



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA -
PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NA CRIANÇA DOS 0
AOS 2 ANOS DE IDADE**

Carlos Oliveira Martins

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica, orientado pela Professora Doutora Goretí Marques e coorientado pela
Professora Doutora Tânia Rodrigues, apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa
Maria.

Março de 2023

Porto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	9
1.1 ASSISTIR A CRIANÇA COM A FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE.....	13
1.2 CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	17
1.3 PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....	22
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	27
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
2.2 PROCESSO METODOLÓGICO.....	30
2.3 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	32
2.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	34
2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PARA A PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS DOS ZERO AOS DOIS ANOS DE IDADE	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
6 APÊNDICES.....	61
APÊNDICE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA AMOSTRA INTEGRADA NA REVISÃO	

RESUMO

Introdução: A reflexão sobre o percurso formativo para a aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica revela-se essencial para o desenvolvimento profissional assim como para o pessoal. A inclusão de intervenções no plano de cuidados relativo à promoção da atividade física na criança até dois anos de idade surge como prioridade pois implica conhecimentos e competências de profissionais de saúde e dos seus pais/cuidadores, em associação a um meio social promotor e a intervenções efetivas.

Este processo implica um papel complexo do enfermeiro especialista contribuindo para a efetividade do papel parental e para a saúde da criança, promovendo hábitos de vida saudável através de estratégias preventivas.

Objetivo: Analisar as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, adquiridas e desenvolvidas ao longo dos contextos da prática clínica; identificar a evidência científica baseada nas intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica para a promoção de atividade física em crianças até dois anos de idade, desenvolvendo uma proposta de intervenção que permita dar resposta às necessidades detetadas.

Metodologia: No primeiro capítulo foi adotada uma metodologia descritiva que irá permitir a análise crítico reflexiva das competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio. No segundo capítulo foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura recorrendo a bases de dados científicas e utilizando os descritores *MeSH*, após definição de critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: Desenvolveram-se Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, permitindo a optimização da intervenção de enfermagem, ao longo dos contextos de prática clínica.

A Revisão Integrativa da Literatura permitiu a identificação de intervenções do Enfermeiro Especialista na promoção da actividade física em crianças até dois anos de idade. A pesquisa produziu um total de 322 publicações com 21 publicações a integrar a revisão, cumprindo os critérios de elegibilidade. Os resultados da revisão categorizaram-se em programas de atividade física para crianças até dois anos de idade, englobando barreiras e facilitadores, formação e treino de enfermeiros e cuidadores, importância da participação dos pais, das visitas domiciliárias e dos grupos sociais de apoio, e finalmente os recursos necessários para concretizar as diferentes intervenções. Identificaram-se intervenções realizadas em ambiente de cuidados de saúde diferenciados, cuidados de

saúde primários, domiciliar e social. As estratégias utilizadas dividem-se em várias opções que são complementares, incluindo recursos materiais, audiovisuais/tecnológicos, escritos, partilha de experiências e aquisição/aperfeiçoamento de competências/habilidades.

Conclusões: O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel preponderante na promoção dos programas de atividade física nos diferentes contextos de atuação. Fica ainda demonstrado nesta revisão que a sua atuação sistematizada, orientando intervenções e respectivas estratégias, desde o nascimento, se traduz na otimização de prestação de cuidados especializados e em ganhos para a saúde da criança e da sua família.

Palavras-chave: enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, atividade física, programas de promoção, recém-nascido, lactente

ABSTRACT

Introduction: Reflecting on the training path for the acquisition of Child and Pediatric Health Nursing Specialist Skills proves to be essential both for professional and personal development. The inclusion of interventions in the care plan regarding the promotion of physical activity in children up to two years of age is a priority since it implies knowledge and skills of health professionals and their parents/caregivers, in association with a promoting social environment and effective interventions.

This process implies a complex role for nursing specialists, contributing to the effectiveness of parental role and children's health, promoting healthy lifestyle habits through preventive strategies.

Objective: To analyze the inherent skills to Child and Pediatric Health Nursing Specialists, acquired and developed throughout the contexts of clinical practice; to identify the scientific evidence based on the interventions of Child and Pediatric Health Nursing Specialists for the promotion of physical activity in children up to two years of age, developing an intervention proposal that allows responding to the detected needs.

Methodology: In the first chapter, a descriptive methodology was adopted, allowing a critical and reflective analysis of skills acquired in the different internship contexts. In the second chapter, an Integrative Literature Review was carried out using scientific databases and using MeSH descriptors, after definition of inclusion and exclusion criteria.

Results: Child and Pediatric Health Nursing Specialist Skills were developed, optimizing nursing intervention, throughout the contexts of clinical practice.

The Integrative Literature Review allowed the identification of Nursing Specialist interventions in promoting physical activity in children up to two years of age. The research produced a total of 322 publications with 21 publications included in the review, meeting the eligibility criteria. The review results were categorized into physical activity programs for children up to two years of age, encompassing barriers and facilitators, education and training of nurses and caregivers, importance of parental participation, home visits and social support groups, and finally the necessary resources to carry out the different interventions. Interventions were carried out in the environments of differentiated health care, primary health care, home and social care. The used strategies are divided into several options that are complementary, including material,

audiovisual/technological and writing resources, shared experiences and acquiring/improving skills.

Conclusions: Nursing Specialists in Child and Pediatric Health play a leading role in promoting physical activity programs in different contexts. It is also demonstrated in this review that its systematic action, guiding interventions and respective strategies, from birth, translates to the optimization of specialized care provided and health gains for children and their families.

Keywords: child and pediatric health nursing specialist, physical activity, promotion programs, newborn, infant

INTRODUÇÃO

O presente relatório final surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria – Porto no ano letivo 2021/2022, orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e pela Professora Doutora Tânia Rodrigues.

O mesmo tem como finalidade demonstrar o percurso formativo ao longo dos diferentes estágios, realizando para tal uma análise crítico-reflexiva, e fundamentar com base na evidência científica as competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista. Pretende-se ainda realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com a temática da Promoção da Atividade Física na criança dos zero aos dois anos de idade e, finalmente, elaborar uma proposta de intervenção que dê resposta às necessidades encontradas, em concordância com os resultados da RIL.

A atividade física (AF) apresenta-se atualmente como uma área de crescente interesse no presente enquadramento de saúde. Tendo em conta a sociedade industrializada em que vivemos, a AF surge frequentemente como uma atividade da vida diária negligenciada, remetida para níveis de prioridade relativamente secundários.

Optou-se por abordar a prática de AF na faixa etária dos zero aos dois anos, selecionada para este estudo, pois as constantes alterações físicas e emocionais que a caracterizam tornam difícil adequar tanto cuidados parentais como intervenções dos profissionais que prestam cuidados às crianças, tornando-se assim necessário adquirir ou otimizar um conjunto de habilidades e conhecimentos que permita intervir com segurança e eficácia.

