2 – Interesse dos conteúdos					
1.3 – Utilidade da sessão					
1.4 – Tempo de duração					
1.5 – Opinião global sobre a sessão					
<b>2 – Eficácia do Formador</b>	1	2	3	4	5
2.1 – Capacidades didáticas					
2.2 – Conhecimento da matéria					
2.3- Capacidade de criar ambiente participativo					

Dentro desta temática, haverá algo mais que gostaria que fosse aprofundado?

Comentários:

## **Referencias Bibliográficas**

- Akram, D. S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J. L., Bray, G. A., Carroll, K. K., ... Zimmet, P. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization - Technical Report Series*, (894). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- Bradford, K., Kihlstrom, M., Pointer, I., Skinner, A., Slivka, P., & Perrin, E. (2012). Parental attitudes toward obesity and overweight screening and communication for hospitalized children abstract. *Hospital Pediatrics*, 2(3), 126–132. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2011-0036>
- Branco, S., Jorge, S., & Chaves, H. (2011). Obesidade infantil - A realidade de um centro de saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24(509), 509–516.
- Hopkins, K. F., Decristofaro, C., & Elliott, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 278–288. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00614.x>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *COSI Portugal 2019 : Excesso de peso e obesidade infantil continuam em tendência decrescente*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual , enunciados descritivos* (Ordem dos).
- Pas, K. D., Soder, T. F., & Deon, R. G. (2019). Percepção dos pais : Meu filho tem obesidade infantil? *Contexto & Saúde*, 19(36), 20–26. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2019.36.20-26>
- World Health Organization. (2017). Taking action on childhood obesity, 1–8. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/taking-action-childhood-obesity-report/en/>

# Obesidade Infantil e Juvenil

A RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Discente: Cátia Aguiar nº8977  
Professora Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre

## Objetivos

### OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar e consciencializar a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria da importância da intervenção de enfermagem na obesidade infantil e juvenil

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir obesidade infantil/ juvenil
- Identificar determinantes da obesidade infantil e juvenil
- Identificar consequências da obesidade infantil e juvenil
- Descrever as estratégias na intervenção à criança e jovem com obesidade
- Reconhecer a importância da intervenção da enfermeira no âmbito da promoção da saúde das crianças e adolescentes obesos, em contexto de internamento hospitalar.

## Perinância

A obesidade é um problema de saúde pública, a aumentar exponencialmente na idade pediátrica.

(World Health Organization, 2017)

Estima-se que cerca de 60% das crianças obesas antes da puberdade, mantenham esse excesso de peso, enquanto jovens adultos (Camarinha et al., 2016).

Ações de promoção da saúde com vista ao controlo da obesidade nestas etapas de desenvolvimento → Ganhos em saúde das crianças e jovens e diminuição dos custos a médio/longo prazo que as complicações da obesidade poderão trazer aos indivíduos. (Beja, Ferrinho, & Craveiro, 2014)

## Contextualização da problemática

### OBESIDADE



A epidemia global do séc. XXI, tendo a sua incidência triplicado desde os anos 70 (Akram et al., 2000)



A Organização Mundial de Saúde estima que em 2016 haveria 340 milhões de crianças/adolescentes com excesso de peso ou obesos (World Health Organization, 2017).



segundo o COSI Portugal, existe em 2019; 29,4% de crianças com excesso de peso, das quais 12% serão obesas (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).



Na população escolar da área de abrangência do [ ] tal possível verificar a existência de uma percentagem de adolescentes com sobrepeso de 31,5% e destes 13,2% seriam obesos (Maria et al., 2017)

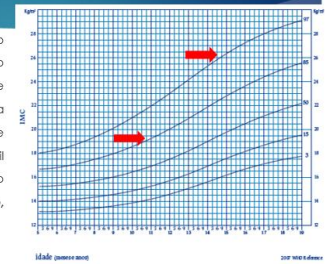
## Definição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), o excesso de peso e a obesidade infantil caracterizam-se por uma excessiva acumulação de gordura que pode prejudicar a saúde das crianças.



## Avaliação

- O Índice de Massa Corporal é o método antropométrico determinado pela OMS – corresponde ao quociente entre o peso e o quadrado da estatura. Considera-se excesso de peso - maior ou igual que o percentil 85 e obesidade - maior ou igual que o percentil 97 (Direção Geral de Saúde, 2013).



## Etiologia

A etiologia da obesidade infantil é multifatorial, nela se incluem os determinantes:



Nos fatores comportamentais destacam-se: hábitos alimentares, influência parental na ingestão alimentar, atividade física passiva, sedentarismo e padrão de sono inadequado (Guimarães et al., 2012).

## Consequências

- Patologias associadas:
  - Problemas ortopédicos e musculoesqueléticos
  - Patologias gastrointestinais
  - Problemas respiratórios
  - Doenças metabólicas
  - Problemas cardíacos
  - Problemas renais
  - Cancro
- Problemas de saúde mental:
  - Isolamento social
  - Bullying
  - Baixa auto-estima



### Na idade escolar e nos adolescentes a Organização Mundial de Saúde aconselha:



- o aumento de legumes e fruta, leguminosas e frutos secos, na alimentação diária;



- atividade física regular, tendo como referência 60 minutos diários de exercício físico.

A Organização Mundial de Saúde apela à importância e necessidade de:  
- trabalhar em equipas multidisciplinares  
- desenvolver estratégias nas políticas de saúde governamentais dos vários países (WHO, 2014).

### O Papel Do Enfermeiro Na Obesidade Infantil E Juvenil



### O Papel Do Enfermeiro Na Obesidade Infantil E Juvenil



### Referências Bibliográficas

Alman, D. S., Astorg, A. V., Ajemba, T., Bissini, J. L., Bray, G. A., Carné, K. K., ... Zimmet, P. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. World Health Organization - Technical Report Series, (894). [https://doi.org/10.1016/S0146-8730\(03\)10268-3](https://doi.org/10.1016/S0146-8730(03)10268-3)

Baja, A., Ferreira, 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, 28(1), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.003>

Caratinha, B., Graça, P., & Nogueira, F. J. (2016). A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. Acta Médica Portuguesa, 29(1), 31-40. <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6868>

Direção Geral de Saúde. (2013) Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (OS). Lisboa.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). OSJ Portugal 2019: Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente. Lisboa.