Deste modo são frequentes os relatos de cuidadores assoberbados com o nível de informação recebida e desiludidos com a sua inconsistência, criando stress na aquisição de novas competências parentais. Também as equipas de Enfermagem demonstram dificuldade em integrar cuidados relativos a esta temática, nesta faixa etária, na sua prática diária. Assim, tendo em conta a relação de parceria de cuidados que baseia os cuidados pediátricos atuais, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) deve assumir o papel de coordenação dos cuidados prestados às crianças, assumindo a educação da família como uma das tarefas definidoras da sua atividade especializada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a base estrutural do apoio familiar é a habilitação e capacitação com respeito pela criança e sua família, elementos essenciais para a delegação da decisão, participação nos cuidados e posterior autonomia (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a).

Para dar resposta a estas questões desenvolveu-se uma RIL, com os objetivos de recolher e sintetizar os estudos selecionados no processo de pesquisa sobre a intervenção do enfermeiro na promoção da AF na faixa etária dos zero aos dois anos de idade, e ainda implementar os resultados obtidos na proposta de intervenção referida anteriormente, visando assim a otimização dos cuidados de Enfermagem.

A estrutura deste relatório está dividida em três capítulos essenciais. No primeiro, utilizando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, demonstra-se o processo de aquisição de competências de EESIP, permitindo uma visão do percurso académico realizado ao longo do atual Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No segundo capítulo aborda-se a AF na criança dos zero aos dois anos de idade, a influência nesta dos pais ou cuidadores, e ainda o papel do EESIP. Nestes capítulos pretende demonstrar-se a pertinência do tema em estudo. Procede-se de seguida ao enquadramento teórico e metodológico da RIL e à apresentação e discussão dos resultados obtidos recorrendo a um processo descritivo, associando a literatura complementar relacionada com o tema deste estudo. Por fim, no terceiro capítulo elabora-se uma proposta de intervenção para promoção da AF, seguida das considerações finais.

O motor de busca EBSCO, proporcionou as bases de dados usadas como recurso e, as normas de formatação de trabalhos escritos, em que se baseia este relatório, são as que se encontram em vigor na Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Neste capítulo serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas para operacionalizar os objetivos propostos ao longo dos diferentes estágios de prática clínica. Os estágios foram realizados em várias unidades tais como: Neonatologia, Cirurgia Pediátrica, Pediatria Médica, Urgência Pediátrica e Cuidados na Comunidade (incluindo Equipa Local de Intervenção), com orientação de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) estão previstos quatro domínios das competências comuns, sendo o primeiro o da responsabilidade profissional, ética e legal. Neste domínio preconiza-se a prática profissional, ética e legal, cumpridas ao longo do percurso dos estágios, pela observação das normas legais e princípios éticos e ainda seguindo o código deontológico da profissão, procurando obter cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. De seguida, encontra-se o domínio da melhoria contínua da qualidade, onde se procuraram desenvolver práticas de qualidade colaborando em programas de melhoria e garantindo um ambiente terapêutico. Já no domínio da gestão dos cuidados pretendeu-se otimizar a resposta da equipa adaptando a gestão dos recursos ao contexto das diversas situações vivenciadas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Assim, ao longo dos diferentes contextos de prática clínica frequentados, na realização das várias atividades estipuladas, visou-se a autonomia em contexto de atuação com a equipa e com os enfermeiros orientadores, promovendo um ambiente de trabalho saudável. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), define-se como um ambiente de trabalho saudável aquele que permite aos trabalhadores e aos gestores cooperarem no sentido de promover a saúde e o bem-estar comum, fomentando um ambiente que estabeleça bases de segurança progressiva. Já a consulta de procedimentos, protocolos e a distribuição das atividades preconizadas pelos diferentes profissionais facilitaram a incorporação das dinâmicas dos serviços no referente à prestação de cuidados e gestão de recursos. Ao longo dos ensinamentos clínicos foi possível perceber que cabe ao EESIP a função de coordenador. Este deve atender às necessidades da criança e sua família, mas também às dos outros enfermeiros, certificando-se que não ocorram falhas no serviço e gerindo eventuais conflitos que possam surgir (Pereira, 2018).

O EESIP deve demonstrar capacidade de negociação durante a sua prática pois frequentemente, os pais, encontram-se numa fase de adaptação devido à situação de doença dos filhos e sentem-se incapacitados de prestar mesmo os cuidados básicos, necessários, à criança. Deste modo procurou-se a sua devida informação para serem integrados nas tomadas de decisões, promovendo a vinculação/ligação e o relacionamento terapêutico, visando proximidade com a família e uma maior empatia entre as partes envolvidas na prestação de cuidados à criança.

Embora a gestão de prioridades dos cuidados seja essencial, foi precedida sempre da tentativa de estabelecimento de uma relação terapêutica percebendo a disponibilidade e capacidade de envolvimento dos pais na prestação de cuidados às suas crianças. Isto tornou transversal em todos os contextos da prática clínica, a reflexão sobre os cuidados prestados com o intuito de melhorar a sua qualidade assim como a adequação do estilo de liderança às diferentes situações que foram ocorrendo, gerindo recursos e cuidados e promovendo comportamentos interpessoais.

Também a competência emocional foi otimizada, trabalhando o conhecimento emocional e a expressão de emoções, para que a criança interaja e estabeleça relações significativas. As emoções foram um dos temas relevantes neste percurso de formação, referindo-se ao aspeto não racional enquanto indivíduos, sendo relevante identificar o que sentimos e expressá-lo adequadamente. A partir dos 3 anos de idade a criança pode ser moldada na sua regulação de emoções e comportamentos permitindo expressar os seus sentimentos, promovendo a sua confiança e relações cooperativas com os outros. Assim implementou-se estas estratégias, às crianças e todos os seus cuidadores (familiares e escolares) recorrendo a comunicação e disciplina positiva. Desta forma, incentivou-se as crianças a relacionar o que sentem com o que estão a experienciar e com o que pensam ou fazem, e a expressarem adequadamente as suas emoções, respeitando os sentimentos dos outros e analisando as consequências das suas atitudes.

No adolescente proporcionaram-se momentos em este estivesse sem a presença dos pais, respeitando os seus gostos pessoais e hábitos, visando ajudá-lo a desenvolver atividades de distração durante o internamento, como jogos, ouvir música e videochamadas com os entes afectivos ou amigos.