Maria, A. T., Guimarães, C., Candeias, J., Almeida, S., Figueiredo, C., Pinheiro, A., ... Martins, S. (2017). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes portuguesas: estudo numa população escolar. Acta Pediatríca Portuguesa, 48(3), 203-211. <https://doi.org/10.21069/APP.2017.8088>

World Health Organisation. (2010). Global status report on noncommunicable diseases. World Health, 176. <https://doi.org/10.21069/APP.2017.8088>

World Health Organization. (2011). Global recommendations on physical activity for health 5 - 17 years old. Retrieved from [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations\\_5\\_17years/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations_5_17years/en/)

World Health Organization. (2014). Frequently asked questions: Childhood obesity.

World Health Organization. (2017). Taking Action on Childhood Obesity, 1-8. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18\\_tiang.pdf?ua=1&tag=wha-who-intent-childhood-obesity-publications-taking-action-childhood-obesity-reporter/](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18_tiang.pdf?ua=1&tag=wha-who-intent-childhood-obesity-publications-taking-action-childhood-obesity-reporter/)

**APÊNDICE VII**  
*Poster “Alimentação Saudável – Que hábitos já tem em casa?”*



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – Que hábitos já tem em casa?

Hábitos alimentares saudáveis não significam uma alimentação monótona. Pelo contrário, diversidade é um dos pilares da alimentação saudável! Também não significa que se tenha que abdicar dos alimentos menos saudáveis, contudo estes terão que constituir a exceção e não a regra. É fundamental conseguir um equilíbrio entre a energia que se consome e a energia que se gasta, caso contrário haverá acumular de gordura e ganho de peso!<sup>1,2,3</sup>



A roda dos alimentos é uma representação gráfica dos vários grupos de alimentos a ingerir diariamente e respetivas proporções seguindo as seguintes recomendações:

**Completa** – comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

**Equilibrada** – comer em maior quantidade os alimentos dos grupos de maiores dimensões e em menor quantidade os grupos com menor dimensão

**Variada** – comer alimentos diferentes dentro de cada grupo, variando diariamente, semanalmente e sazonalmente<sup>1,2,3</sup>.

**Também se recomenda que:**

- Faça refeições pouco volumosas e nutritivas
- Modere o consumo de sal
- Beba água mesmo que não sinta sede
- Reduza o consumo de alimentos açucarados e ricos em gordura<sup>1,2,3</sup>.

## Tenha atenção aos açúcares escondidos nos alimentos!

Ao contrário do açúcar naturalmente presente na fruta e vegetais, os açúcares adicionados aos produtos alimentares processados podem ser prejudiciais para a saúde e a sua ingestão deverá ser restrita. Estes alimentos têm alto teor de açúcar que por vezes está “escondido” sobre outros nomes: glicose, frutose, mel, maltose, lactose, maltodextrina, xarope de milho, extrato de malte etc<sup>4</sup>. Veja aqui alguns exemplos:



Quatro bolachas XL com pepitas de chocolate (92gramas) contêm 34gramas de açúcar, equivalente a 8,5 torrões de açúcar



Uma lata de cola (330ml) contém 34,98 gramas de açúcar, equivalente a 8,7 torrões de açúcar



100 gramas de gomas contêm 56 gramas de açúcar, equivalente a 14 torrões de açúcar

**APÊNDICE VIII**

Folheto informativo destinado aos pais “*Hábitos de vida saudáveis*”

Todos nós devemos:

- Reduzir consumo de sal, açúcar e gorduras.
- Aumentar o consumo de fruta e hortícolas.
- Fazer da água a bebida principal do dia-a-dia
- Tomar sempre o pequeno-almoço.
- Não estar mais do que 3 horas sem comer.
- Privilegiar as refeições com alimentos cozidos, estufados ou grelhados.



**Alimentação variada, nas proporções demonstradas na roda dos alimentos, para uma melhor saúde das nossas crianças!**

**Referências Bibliográficas:**

Candeias, V., Nunes, E., Moreira, C., Cebral, M., & Silva, P. (2005). *Biodiversidade para uma Alimentação Saudável (DGS). Direcção-Geral de Saúde*

Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen Time and Sleep among School-aged children and Adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Review*, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.07.007>

Dickson, M., Whiston, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., Dopoulos, L., ... Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *SLEH*, 2(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>

World Health Organization. (2011). *global recommendations on physical activity for health 5 - 17 years old*. Retrieved from [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5\\_17years/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years/en/)

# Hábitos de Vida Saudáveis



Figura 1 <https://www.egora.fractus-medicalespediatrie/33436-jnmg-2017-quels-signes-doivent-alerter-en-pediatrie>

**Para crianças mais felizes e a crescer com saúde!**

Realizado por:  
Enfermeira Cátia Aguiar (aluna 10ª MEESIP)  
Sob Orientação de:  
Professora Doutora Maria da Graça Vinagre

## Atividade física

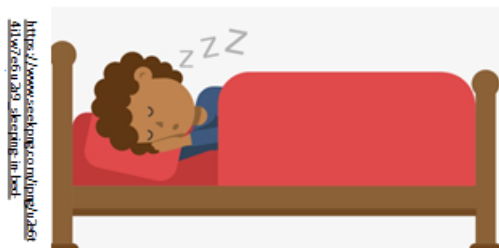
A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda para todas as crianças entre os 5 e os 17 anos a prática diária de **pelo menos 60min de atividade física diária**.



Atividade física pode ser caminhar, andar de bicicleta, brincar, dançar, jogar, praticar desporto, educação física dentro do contexto escolar, familiar ou da comunidade (World Health Organization, 2011).

## Sono

A *National Sleep Foundation* (2015) recomenda que as crianças entre os 8 e os 13 anos tenham entre 8 a 12 horas de sono diariamente (Hirshkowitz et al., 2015).



2

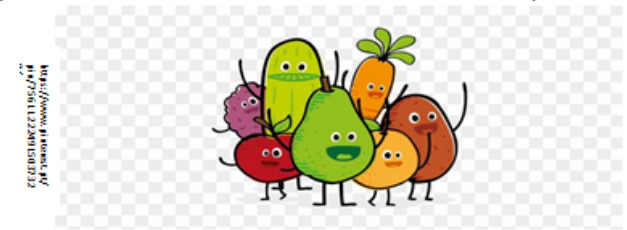
## Tempo de Ecrãs

O tempo de ecrãs (ver TV, mexer no telemóvel/tablet, jogar computador/consola) deve ser limitado e **não deve substituir** atividades como o desporto, o convívio entre família e amigos, a alimentação e o sono! Tempo de ecrã na hora antes de dormir pode ser prejudicial para o sono e conseqüentemente para a concentração e desenvolvimento (Hale & Guan, 2015).



## Alimentação

Alimentação saudável não significa que seja algo monótono e sem sabor. Pelo contrário, diversidade é um dos pilares desta alimentação! Também não significa abdicar totalmente dos alimentos menos saudáveis, é **fundamental conseguir um equilíbrio** entre as energias que se ingerem e as que se gastam, caso contrário ocorre o aumento de peso! (Candeias, Nunes, Morais, Cabral, & Silva, 2005)



3

**APÊNDICE IX**  
Planeamento das sessões de formação “*Crescer saudável – Aprender a ler um rótulo*”

## Plano das Sessões:

**Tema:** “Crescer saudável – Aprender a ler um rótulo”

**População-Alvo:** Crianças de 6 turmas de 6º ano de uma escola EB 2º e 3º ciclo

**Preletoras:** Enfermeira Orientadora e Cátia Aguiar

**Data:** 1ª sessão: 8 de novembro de 2019

2ª sessão: 22 de novembro de 2019

**Duração:** 45 minutos

**Local:** Sala de aula de escola EB de 2º e 3º ciclo

**Objetivo Geral:** Sensibilizar as crianças sobre a importância da leitura de rótulos para a realização de escolhas alimentares mais saudáveis

**Objetivos Específicos:** Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Identificar onde está um rótulo numa embalagem;
- Identificar onde está a informação relativa a lipídios, açúcar e sal no rótulo
- Avaliar as quantidades de lipídios, açúcar e sal através do decodificador de rótulos apresentado;
- Pesquisar e apresentar aos colegas e preletoras: receitas ou alimentos com rótulos mais saudáveis (para a 2ª sessão).

Conteúdo programático	Método pedagógico	Material de apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<b>Introdução:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Objetivos Gerais e Específicos</li> <li>• Pertinência do Tema</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador e data show	Avaliação Inicial. Diagnóstico de necessidades	5 min
<b>Desenvolvimento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decodificador de Rótulos</li> <li>• Doses diárias recomendadas</li> <li>• Atividade: leitura de rótulos (1ª sessão)</li> <li>• Atividade: troca de receitas e rótulos de alimentos saudáveis (2ª sessão)</li> </ul>	Dinâmico Interrogativo	Computador, data show, pacotes de açúcar, sacos com 5 gramas de sal e embalagens de alimentos variados	Avaliação formativa: observação da participação das crianças	20 min
<b>Síntese:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Expositivo Interrogativo	Computador, data show	Avaliação sumativa: observação da participação das crianças	5 min

## Avaliação

De um modo geral, as crianças mostraram interesse pela temática abordada e participaram ativamente durante ambas as sessões. Demonstraram ter conhecimentos relativamente à importância de uma alimentação mais saudável, nomeando com facilidade algumas patologias adquiridas com a perpetuação de hábitos alimentares pouco saudáveis (como a obesidade e as doenças cardiovasculares).

Durante a demonstração das doses diárias recomendadas onde foram utilizados os sacos com 5 gramas de sal e os pacotes de açúcar, a grande maioria mostrou-se surpreendida, pois não tinham a noção que a quantidade fosse tão diminuta. Participaram ativamente nas atividades de ambas as sessões. Na primeira sessão a maioria das crianças concluiu com base nos alimentos trazidos para a atividade, e que são habitualmente ingeridos por eles no dia-a-dia, que ingerem uma quantidade de açúcar diária acima do que seria desejável. Muitos alunos trouxeram para a segunda sessão, as suas sugestões de refeições ou lanches mais saudáveis. Referiram também que nas duas semanas que separaram as sessões, ficaram mais conscientes das

escolhas que podem fazer e tornando-se mais proativos nos momentos de compras com os pais no supermercado. Denotou-se desta forma, duma maneira geral, um interesse tanto nas sessões como na sua aplicabilidade prática.

As professoras destas crianças referem que os seus lanches mais comuns têm alto teor de açúcar e gordura (bolos, sumos e leite achocolatado na sua maioria), mas que gradualmente vai-se notando algumas mudanças, especialmente após sessões de formação e sensibilização como a efetuada, pois as crianças transformam-se no elemento dinamizador e de mudança no seio familiar.

**APÊNDICE X**  
Guião de entrevista semiestruturada a enfermeira perita da consulta de  
obesidade pediátrica

## **Guião da entrevista semiestruturada a enfermeira da consulta de Obesidade infantil e juvenil de um Hospital central**

No decorrer do contexto de estágio de cuidados de saúde primários, está também contemplado um período de observação da consulta de enfermagem de obesidade infantil e juvenil de um hospital central. É uma consulta já com algum tempo de existência e por consequência com uma equipa de enfermeiros com larga experiência no âmbito da promoção da saúde a crianças e adolescentes obesos. Desta forma é extremamente importante a realização de uma entrevista com uma enfermeira desta consulta, como complemento à observação neste contexto. Por consequência, esta trará subsídios ao meu desenvolvimento de competências especializadas e à elaboração do projeto a ser desenvolvido durante o estágio.