Experimentaram-se também a forma de comunicação verbal e não-verbal, promovendo a expressão de afetos de modo eficaz e assertivo através da argumentação e promovendo a exposição de vontades e necessidades.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais visou-se também desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e ainda, basear a prática especializada na evidência científica disponível (OE, 2010). Este percurso formativo foi relevante pois deu relevo ao autoconhecimento como parte essencial para a prática de cuidados de excelência tendo-se verificado que certas competências do EESIP são adquiridas ou otimizadas apenas com o tempo de prática profissional, como a comunicação de más notícias, a gestão de processos de luto, a gestão emocional e de mecanismos de defesa. É aqui que o EESIP se deve diferenciar, abrangendo mais competências e vendo o doente de um modo holístico, estabelecendo uma relação de ajuda e auxiliando-o a ele e à sua família a potenciar as probabilidades de adaptação ou resolução da doença. Operacionalizando o referido anteriormente procurou-se dar a maior autonomia possível a cada agregado familiar, sugerindo mecanismos de coping e de adaptação.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011b), afirma que o EESIP é responsável pela educação para a saúde e pela prestação de cuidados através da avaliação das necessidades que a criança/jovem e a sua família carecem. Deste modo, a multidimensionalidade de atuação do EESIP permite compreender as ferramentas que dispomos enquanto profissionais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde das crianças/jovens e das suas famílias.

Em concordância com o Regulamento de Competências Específicas do EESIP, é da sua responsabilidade exercer uma prática que se pautar por um grau de competências e habilidades avançado, logo este deve estar apto para assegurar uma resposta capaz perante as necessidades do binómio “criança/família” em diversos contextos.

Pertence ao seu âmbito de ação mobilizar recursos que permitam uma prestação de cuidados ajustada às necessidades da criança e respetiva família, valorizando as características inerentes ao seu estágio de desenvolvimento e o contexto familiar onde está inserida (OE, 2018). Este processo inicia-se ainda antes do parto da criança, pois durante a gravidez já se inicia o processo de transição para a parentalidade verificando-se a preparação para o nascimento, com alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e até socioeconómicas. Assim é fundamental a preparação dos pais, com a aquisição de conhecimento e competências parentais permitindo a reestruturação e reajuste em várias dimensões, visando a autoeficácia e a vinculação com o bebé.

Dentro desta área de intervenção do EESIP, promoveu-se a vinculação e a amamentação através da colaboração em sessões do curso de preparação para o parto e

parentalidade, em parceria com um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, inserido em ambiente de Unidade de Cuidados na Comunidade. Além deste curso de preparação para o parto, foram ainda abordadas temáticas (durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil, assim como durante a prestação de cuidados nos diferentes ambientes hospitalares associados a cada estágio) como normas de segurança, a alimentação, a higiene do bebé e materna, o posicionamento, e ainda a hospitalização prevista, incluindo o regime terapêutico. Estes cuidados antecipatórios visam promover a qualidade da parentalidade e pretendeu-se deste modo incentivar e supervisionar a parentalidade do primeiro dia de internamento até a alta hospitalar, desenvolvendo um planeamento individualizado perante as especificidades de cada agregado familiar, respeitando as suas limitações na retenção de informação, de aprendizagem e destreza.

Como tal, a Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica baseia-se no cuidar do recém-nascido/criança/adolescente considerando sempre a família como um elemento precioso e imprescindível na prestação de cuidados, devendo o enfermeiro apoiar e reforçar a competência da família. Tendo por base este princípio e de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, as competências específicas do EESIP incluem assistir e cuidar a criança e a sua família, visando maximizar a sua saúde, em situações de especial complexidade, e prestar cuidados que respondam às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento (OE, 2018).

1.1 ASSISTIR A CRIANÇA COM A FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

Os objetivos delineados para os estágios foram perseguidos através de atividades definidas para a sua concretização e pela análise crítico-reflexiva centrada no cuidado à criança e família, tendo estas atividades como finalidade a promoção, o desenvolvimento e a adaptação da criança e família aos processos de saúde e doença.

Isto só se tornou possível com atividades que permitiram proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e respectivas famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família, facilitando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Os primeiros objetivos delineados foram os de conhecer a dinâmica da prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e refletir criticamente sobre o papel do EESIP na assistência à criança/família.

Verificou-se que, nos contextos de prática clínica, a metodologia de trabalho das equipas de enfermagem é baseada no modelo de Enfermeiro de Referência, atribuído a cada família. A enfermagem de família baseia-se num pensamento sistémico, centrado simultaneamente no sistema familiar e em sistemas individuais, enfatizando a interação recíproca entre todos os membros da família (Figueiredo, 2010). Os cuidados prestados seguem o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, - Capacitar e incentivar os pais a prestar os cuidados à criança - uma vez que a família é vista como elemento integrante e fundamental na tríade criança/família/enfermeiro, priorizando a parceria de cuidados. Desta forma a parceria de cuidados é considerada como um dos atributos dos Cuidados Centrados na Família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A assistência de enfermagem pediátrica alicerçada no Cuidado Centrado na Família baseia-se na crença que as necessidades físicas e emocionais da criança, assim como o bem-estar da família, serão colmatadas com maior eficácia se os serviços de saúde ativarem a capacidade familiar para suprir as necessidades da criança, sendo isto alcançado pelo envolvimento familiar no planeamento dos cuidados (Cruz & Ângelo, 2011).

Contudo, em contexto de Serviço de Urgência, surgiram limitações aos Cuidados Centrados na Família, pois o número elevado de ocorrências agudas aqui verificadas, associado à ausência de contacto prévio com a família, limitou a sua implementação. Isto

não invalidou a procura de estabelecer padrões de qualidade nos cuidados, garantindo a presença permanente do cuidador, a privacidade familiar, o direito à informação sobre os procedimentos realizados e o estado da criança.

Quando falamos de parceria de cuidados é inevitável referir o modelo desenvolvido por Anne Casey, que se refere a um modelo de enfermagem pediátrica, que promove o envolvimento ativo dos pais nos cuidados à criança. O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey tem alguns valores subjacentes como: o respeito, a comunicação, a empatia, a abordagem holística, a informação partilhada e a negociação. Para além disso, tem ainda cinco conceitos centrais, sendo eles: a criança, a família, enfermeiros, saúde e ambiente.

Assim, tendo por base os conceitos centrais deste modelo, é importante perceber que, de facto, a criança é um ser em desenvolvimento que necessita que as suas necessidades sejam respondidas por outros (pais/familiares/pessoas significativas) até que esta consiga responder às mesmas de forma autónoma. Deste modo, a família é percecionada como a unidade que presta os cuidados à criança, exercendo influência sobre o seu desenvolvimento, sendo importante realçar que, embora o modelo privilegie os pais como os principais cuidadores da criança, este não exclui o envolvimento de outras pessoas significativas, especialmente outros familiares.

Neste Modelo de Parceria de Cuidados distingue-se ainda os cuidados de enfermagem e os cuidados familiares. Os cuidados familiares correspondem aos que geralmente são prestados pelos pais e respondem às necessidades do quotidiano da criança. Por outro lado, os cuidados de enfermagem respondem a necessidades mais complexas associadas a situações de saúde. Na parceria de cuidados os enfermeiros desempenham assim os cuidados personalizados e incentivam os pais a desempenhar os cuidados familiares. No entanto, esta prestação de cuidados não é absoluta, sendo que os enfermeiros poderão também prestar os cuidados familiares quando necessário e os pais desempenhar alguns cuidados de enfermagem, sempre com ensino, instrução e supervisão de um elemento da equipa de enfermagem. De facto, o envolvimento dos pais é crucial, embora não seja universal que todos os pais são capazes e querem prestar todos os cuidados à criança, sendo que alguns evitam os cuidados mais técnicos, devendo, no entanto, ser igualmente apoiados e valorizados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No sentido de praticar cuidados de enfermagem individualizados procurou-se conhecer, ao longo dos diferentes contextos de estágio, particularmente cada criança e respetiva família, para identificar necessidades e implementar intervenções de

enfermagem capazes. A colheita criteriosa de dados relativos à criança e família em avaliação, associado à recolha das necessidades expressas, assim como das expectativas de cada agregado familiar permitiu adequar as informações, ensinamentos e cuidados a cada criança e família. Atualmente recorrem cada vez mais crianças e famílias aos serviços de saúde provenientes de meios culturais diversos. As particularidades socioculturais dos utentes devem ser respeitadas para que se produzam efetivos cuidados holísticos tornando para isso essencial compreender as características de cada um, de modo a que se verifiquem ganhos em saúde (Riley, 2004).

Para concretizar estes cuidados procedeu-se à tradução da língua portuguesa para inglês ou francês associado à utilização de meios audiovisuais (imagens ou filmes digitais ilustrativos dos temas a ser abordados), tendo estas estratégias implicado uma negociação e observando sempre os costumes e práticas tradicionais de cada cultura da criança e família. Esta mudança de paradigma levou ao emergir de outro objetivo, tendo como finalidade mobilizar conhecimentos e habilidades, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para implementação e gestão em parceria do plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gestão de regime e da reinserção social da criança/jovem. Este objetivo implicou o desenvolvimento de uma comunicação culturalmente sensível com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, respeitando as suas crenças e cultura.

Ao estudar esta temática constata-se que, nos elementos de comunicação verbal e não verbal do processo comunicativo, a componente verbal é apenas uma pequena parcela para estabelecer uma comunicação eficaz (Coelho & Sequeira, 2014). Para estes autores, a comunicação não verbal é a parte afetiva da comunicação e remete para a maneira como a mensagem é transmitida. Para ajudar a cumprir este objetivo com sucesso mostrou-se necessário investir também numa comunicação não verbal, através de uma expressão corporal que transmitisse confiança profissional. Trabalhar com crianças torna necessário o domínio de várias *nuances* da comunicação e trabalhar com as famílias inclui demonstrar empatia, escutar e saber gerir as emoções (Pereira, 2018). Saber adequar as estratégias de comunicação à faixa-etária e estágio de desenvolvimento permitiu adequar e facilitar o decorrer das consultas.

Assim, se na abordagem aos lactentes se deve utilizar um tom de voz suave e a comunicação não-verbal é essencial, utilizando o colo do cuidador e brinquedos atrativos ou objetos de conforto (como a chupeta), em relação às crianças em idade pré-escolar e

idade escolar foi importante aprender a respeitar o seu espaço para se sentirem confortáveis e seguros. Isto foi realizado procurando manter distância quando a criança o demonstrava, tentando realizar as avaliações ou procedimentos utilizando um tom de voz suave e ainda, um posicionamento à altura desta, no intuito de não a intimidar. Foram também incentivados os cuidadores a realizar os procedimentos que considerassem ser capazes e o manuseio de dispositivos hospitalares seguros, pela própria criança, que demonstrou ser útil reduzindo a ansiedade ou medo facilitando a prestação de cuidados

Na adolescência, as estratégias tornam-se mais complexas, uma vez que nesta faixa etária o direito à privacidade é a base para conseguir manter uma relação de confiança e estabelecer comunicação promovendo a auto-estima e a auto-determinação nas escolhas de saúde. Para este fim procurou-se fornecer informação precisa, de acordo com a sua capacidade cognitiva, realizar consultas e procedimentos individuais com o adolescente se ele assim pretendesse e ainda negociar eventuais alterações de estilos de vida. Esta diferenciação revelou a necessidade de otimizar atividades promotoras da negociação da participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar a ainda do apoio à inclusão de crianças com necessidades de saúde e educativas.

Em todas as faixas etárias se procurou promover a escuta ativa demonstrando à criança/jovem e sua família, disponibilidade em ouvir e valorizar o que é dito por estes encorajando a que recorram ao EESIP em caso de necessidade. Assim planeou-se intervenções negociadas em conjunto com os pais tomando conhecimento do potencial e das limitações parentais, reduzindo a insegurança relativamente aos cuidados que se espera que eles possam realizar, empoderando-os e promovendo a mestria parental através da optimização das suas aptidões. Este planeamento permitiu compreender a importância da resposta parental perante a doença, otimizando a readaptação e a aprendizagem de competências.

Ao longo dos contextos desta jornada de aquisição de competências verificou-se ainda que o EESIP deve desenvolver a capacidade de escuta e uma comunicação empática com os pais, transmitindo segurança e confiança, essenciais para uma prestação de cuidados de qualidade.

1.2 CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

A atuação do EESIP tem um papel preponderante ao atuar não só nos fatores biológicos, motores e psicológicos, como também nos fatores ambientais e sociais que ajudam a promover o desenvolvimento psicomotor infantil e que apresentam importância semelhante aos fatores genéticos. Por tudo isto, foi definido o objetivo baseado no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança e família, permitindo cuidar da criança/jovem e respetiva família nas situações de especial complexidade.

Outro objetivo também delineado abordou a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica ou deficiência/incapacidade. Dentro deste tema, a dor em pediatria impôs uma reflexão ao longo dos estágios, pois constatou-se que o uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor era realizado apenas em algumas ocasiões nos diferentes contextos de estágio.

Para uma correta avaliação da dor considerou-se alguns fatores como acreditar sempre na criança quando refere dor e privilegiar, se possível, a sua autoavaliação dando tempo à criança para a expressar, ter presente o seu comportamento habitual, dialogar com a criança (se possível) ou cuidadores e utilizar um instrumento de avaliação da dor mantendo-o em todas as avaliações posteriores, desde que a situação clínica o permita. Ao longo dos contextos de prática clínica foram utilizadas escalas de dor, como a escala *Neonatal Infant Pain Scale* utilizada em recém-nascidos, a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised*, em crianças com deficiência; a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*, em crianças menores de quatro anos incapazes de verbalizar; a escala *Wong- Baker Faces Pain Scale*, em crianças entre os quatro e seis anos; a Escala Visual Analógica e a escala Numérica para crianças a partir dos seis anos de idade (DGS, 2010).