### **Objetivos:**

- Caracterizar a equipa multidisciplinar da consulta de obesidade infantil e juvenil e sua dinâmica.
- Conhecer o circuito do utente pediátrico na consulta de obesidade.
- Conhecer o papel e a intervenção do enfermeiro na consulta de obesidade

## Instrumento de colheita de dados – Entrevista semiestruturada

Objetivos	Questões Orientadoras
<b>- Caracterizar a equipa da consulta de obesidade e a sua dinâmica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quais os profissionais que integram a equipa da consulta de obesidade?</li><li>- Em que períodos da semana funciona a consulta de obesidade? Podemos encontrar nesses períodos todos os profissionais que integrem a consulta?</li><li>- São realizadas reuniões multidisciplinares? Qual a periodicidade?</li><li>- Existem projetos/investigação desenvolvidos ou a ser implementados?</li></ul>
<b>- Conhecer o circuito do utente pediátrico na consulta de obesidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Como acedem as crianças e adolescentes à consulta de obesidade? São encaminhados por outros profissionais? De que instituições?</li><li>- Quais os critérios de referenciação à consulta de obesidade?</li><li>- Qual o circuito percorrido pelo utente pediátrico desde a 1ª consulta?</li><li>- Existem circuitos/ protocolos de articulação com a comunidade?</li></ul>
<b>- Conhecer o papel e a intervenção do enfermeiro na consulta de obesidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Como se efetua o acolhimento à criança e adolescente que se dirige pela 1ª vez à consulta de enfermagem?</li><li>- Como se processa a consulta de enfermagem?</li><li>- Como é planeada e realizada a intervenção de enfermagem?</li><li>- Que áreas são abordadas?</li><li>- Que estratégias são utilizadas no decurso da consulta?</li><li>- Como se assegura a continuidade do utente pediátrico na consulta de obesidade?</li></ul>

## **APÊNDICE XI**

Projeto de intervenção em enfermagem no âmbito da promoção da saúde  
em adolescentes com obesidade



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediatria

# **PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES COM OBESIDADE**

Ambulatório de Pediatria do Hospital X

Cátia Sofia Vitorino dos Santos Aguiar N<sup>o</sup> 8977

Lisboa, 2020

## **SIGLAS**

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saude Infantil e Pediátrica

IMC – Indice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1 JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	6
2 FINALIDADE.....	8
3 OBJETIVOS.....	9
4 POPULAÇÃO-ALVO.....	9
5 METODOLOGIA.....	10
5.1 DURAÇÃO.....	10
5.2 CRONOGRAMA.....	10
5.3 FLUXOGRAMA DA CONSULTA.....	11
5.4 PLANEAMENTO DE ATIVIDADES.....	13
6 AVALIAÇÃO.....	16
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17



## INTRODUÇÃO

A obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a epidemia global do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 70 (Akram et al., 2000). É encarada atualmente como um problema de saúde pública a aumentar exponencialmente na idade pediátrica (WHO, 2017).

Segundo a mesma Organização, em 2016, cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes acima dos 5 anos tinham excesso de peso ou eram obesos. Comparando estes dados, com dados de há cerca de 40 anos, conclui-se que a prevalência da obesidade nestas faixas etárias é 10 vezes mais elevada na atualidade (WHO, 2017).

A obesidade infantil e juvenil é uma patologia complexa e multifatorial, resultado do desequilíbrio entre a ingestão excessiva de alimentos e o gasto energético insuficiente para compensar esta ingestão (Wang, 2017). A obesidade infantil e juvenil é uma patologia que quando estabelecida tem forte correlação com o surgimento de várias comorbidades como a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e morte prematura (Seal & Broome, 2011; Campbell, 2016; Wang, 2017).

É na adolescência que a preocupação relativamente à prevalência da obesidade aumenta, pois nesta fase de desenvolvimento ocorrem múltiplas mudanças a nível físico, mas também a nível comportamental e social. A evidência demonstra que adolescentes obesos têm uma probabilidade de 70% de serem obesos aos 30 anos (Alberga, Sigal, Goldfield, Prud Homme, & Kenny, 2012; Machado, 2015; Simmonds, Llewellyn, Owen, & Woolacott, 2016).

Por ser uma questão que afeta em grande escala a saúde da população pediátrica a nível mundial e nacional, foram definidas metas para o controlo e gestão da epidemia da obesidade infantil e juvenil, onde destaco a recomendação emanada pela Organização Mundial de Saúde no documento "*Report of the commission on Ending Childhood Obesity*" que se refere ao fornecimento e desenvolvimento de serviços de gestão do peso, a crianças e adolescentes com obesidade e família, providenciados por uma equipa multidisciplinar treinada e preparada para tal (WHO, 2016). Esta recomendação vai também de encontro ao preconizado como Meta para a Saúde 2020: "*Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020*" (DGS, 2015)

Ações de promoção de saúde com incentivo à mudança de hábitos e estilos de vida podem ser um método de controlo da obesidade, cabendo ao enfermeiro um papel fundamental

dentro da equipa multidisciplinar nestas atividades promotoras da saúde, ajudando os adolescentes a maximizar a sua saúde (OE, 2002; Epstein et al., 2010).

Este projeto será desenvolvido no Ambulatório de Pediatria onde exerço funções, pela equipa de enfermagem em estreita colaboração com a equipa médica e de nutrição. Será integrado no plano das consultas autónomas e interdependentes de enfermagem.

O projeto tem como objetivo geral: Promover a adesão do adolescente obeso e família aos comportamentos promotores de saúde, como prevenção secundária da obesidade juvenil.