Esta gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem permite otimizar as respostas, por isso, além da gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, foram adotadas estratégias não farmacológicas para o seu alívio. Algumas das estratégias não farmacológicas adotadas ao longo dos diferentes estágios foram: o controlo ambiental (reduzindo o ruído ambiente e falando em tom baixo) deixar a criança ao colo do cuidador/pais, o uso de técnicas de distração como contar histórias ou utilizar brinquedos (que atualmente inclui smartphones ou tablets onde as crianças/jovens tenham acesso a vídeos ou musicoterapia), permitindo reduzir a ansiedade da criança e, nos lactentes, foi

incentivada a amamentação ou a sucção não nutritiva associada à utilização de sacarose, a contenção e o contacto cutâneo facial (bochecha com bochecha) (OE, 2013).

Nas crianças em idade escolar adaptou-se a informação usando frases simples e claras, explicando-lhe os procedimentos, recorrendo a desenhos ou vídeos e permitindo a manipulação dos equipamentos seguros, permitindo o seu autocontrolo.

Nos adolescentes preconizou-se o uso de informação prévia e técnicas de relaxamento que se revelaram eficazes no controlo e alívio da dor recorrendo também ao humor e à distração incentivando a audição de música do seu agrado.

Seguindo esta continuidade e mencionando Silva (2015), a diferenciação dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista implica que este seja uma referência de apoio, respeito e encorajamento, cuja conduta é significativa no processo de potenciar as competências da família, sendo esta uma constante na vida da criança.

Segundo Meleis (2000), o apoio do enfermeiro guia a procura de estratégias que facilitem uma transição saudável, sendo a educação para a saúde peça chave no desenvolvimento de estratégias de resolução dos problemas vivenciados pela pessoa. Isto é relevante, pois verifica-se uma necessidade crescente dos pais na obtenção de apoio para conhecer e educar os filhos, levando a que os profissionais que trabalham com as famílias desenvolvam estratégias de apoio à parentalidade (Cruz & Ducharne, 2006). Assim de acordo com Silva (2015), conclui-se que a responsabilidade do EESIP inclui viabilizar a parentalidade e a parceria de cuidados. Atendendo à focalização da família no exercício da prática clínica, a intervenção do enfermeiro deve assentar no princípio de responsabilizar e capacitar os pais/adultos com responsabilidade legal sobre a criança/jovem no domínio da promoção do desenvolvimento saudável.

De acordo com Sousa (2014), o desempenho parental encontra-se agrupado em seis níveis: proteção, sustento, guia, ensino, espiritualidade, desenho do ambiente e amor, sendo expectável que quanto mais rica e saudável for esta transição, mais positivo será o desempenho do seu papel enquanto mãe/pai e, conseqüentemente, maior será a probabilidade de sucesso das respetivas crianças. A criança constitui um ser vulnerável, não só pela sua condição humana, mas pelas suas características singulares, facto que não impede o interesse de compreender a sua vontade, atribuindo-se respeito e o dever de proporcionar condições promotoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os maiores potenciadores desse desenvolvimento (OE, 2010). Deste modo, ao longo dos estágios, procurou-se promover o papel parental através da gestão de expectativas relativas às necessidades reveladas, visando adequar as

intervenções do EESIP ao nível de competências dos pais e definir metas para aquisição de novas competências que lhes permitissem colmatar as necessidades da criança e as suas necessidades.

Durante as diferentes consultas (incluindo visitas domiciliárias) implementaram-se ensinamentos direccionados e personalizados com o objetivo de promover as competências parentais, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, pois os pais tendem a mostrar insegurança nos cuidados parentais, relativamente a vários temas promotores do desenvolvimento dos seus filhos como a higiene, a amamentação e alimentação, as cólicas, o sono, a atividade física e a prevenção de acidentes.

Associada a esta prevenção de acidentes foi dada especial atenção a eventuais situações de crianças em risco pois, no estágio em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança, foi possível contactar com uma Equipa Local de Intervenção (ELI), equipa multidisciplinar (que inclui enfermeiro, assistente social, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional e da fala, fisioterapeuta, entre outros) que intervêm de acordo com as necessidades diagnosticadas a cada criança e respetivas famílias. Deste modo torna-se possível a identificação e a elaboração de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), permitindo vigilância às crianças e suas famílias.

Foi possível acompanhar uma gestora de casos no âmbito da ELI, realizando visitas a uma Instituição Particular de Solidariedade Social e domicílios, onde se encontravam crianças com necessidades de saúde especiais. Estas visitas visaram observar o comportamento das crianças (individualmente e em grupo) e obter informações com os pais e educadoras, para validação do PIIP elaborado, tendo-se verificado o desenvolvimento biopsicossocial e da autonomia após implementação deste plano. Foi também realizada uma entrevista informal com a coordenadora de uma unidade ELI e Gestora de Casos para resposta a dúvidas surgidas quanto ao processo de intervenção. Ficou claro que o processo se inicia com a referenciação da criança percebendo que os pais e qualquer entidade ou indivíduo da comunidade (de preferência com conhecimento familiar) o pode fazer através do preenchimento da ficha de referenciação, entregue presencialmente na ELI, ou enviada por carta, e-mail ou fax, comunicando situações onde são detetados fatores de risco que comprometam o desenvolvimento da criança. A partir desse momento a ELI planifica a intervenção, iniciando pela forma como o profissional atribuído contacta a família, escutando as prioridades e expectativas familiares e apoiando a tomada de decisões dos próximos

passos (a elegibilidade, necessidade de apoios, decisão familiar sobre o envolvimento da ELI e planificação da intervenção). A criança é submetida a uma avaliação rigorosa para elaboração de um plano de intervenção individualizado e, após este processo, é decidido se a criança é admitida ou não, sendo atribuído um gestor de caso, responsável pela intervenção, procedendo à implementação do PIIP, delineando objetivos, intervenções e recursos que contribuam para a maximização do desenvolvimento da criança. Finalmente serão avaliados os resultados da intervenção e o apoio fornecido à família, com os recursos que recebeu ao longo do processo. Esta avaliação é realizada pelos diferentes intervenientes que acompanham a criança, o gestor de caso, os profissionais da ELI, e a família.

Posteriormente pretende-se que ocorra um processo de transição, presente sempre que se ultrapassa uma alteração na vida das crianças e das suas famílias, nomeadamente quando termina o programa de intervenção precoce. Esta intervenção precoce é também fundamental para prevenir situações de exclusão social e o apoio dado ao longo do processo visa promover a autonomia e a capacitação familiar de modo a maximizar o seu potencial relativamente ao papel parental.

Quando falamos de papel parental é importante ter em atenção as características das famílias, as suas redes de apoio, de informação, o conhecimento que possuem sobre o motivo da hospitalização, o conhecimento sobre as necessidades do filho e os cuidados que prestavam no domicílio, bem como os cuidados que desejam prestar no hospital (os que satisfazem as necessidades da criança - desenvolvimentais e complexas) (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Assim, ao longo dos diferentes contextos de estágio, tornou-se evidente a necessidade de otimizar outra das atividades atribuídas ao EESIP, a de diagnosticar necessidades especiais e incapacidades da criança/jovem.

Apesar de existir uma semelhança em todos os parâmetros de desenvolvimento com uma constante ordem de aparecimento das diferentes funções, cada criança possui o seu próprio ritmo de crescimento, concluindo-se que o desenvolvimento psicomotor é um processo contínuo e dinâmico (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). Para este acompanhamento, a consulta de enfermagem completa e direcionada aos aspetos chave de cada idade mostrou-se um instrumento fundamental para a promoção de um crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2013), estas consultas constituem uma oportunidade privilegiada na avaliação, promoção, intervenção e orientação na transição de saúde/doença junto da comunidade e, como foi referido anteriormente, nem todas as

crianças atingem as mesmas habilidades funcionais de forma igual e na mesma faixa etária logo, toda e qualquer avaliação feita pelo EESIP deve ser pautada pela aplicação de escalas e ter em conta o contexto pessoal, social, familiar e ambiental em que a criança/jovem se encontra inserida. Deve ser tido em conta que o desenvolvimento mental, físico, social e comportamental se realiza durante a maturação e a interação quotidiana com o meio ambiente e, especificamente, o desenvolvimento físico constitui um indicador sensível da nutrição e saúde das crianças, que ocorre de forma sistemática e ordenada, apresentando especificidade relativamente ao ritmo e padrões de crescimento de certas partes do corpo (Hockenberry & Wilson, 2011).

É também possível afirmar que o crescimento está dependente de diversos fatores, existindo assim dois conjuntos de fatores que o influenciam: biológicos (hereditariedade, etnia, sexo, indicadores pré-natais e nutrição) e ambientais (família, comunidade e temperamento). Sendo o crescimento um processo contínuo, em constante mudança e que se caracteriza pelo aumento da dimensão corporal, este consiste, como foi referido, num parâmetro fundamental que nos permite avaliar a saúde da criança. Deve também ressaltar-se a importância da avaliação do crescimento, com base nas repercussões que possam ter a longo prazo, salientando que o acompanhamento do crescimento é uma intervenção fundamental que contribui para salvaguardar uma melhor qualidade de vida e, consequentemente a promoção da saúde para as crianças (Romani & Lira, 2004).

Para concretizar esta importância foram realizadas as avaliações ou consultas de cada criança tendo em conta o seu padrão de crescimento, assim como se planearam as orientações antecipatórias individualizadas à especificidade de cada agregado familiar.

1.3 PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Todos os pais procuram saber a evolução do crescimento dos seus filhos, logo a análise dos dados recolhidos e a avaliação do crescimento/desenvolvimento pelo EESIP possibilita a orientação parental na mudança de hábitos, de forma a promover o crescimento e o desenvolvimento infantil. Assim, para atingir a maximização do potencial de desenvolvimento foi essencial a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem com orientações antecipatórias às famílias. Esta foi uma das atividades mais compensatória pois permitiu aos pais ter noção da evolução dos filhos e do que podem esperar dos próximos passos de desenvolvimento destes, permitindo capacitar os pais através de um discurso motivacional associado, por exemplo, aos ensinamentos inerentes a cada Consulta de Saúde infantil e Juvenil em contexto de Cuidados de Saúde Primários ou durante a prestação de cuidados em ambiente de Cuidados Diferenciados, visando a adoção de estilos de vida saudáveis e superação de riscos para a saúde.

Na Consulta de Saúde Infantil, o EESIP tem a oportunidade de identificar as necessidades e dúvidas familiares, prestar esclarecimentos e realizar ensinamentos para a promoção de saúde e prevenção da doença, após aquisição de competências e habilidades por parte dos pais/ cuidadores. Durante o estágio de Cuidados na Comunidade foi possível participar em consultas de saúde infantil e juvenil, onde se realizaram ensinamentos a diversas faixas etárias, pretendendo maximizar a qualidade dos cuidados. A principal intervenção foi nos lactentes e respetivas famílias devido à assistência regular promovida pelo esquema vacinal no primeiro ano de vida da criança. Esta avaliação frequente é crucial para que o EESIP se certifique da qualidade da interação mãe-bebé e/ou pai-bebé, para que se identifiquem dificuldades e se intervenha o mais precocemente possível, permitindo a formação de um vínculo afectivo forte ao cuidador, pois esta relação irá condicionar as relações de vinculação ao longo da sua vida. Esta avaliação manteve-se válida também nos diversos contextos hospitalares que fizeram parte deste percurso formativo.

Desta forma estimulou-se os pais a proporcionarem aconchego e momentos de conforto ao bebé, como por exemplo a amamentação ou o incentivo à mãe a extrair leite junto da criança, na presença do pai, de forma a promover o desenvolvimento de uma maior conexão familiar.

Também se incentivou os pais a reconhecer as potencialidades da criança, demonstrando disponibilidade para a expressão de preocupações e auxiliou-se a aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências, promotores do papel parental, através de informação, instrução e diversos treinos para que prestassem os melhores cuidados. O plano de cuidados realizado em simultâneo com os pais fê-los sentirem -se úteis e validados, facilitando a sua participação em cuidados “normais” (alimentar, cuidados de higiene, vestir, medidas de conforto) ao seu filho.

A interação entre os pais e o EESIP deve ser capaz de criar uma parceria através de comunicação efectiva pois esta permite tornar os pais parceiros nas decisões e cuidados daí decorrentes, capacitando-os a cumprir o seu papel parental, aumentando a sua autoconfiança e criando uma sensação de controlo que potencie a vinculação.

No entanto é fundamental estar ciente que cada criança tem o seu padrão normal de crescimento e o importante é crescer a um ritmo “normal” para esta, em paralelo com as curvas de referência e de forma proporcional e harmoniosa.

Uma das áreas que está diretamente relacionada com o desenvolvimento físico é a da nutrição. Esta encontra-se constantemente em evolução e é uma área onde se encontra muitas vezes certas discrepâncias, mesmo entre profissionais. Associado a isto, a gama de produtos alimentares associado à prevenção de doenças ou de sintomas causadas por estas tem também sido investigado e diariamente surgem novas evidências que necessitam ser incorporadas no conhecimento de profissões que têm como finalidade a promoção da saúde. Por estes motivos, uma atualização desta temática tornou-se pertinente ao longo dos diferentes estágios, pois a gama de dietas atualmente publicitadas e seguidas pela população aumentou exponencialmente.