# 1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Segundo a OMS, excesso de peso e obesidade definem-se como o acumular excessivo ou anormal de gordura, que possa comprometer a saúde (WHO, 2018).

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é usado frequentemente para classificar o excesso de peso ou obesidade. Na criança, como um ser em crescimento, terá de se ter em consideração também a idade, não havendo valores de referência transversais a toda a infância ou adolescência. Entende-se assim como uma criança com excesso de peso, aquela que tem um IMC acima do Percentil (P) 85 e abaixo do P97, para a sua idade; e uma criança obesa aquela que tem um IMC para a sua idade acima do P97, seguindo as curvas de crescimento da OMS (De Onis, 2015; Center for Disease Control and Prevention, 2018).

A obesidade é uma patologia complexa e multifatorial, com múltiplas consequências para a saúde física e mental dos indivíduos, sendo provocada por um desequilíbrio entre as calorias ingeridas (muitas vezes ricas em gordura) e as despendidas, agravada pela redução da atividade física, dado ao aumento crescente do sedentarismo, característico dos meios progressivamente mais urbanizados e industrializados (Wang, 2017).

Os fatores desencadeantes podem ter início no período perinatal e, entre os múltiplos fatores que podem dar origem ou agravar esta condição, poderemos encontrar os hábitos alimentares, de atividade física e sono inadequados, assim como ambientes familiares, escolares e comunitários que possam influenciar negativamente o comportamento alimentar e de atividade física da criança e do adolescente (Campbell, 2016; Wang, 2017). Em Portugal, segundo o relatório *Global Burden Disease*, os hábitos alimentares inadequados assumiram em 2016 a segunda posição nos fatores de risco para a mortalidade precoce (DGS & IHME, 2018).

A sua manutenção é um fator de risco para o desenvolvimento de outras patologias associadas como a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, a dislipidémia, a apneia do sono, patologias osteoarticulares, algumas formas de cancro e problemas do foro psicológico como a baixa autoestima e o isolamento social (Campbell, 2016; Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017; Wang, 2017).

Em Portugal a prevalência da obesidade infantil e juvenil ainda atinge números preocupantes: segundo dados preliminares do COSI 2019, 29,6% das crianças em idade escolar teriam excesso de peso e 12% seriam obesas. A evidência também nos diz que 55% das crianças obesas em idade escolar serão obesas na adolescência (Simmonds et al., 2016; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Mais particularmente nas escolas da área de

abrangência do Hospital onde trabalho verificou-se uma prevalência de adolescentes com excesso de peso de 31,5% dos quais 13,2% seriam obesos (Maria et al., 2017).

Sendo a obesidade um problema que pode ser encontrado em todas as fases do desenvolvimento, é na adolescência que incide uma preocupação acrescida. A adolescência é caracterizada por múltiplas alterações físicas, psicológicas e emocionais, com acréscimo da maior independência face aos pais, vinculação acrescida ao grupo de pares e associadamente um aumento do sedentarismo e uma diminuição na qualidade da alimentação. Podendo todos estes fatores estar intimamente ligados com a progressão da obesidade, torna-se particularmente importante salientar que alguns estudos apontam que 70% dos adolescentes obesos irão manter-se obesos aos 30 anos de idade (OE, 2010; Alberga et al., 2012; Smith, Straker, McManus, & Fenner, 2014; Machado, 2015; Simmonds et al., 2016).

Desta forma, intervenções direcionadas por parte da equipa de saúde de forma a promover comportamentos promotores de saúde tais como hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, tornam-se imperiosas e imprescindíveis (Pandita et al., 2016). É dado especial enfoque na literatura à importância da abordagem multidisciplinar ao adolescente, onde cada profissional de saúde poderá trazer contributos valiosos para a gestão e tratamento da obesidade (Barlow, 2007; Afonso, Cunha, & Oliveira, 2008; Carroll, 2013).

Barlow, (2007) refere que um programa de intervenção no tratamento à obesidade juvenil englobará e focar-se-á nos campos já referidos acima, sendo necessário uma abordagem e avaliação frequente dos adolescentes (e família) de forma a definir pequenas metas exequíveis de atingir. Barlow refere que as avaliações subsequentes deverão ser planeadas conforme os desejos da família, contudo sugere avaliações frequentes (Barlow, 2007). Apesar de não haver muita evidência no sentido da frequência das avaliações de *follow up*, existem alguns autores que sugerem avaliações mensais ou com algumas semanas de intervalo (Katzmarzyk et al., 2014; Taylor et al., 2016).

A OMS recomenda no seu relatório "*Ending Childhood Obesity*" de 2016 que a abordagem no combate à obesidade seja efetuada por uma equipa multidisciplinar, com uma filosofia centrada na família, onde o enfoque deverá ser dado à alimentação, atividade física e suporte emocional/psicológico (WHO, 2016).

A abordagem dos adolescentes por parte da equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro e nutricionista) é de extrema importância, pois a abordagem de cada profissional é importante e trará novas perspetivas de gestão da obesidade ao adolescente.

A abordagem do enfermeiro no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem que dimensionem a intervenção a realizar não interfere com os referenciais de trabalho dos restantes profissionais de saúde, sendo a sua intervenção complementar e necessária. A menção à

participação dos enfermeiros nas equipas multidisciplinares de gestão da obesidade infantil e juvenil é enunciada em vários documentos (Barlow, 2007; Epstein et al., 2010; Gonçalves Andreia, 2013).

O enfermeiro possui competências na sua formação, no âmbito da educação para a saúde com vista aos “*clientes atingirem o seu potencial máximo de saúde*” (OE, 2002, p.14), sendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) particularmente habilitado à promoção da saúde nesta etapa de desenvolvimento pois o seu desígnio é “ *o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível*”(Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192).

Segundo Murdaugh et al.,(2019) os indivíduos detêm potencial para guiarem a sua mudança comportamental, atendendo às suas capacidades de autorregulação e tomada de decisão. O enfermeiro desempenha um papel de catalisador e motivador, promovendo um ambiente propício à mudança comportamental.