A alimentação constitui um fator essencial para o desenvolvimento infantil saudável, com especial relevo no primeiro ano de vida, sendo a base da programação de saúde nutricional futura pois a aquisição de hábitos saudáveis é estabelecida neste período, promovendo a maximização de potencial de desenvolvimento e crescimento saudável em todas as competências (DGS, 2019).

Em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade abordou-se o eixo da Saúde Escolar incentivando a diversidade de práticas e envolvendo a comunidade educativa, tendo como finalidade a promoção da saúde das crianças num ambiente que deve ser seguro e saudável, a escola, e a transmissão de comportamentos saudáveis às famílias e comunidade onde estão inseridas.

Neste âmbito surgiu a oportunidade de colaboração em sessões para a saúde com o tema de “Alimentação Saudável”, tendo como população-alvo três turmas de 7º ano de escolaridade. Aqui foi essencial cativar as crianças fazendo uso de uma linguagem adequada e uma comunicação interativa durante a exposição, revelando valorização das respostas dadas e utilizando o reforço positivo. Foi ainda utilizado o recurso de um jogo interativo, sob forma de uma aplicação para smartphone, que se revelou do agrado dos adolescentes, demonstrando a relevância dos meios tecnológicos atualmente disponíveis para a capacitação de áreas essenciais através de atividades consideradas atrativas para estes.

Diretamente ligada à Nutrição, para um adequado crescimento e desenvolvimento, encontra-se a AF. O interesse por esta temática levou à elaboração de um novo objetivo com o intuito de promover o conhecimento teórico e a prática sobre a mesma e a sua importância na promoção da saúde da criança pois nos vários contextos de prática clínica verifica-se uma preferência por atividades sedentárias como ver televisão ou jogar no computador e telemóvel. Perante isto incentivou-se a prática de atividade física, de preferência ao ar livre, informando que a vida sedentária é um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares.

O potencial dos cuidados implementados por EESIP ficou também explícito no contexto hospitalar onde, no serviço de Pediatria Médica, se explorou a prestação de cuidados personalizados, de modo prolongado, a um adolescente de 14 anos, submetido a pericardectomia total e portador de uma doença sistémica potencialmente debilitante. Nesta faixa etária a colaboração torna-se essencial para uma evolução que permita ultrapassar a situação de doença. Assim, neste contexto, promoveu-se um estado emocional e psicológico que potencie essa colaboração, através da socialização possível, permitindo assistir a aulas *online* e incentivando a comunicação por meios tecnológicos disponíveis. Também a promoção da Esperança, evitando mascarar a verdade sobre a situação, promovendo a confiança nos outros, formulando objetivos ao envolver-se o adolescente no desenvolvimento do seu próprio plano de cuidados e mobilizando energia para a recuperação permitiu a sua recuperação anímica. Após colmatar estas necessidades emocionais e psicológicas procedeu-se à elaboração e implementação de plano de recuperação que incluía exercícios conjuntos (de mobilização passiva, exercícios de extensão e flexão dos membros, exercícios de propriocepção/equilíbrio), validados por Medicina Física e de Reabilitação e por Enfermeira Especialista em Enfermagem de

Reabilitação, sendo realizados em colaboração com estes elementos, assim como em autonomia nos turnos em que estes não se encontravam presentes. Posteriormente capacitou-se o adolescente, bem como a respectiva família, colaborando no ensino e treino destes ao longo do decorrer do internamento. Coincidentemente verificou-se a recuperação física com uma brevidade inicialmente não prevista. Esta redução de tempo de recuperação permitiu uma alta hospitalar mais célere, uma redução de complicações associadas e uma satisfação aumentada da criança e respectiva família, bem como de toda a equipa interveniente.

Assim, como a criança necessita iniciar a sua alfabetização (na fala e na escrita) podemos também estabelecer um paralelismo para a alfabetização física - o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e de movimentos fundamentais que irão servir de base a um estilo de vida ativo, acompanhado de todos os benefícios físicos, cognitivos, emocionais e sociais. Os precursores desta são as habilidades motoras infantis, como agarrar, rolar, gatinhar, sentar, levantar, andar, entre outros e estas habilidades devem ser incentivadas durante o primeiro ano de vida.

O movimento regular é essencial para o desenvolvimento saudável do cérebro e a sua função é estimular e encorajar o movimento apropriado para cada idade, de modo adequado e nos momentos corretos ao longo desse primeiro ano de vida tornando estes marcos fundamentais para que o lactente se torne uma criança fisicamente desenvolvida (Sociedade de Pediatria de São Paulo [SPSP], 2022).

O desenvolvimento do sistema motor depende de prática, o que significa que a movimentação física deve ser incentivada intencionalmente e planeada em ambiente apropriado pelo EESIP, através de movimentos compatíveis com o período do desenvolvimento e a prática diária destes mesmos movimentos. À medida que a criança cresce, as habilidades físicas que ela for adquirindo serão desenvolvidas com base nas habilidades motoras básicas que apreendeu ao longo dos primeiros anos de vida, sendo por isso fundamental a sua incorporação e aquisição logo nessa fase da vida. No entanto, devemos ter presente enquanto EESIP que cada criança se desenvolve ao seu ritmo e que a aquisição das habilidades motoras é feita de forma distinta (SPSP, 2022).

Tal como a imunização, a alimentação saudável e o sono satisfatório são importantes para o desenvolvimento da criança, o exercício regular deve também ser valorizado e incentivado pelo EESIP. Desta forma, as consultas de saúde infantil logo no início de vida revelaram-se momentos ideais para abordar estas temáticas com os pais, como medidas para a saúde da família e o desenvolvimento adequado dos seus filhos,

reforçando que, caso ainda não tenham esses hábitos, esse é o momento ideal para os desenvolverem ou adquirirem pois quanto mais cedo forem implementados na vida da criança mais fácil será para ela mantê-los.

Ao longo das diversas consultas de enfermagem realizadas durante os estágios verificou-se uma lacuna na prática de AF nos primeiros dois anos de vida, o que levou a selecionar esta área para elaboração de revisão integrativa de literatura. Deste modo abordou-se e incentivou-se a necessidade de adequada AF de modo sistemático. Esta abordagem foi feita de forma informal e na continuidade dos restantes temas abordados, mas com especial relevo e reforço dos conhecimentos permitindo a motivação essencial para a promoção da AF. Assim abordou-se a temática com os cuidadores durante intervenções em meio hospitalar (por exemplo durante a prestação de cuidados de higiene ou durante posicionamentos) assim como em consultas, avaliações físicas ou sessões de ensino também informais.

Finalizando, considera-se que a Enfermagem atual tem desenvolvido estudos com o objetivo de procurar respostas para as necessidades da população, permitindo ultrapassar momentos de transição de forma saudável. Estas transições estão implicadas nas mudanças da vida pessoal, quer na doença, quer na saúde, e o ambiente que rodeia a pessoa e o seu estado de saúde serão agentes influenciadores na forma como irá vivenciar a mudança. Logo, o EESIP deve saber, cientificamente, identificar, avaliar e aplicar a evidência mais recente e fidedigna na sua prestação de cuidados (Pereira, 2018).