A metodologia a ser utilizada neste projeto de intervenção é baseada no processo de enfermagem, pois este permite ao enfermeiro identificar a problemática, planear intervenções que visem a adoção de comportamentos promotores de saúde e avaliar os resultados dessas mesmas intervenções (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Para a elaboração de objetivos e atividades será utilizada a linguagem padronizada CIPE®, pois é a terminologia utilizada na instituição onde o projeto será implementado e porque desta forma a recolha sistemática de indicadores para avaliação dos cuidados de enfermagem e resultados dos clientes será possibilitada.

## 2. FINALIDADE

Aumentar os comportamentos promotores de saúde nos adolescentes com obesidade com vista a controlar/melhorar a obesidade e as suas complicações

### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo geral:**

Promover a adesão<sup>2</sup> do adolescente obeso e família aos comportamentos promotores de saúde como prevenção secundária da obesidade juvenil.

#### **Objetivos específicos:**

1. Identificar hábitos alimentares, de atividade física e sono dos adolescentes seguidos em consulta de obesidade.
2. Ensinar<sup>3</sup> sobre as vantagens da adesão ao regime alimentar, de exercício físico e de estilos de vida saudáveis.
3. Validar o conhecimento sobre as vantagens da adesão ao regime dietético, exercício físico e estilos de vida saudáveis.
4. Negociar com o adolescente obeso e família, um plano promotor de saúde com objetivos exequíveis.
5. Promover um acompanhamento multidisciplinar continuado/periódico aos adolescentes com obesidade e suas famílias.

### 4. POPULAÇÃO-ALVO

Adolescentes dos 11- 18 anos seguidos em consulta de obesidade no Hospital onde trabalho.

---

<sup>2</sup> Adesão - “ação auto-iniciada para promoção do bem-estar,(...) seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos(...), muda o comportamento para melhor,(...), interioriza o valor de um comportamento de saúde”(Internacional Council of Nurses, 2013,p35).

<sup>3</sup> Ensinar – “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (Internacional Council of Nurses, 2013,p100)

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. DURAÇÃO

Este projeto tem a duração de um ano, podendo ser continuado se avaliação for satisfatória. Planeia-se iniciar a 4 de janeiro de 2021.

### 5.2. CRONOGRAMA

	Fev-Set'20	Out/Dezembro'20	Janeiro'21	Dezembro'21	Janeiro'22
Elaboração do Projeto					
Reunião com coordenador da consulta de obesidade					
Reunião com equipa multidisciplinar da consulta de obesidade					
Início da Intervenção					
Termino da intervenção					
Avaliação Final					

### 5.3. FLUXOGRAMA DA CONSULTA

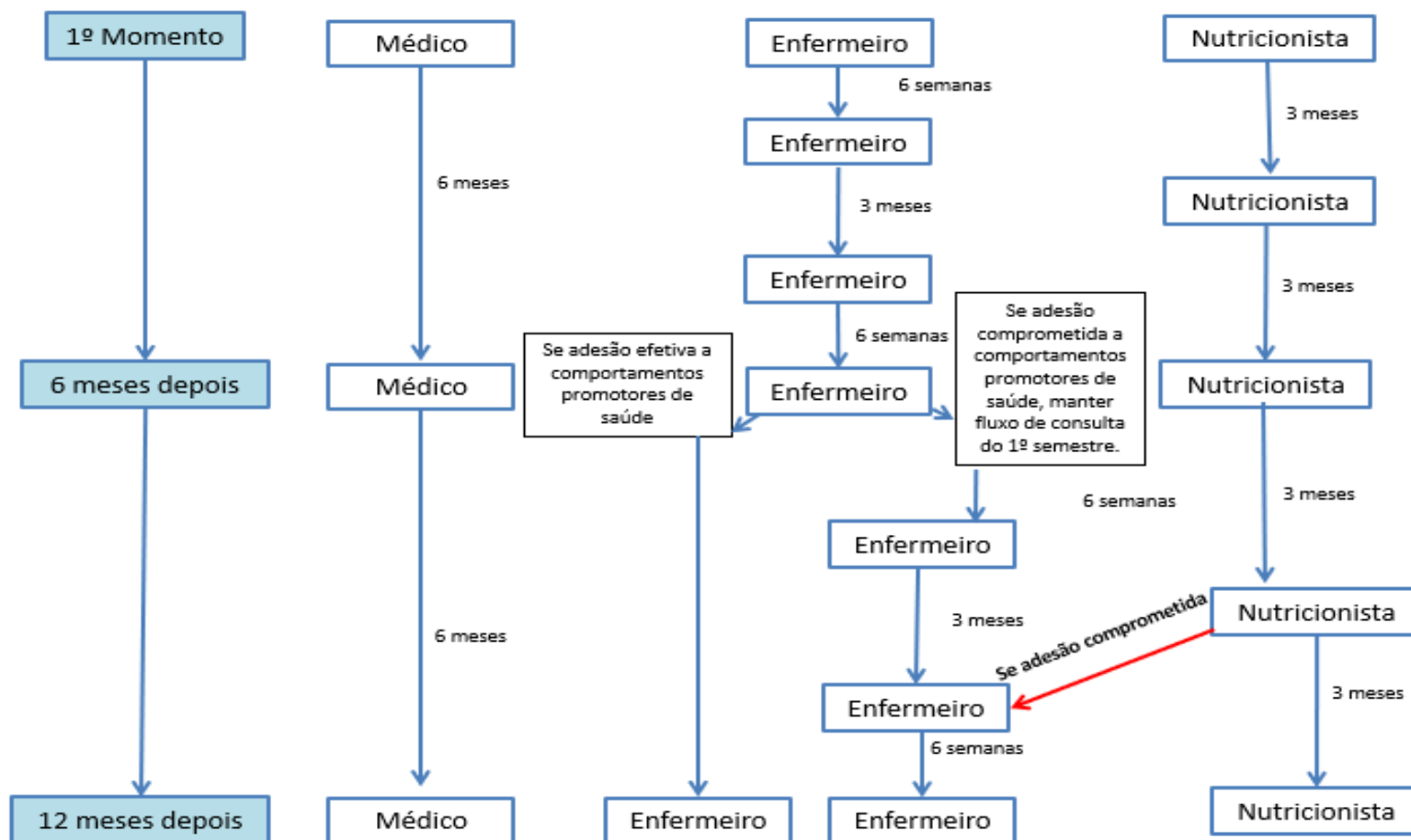


Fig. 1 – Sugestão de Fluxograma.

O contacto mais frequente da equipa multidisciplinar com o adolescente e família permite uma melhor vigilância de adesão a comportamentos promotores de saúde, aferição/negociação de estratégias e monitorização de antropometria.

Este fluxograma pretende representar o seguimento multidisciplinar do adolescente obeso nos primeiros 12 meses de seguimento. No entanto os *timings* definidos podem ser alterados sempre que se identifique essa necessidade, e de acordo com a negociação entre a equipa multidisciplinar e a família.

## 5.4. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

As atividades programadas de acordo com os objetivos específicos, serão realizadas em contexto de consulta de enfermagem (autónoma)

1. Identificar hábitos alimentares, de atividade física e sono dos adolescentes seguidos em consulta de obesidade.	
Intervenções	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder à recolha de dados de anamnese:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alimentação (porções, número de refeições, consumo de frutos e hortícolas, consumo de produtos ricos em açúcar e gordura)</li> <li>○ Atividade física e sedentarismo (frequência e tipo de atividade física e desportiva, tempo de horas de ecrã)</li> <li>○ Sono e repouso (número de horas de sono, qualidade do sono)</li> <li>○ Escola e pares (aproveitamento escolar, interação com os pares, <i>bullying</i> e baixa autoestima)</li> <li>○ Família ou adultos de referência (dinâmica e suporte familiar)</li> <li>○ Monitorização de:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peso Corporal</li> <li>▪ Altura</li> <li>▪ Perímetro Abdominal</li> <li>▪ IMC</li> <li>▪ Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Registo em BSIJ e Processo de Enfermagem</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeiro</p> <p><b>Materiais:</b> Computador Balança com estadiómetro Fita métrica Esfigmomanómetro</p>

## 2. Ensinar sobre vantagens da adesão ao regime alimentar, de exercício físico e de estilos de vida saudáveis.

Intervenções	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre vantagens de<ul style="list-style-type: none"><li>○ Regime alimentar:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alimentação saudável e porções adequadas, tendo por base a roda dos alimentos</li><li>▪ Hidratação adequada</li></ul></li><li>○ Regime de Atividade física<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Incentivo à atividade física ou desportiva, conforme as orientações da OMS</li><li>▪ Redução do sedentarismo</li></ul></li><li>○ Hábitos de sono</li><li>○ Entrega de folheto informativo sobre hábitos de alimentação e estilos de vida saudáveis</li></ul></li><li>• Incentivo a:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prática de atividade física e desportiva</li><li>○ Redução do tempo passado em frente a ecrãs, ou em hábitos de vida sedentários</li><li>○ Consumo de fruta e vegetais e a redução de consumo de alimentos com alto teor de gordura e açúcar</li><li>○ Realização de refeições saudáveis</li></ul></li></ul>	<b>Humanos:</b> Enfermeiro  <b>Materiais:</b> Computador Roda dos Alimentos Folheto informativo

## 3. Validar conhecimento sobre as vantagens da adesão ao regime dietético, exercício físico e estilos de vida saudáveis

Intervenções	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Validação de “ensinos” efetuados recorrendo a:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mecanismos de <i>readback – feedback</i></li><li>○ Colocação de questões relativas à informação disponibilizada e partilhada</li><li>○ Esclarecimento de dúvidas</li></ul></li></ul>	<b>Humanos:</b> Enfermeiro  <b>Materiais:</b> Computador

#### 4. Negociar com o adolescente obeso e família, um plano promotor de saúde com objetivos exequíveis.

Intervenções	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconhecer com o adolescente, o objetivo final da frequência da consulta de obesidade (perda ponderal, melhoria de hábitos de vida, melhoria da imagem corporal, etc.)</li><li>• Reconhecer com o adolescente e família, atividades benéficas para a saúde, no seu dia-a-dia para reforço positivo.</li><li>• Reconhecer com o adolescente e família, atividades a melhorar no seu dia-a-dia:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Identificar junto do adolescente, quais as áreas a que estaria mais predisposto a alterar com vista a uma melhoria</li></ul></li><li>• Traçar objetivos exequíveis e realistas até próxima avaliação, em conjunto com o adolescente e família</li><li>• Agendamento de nova avaliação conforme negociação entre adolescente, família e equipa multidisciplinar.</li></ul>	<b>Humanos:</b> Enfermeiro  <b>Materiais:</b> Computador

#### 5. . Promover um acompanhamento multidisciplinar adequado periódico/continuado dos adolescentes com obesidade e suas famílias.

Intervenções	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivo à reunião multidisciplinar trimestral/semestral para:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Discussão de casos clínicos</li><li>○ Avaliação das etapas do projeto</li><li>○ Propostas de alteração concordantes com a avaliação (os resultados)</li></ul></li></ul>	<b>Humanos:</b> Médico Enfermeiro Nutricionista

## 6. AVALIAÇÃO

O sucesso deste programa de intervenção será considerado se a adesão do adolescente e família a comportamentos promotores de saúde for efetiva.

A documentação do processo de enfermagem é realizada num sistema de informação informático cuja linguagem classificada é a CIPE versão 2 (como já anteriormente foi referido).

Este projeto de intervenção tem como objetivo principal “Promover a adesão do adolescente obeso e família aos comportamentos promotores de saúde como prevenção secundária da obesidade juvenil”.

O enfermeiro “ensina”, negocia e o que se pretende é a mudança nos estilos de vida, do adolescente e família no sentido da aquisição de comportamentos promotores de saúde.

O indicador de sucesso deste projeto será o número de adolescentes que, ao final de um ano de seguimento multidisciplinar tenham uma “Adesão Efetiva” a comportamentos promotores de saúde (definir quais, atendendo ao adolescente em questão).

Estes dados serão obtidos diretamente do processo de enfermagem sendo o seu cálculo realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de adolescentes com diagnóstico de enfermagem "Adesão efetiva"}}{\text{Número de adolescentes seguidos na consulta de obesidade (num determinado ano civil)}} \times 100$$

Considerando que o objetivo principal da intervenção junto dos adolescentes obesos é a promoção da sua saúde - tanto física como mental - a intervenção deste projeto não visa apenas o controlo do peso, mas principalmente a adesão a comportamentos promotores de saúde.

Sabe-se que a obesidade é extremamente difícil de reverter apesar das intervenções efetuadas em conjunto entre a equipa de saúde e o adolescente e família (Fonseca et al., 2008).

Assume-se como sucesso do projeto, se a percentagem de adolescentes com adesão efetiva a comportamentos promotores de saúde for igual ou superior a 40%, dentro do universo de adolescentes seguidos na consulta de obesidade.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C., Cunha, C., & Oliveira, T. (2008). Tratamento da obesidade na infância e adolescência : uma revisão da literatura. *Revista de Medicina Minas Gerais*, 18(4), 131–138.
- Akram, D. S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J. L., Bray, G. A., Carroll, K. K., ... Zimmet, P. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organization - Technical Report Series*, (894). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- Alberga, A. S., Sigal, R. J., Goldfield, G., Prud Homme, D., & Kenny, G. P. (2012). Overweight and obese teenagers: Why is adolescence a critical period? *Pediatric Obesity*, 7(4), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2011.00046.x>
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 Suppl, S164–S192. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329C>
- Campbell, M. K. (2016). Biological, environmental, and social influences on childhood obesity. *Pediatric Research*, Vol. 79, pp. 205–211. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.208>
- Carroll, A. (2013). Obesity interventions can improve more than just body mass index. *JAMA Pediatrics*, 167(11), 1072–1079. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2356>
- Center for Disease Control and Prevention. (2018). Disability and obesity. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/obesity.html>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2013). *CIPE® Versão 2011 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Retrieved from [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE\\_VFinal\\_BaixaResolucao\\_Proteg.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf)
- De Onis, M. (2015). World health organization reference curves. *The ECOG's EBook on Child and Adolescent Obesity*. Retrieved from [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. In *Direção-Geral da Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde, & IHME. (2018). *Portugal: The nation's health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results* (IHME, Ed.). Retrieved from <http://www.healthdata.org/policy-report/portugal-nation's-health-1990-2016>
- Epstein, S., Geniteau, E., Christin, P., Hermouet, P., Mok, E., Fournier, J., & Hankard, R. (2010). Role of a clinical nurse specialist within a paediatric multidisciplinary weight-management programme team. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2649–2651. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03296.x>
- Fonseca, H., Nobre, C., Santos, M., Patrício, Z., Neves, S., Duarte, N., ... Matos, C. (2008). Obesidade na adolescência: Uma proposta de intervenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39(2), 53–56.

- Gonçalves Andreia. (2013). *O papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção de uma alimentação saudável*. Retrieved from [http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV\\_110\\_Art8.pdf](http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art8.pdf)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *COSI Portugal 2019 : Excesso de peso e obesidade infantil continuam em tendência decrescente*. Lisboa.
- Katzmarzyk, P. T., Barlow, S., Bouchard, C., Catalano, P. M., Hsia, D. S., Inge, T. H., ... Yanovski, J. A. (2014). An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity. *International Journal of Obesity*, 38(7), 887–905. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.49>
- Machado, M. do C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Maria, A. T., Guimarães, C., Candeias, I., Almeida, S., Figueiredo, C., Pinheiro, A., ... Martins, S. (2017). Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes portugueses: estudo numa população escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48(3), 203–211. <https://doi.org/10.21069/app.2017.8088>
- Murdaugh, C. L., Parson, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). NYC: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual , enunciados descritivos* (Ordem dos).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume 1* (Ordem dos, Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pandita, A., Sharma, D., Pandita, D., Pawar, S., Tariq, M., & Kaul, A. (2016). Childhood obesity: Prevention is better than cure. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 9, 83–89. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S90783>
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 133 de 12 de Julho de 2018), 19192–19194. Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Rito, A., Sousa, R. C. de, Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2016* (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.). Retrieved from <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4857>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1–38.
- Seal, N., & Broome, M. (2011). Evidence-based interventions for pediatric weight control. *Journal for Nurse Practitioners*, 7(4), 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2010.08.015>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>

- Smith, K. L., Straker, L. M., McManus, A., & Fenner, A. A. (2014). Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: A qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatrics*, *14*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-53>
- Taylor, S., Borzutzky, C., Jasik, C., Mihalopoulos, N., Smith-Barron, K., Woolford, S., ... Kohn, M. (2016). Preventing and treating adolescent obesity: A position paper of the society for adolescent health and medicine. *Journal of Adolescent Health*, *59*(5), 602–606. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.020>
- Wang, Y. (2017). Potential mechanisms in childhood obesity : Causes and prevention. In I. Romieu, L. ; Dossus, & W. C (Eds.), *Energy balance and obesity, IARC Working Group Reports* (Vol. 10, pp. 69–78). World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). Report of the commission on Ending Childhood Obesity. In *Report of the commission on Ending Childhood Obesity*. Retrieved from World Health Organization website:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf)
- World Health Organization. (2017). *Taking action on childhood obesity*. 1–8. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/taking-action-childhood-obesity-report/en/>
- World Health Organization. (2018). Obesity and Overweight. Retrieved February 22, 2020, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>