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A AF é qualquer movimento corporal produzido pela contração de músculos esqueléticos que requeiram gastos energéticos (Shinn et al., 2020) e, desde que adaptada às especificidades de cada indivíduo, pode contribuir para o bem-estar geral em qualquer faixa etária. No entanto, a evolução da sociedade e da tecnologia, cada vez mais capturada por um “sedentarismo digital”, especialmente em faixas etárias jovens, contraria os constantes apelos a estilos de vida ativos e saudáveis tornando fulcral a sua promoção (Ribeiro et al., 2021).

A prática de AF está associada a uma redução da mortalidade semelhante a intervenções farmacológicas em algumas doenças crônicas (Shinn et al., 2020), estimando-se que no futuro ocorram perdas de produtividade, como por exemplo, pensões por invalidez e mortalidade prematura, associadas à não adoção de estilos de vida saudáveis onde se inclui a AF (Döring et al., 2014).

O facto da criança ser fisicamente ativo nos primeiros anos (dos zero aos seis anos) tem uma importância vital para que o seu desenvolvimento ocorra de uma forma saudável. Para Bingham et al. (2016) não é claro se as crianças nestes “primeiros anos” são suficientemente ativas, o que comprova a necessidade de mais estudos que definam os níveis de AF nesta faixa etária.

Por forma a clarificar conceitos relativamente à faixa etária da criança, define-se recém-nascido pré-termo (nascido antes das 37 semanas de gestação), recém-nascido (dos zero aos 28 dias de vida), lactente (dos 29 dias a 12 meses), infante ou toddler (de um aos três anos) e pré-escolar (dos três aos seis anos) (Hockenberry & Wilson, 2011).

A evidência demonstra-nos que a AF está associada a uma melhoria do desenvolvimento motor, cognitivo, condicionamento físico, saúde óssea e esquelética, da saúde psicossocial e cardiometabólica da criança e, diferentes tipos de AF, jogos ativos, atividade aeróbica, posição de pronação em bebés com menos de um ano e ainda atividades estruturadas ou organizadas em crianças até à idade pré-escolar, parecem favorecer o seu desenvolvimento e saúde (Tremblay et al., 2017).

Segundo Pedersen et al. (2021), a competência motora parece estar diretamente associada à AF, assim como uma melhor capacidade respiratória, desenvolvimento cognitivo e social e aquisição de linguagem e, além disso, as crianças com competência

motora têm maior propensão a escolher atividades físicas de lazer ao longo da vida enquanto crianças com dificuldades motoras apresentam maior propensão a ter baixa auto-estima e níveis mais elevados de ansiedade.

Para Haynes e Haynes (2016) existe uma relação entre as habilidades motoras imaturas e o insucesso educacional, que podem ser modificadas pela estimulação cerebral e oportunidades para brincadeira ativa nos primeiros anos de vida (período crítico no desenvolvimento da criança). Os mesmos autores referem ainda que, reflexos posturais subdesenvolvidos podem interferir na aprendizagem avançada e na adaptabilidade social e que, o desenvolvimento neuromotor deficiente (em marcos motores como o sentar autónomo e o gatinhar) permite inferir que o atraso no desenvolvimento motor grosso e fino aos nove meses poderá estar associado à probabilidade de compromisso na prontidão escolar.

Deste modo, na faixa etária em estudo (dos zero aos 24 meses), a prática de AF pode ser iniciada através do Tummy Time potenciando assim o desenvolvimento motor. Esta técnica pode ser aplicada posicionando o lactente acordado e sob supervisão em decúbito ventral (Hewitt et al., 2017), preconizando-se a sua aplicação duas a três vezes diárias por curtos períodos de tempo (três a cinco minutos) mas aumentando o tempo que a criança permanece nesta posição desde que esteja aparentemente confortável (Mendres-Smith et al., 2020).

Segundo Haynes e Haynes (2016), os lactentes que passam 15 minutos ou mais por dia em Tummy time, quando acordados, atingem marcos motores mais precocemente acelerando o desenvolvimento de força do core e dos reflexos.

Quando se fala em core faz-se referência ao conjunto de grupos musculares que envolve o centro de massas musculares, que proporciona estabilidade lombo-pélvica e favorece a transmissão de força desde os membros inferiores até aos membros superiores do corpo de forma eficiente (David, Terrien & Petitjean, 2015).

A posição de pronação incentiva os lactentes a abrirem as mãos, inibindo o reflexo palmar, o que é importante, visto que as crianças que mantêm esse reflexo desenvolvem dificuldades de fala e articulação pois a resposta de Babkin cerebral associada impede o desenvolvimento de controlo muscular independente na zona frontal da boca dificultando a articulação e desenvolvimento da fala (Haynes & Haynes, 2016).

Segundo os mesmos autores, outra habilidade motora essencial é o gatinhar que, sendo por vezes subestimado, tem uma reconhecida importância como um marco motor precoce que condiciona outras áreas do desenvolvimento. Assim, o gatinhar assume vital

importância para estabelecer ligações cerebrais, em particular no desenvolvimento dos movimentos cruzados dos braços e pernas, utilizando quase todos os principais grupos musculares da coordenação de movimentos e do equilíbrio. Verifica-se ainda que o atraso nas habilidades no primeiro ano (motoras grossas e finas) pode estar relacionado com o atraso no desenvolvimento cognitivo aos cinco anos e à aptidão para a aprendizagem formal no espectro social.

Tendo em conta que o padrão de AF deve ser desenvolvido desde a infância até à idade adulta, a adoção de um estilo de vida ativo logo na primeira infância pode ser uma estratégia adequada (Askie et al., 2020). Os pais devem ser vistos como modelos na indução de comportamentos de AF (Enö Persson et al., 2018) e o seu envolvimento torna-os agentes de mudança, sendo a chave para a promoção de estilos de vida saudáveis na criança (Cloutier et al., 2015). Esta ligação e a parentalidade adequada no domicílio têm efeito significativo no desempenho e na capacidade de adaptação da criança, mesmo depois de todos os outros fatores que moldam o desempenho serem retirados da equação (Haynes & Haynes, 2016).

Práticas parentais de apoio à autonomia, tais como fornecer suporte para AF, são cruciais para que se desenvolva a auto-regulação e a interiorização de comportamentos saudáveis nas crianças. Para promover realmente a autonomia apoiando as práticas parentais, é necessário que estes adquiram habilidades e conhecimentos, bem como confiança para os aplicar, sem esquecer as influências culturais e sociais (Alvarez-Villaseñor & George-Flores, 2014).

Assim, os pais podem ser especialmente recetivos ao conhecimento e ao desenvolvimento de habilidades parentais no que reporta à promoção de comportamentos saudáveis de AF (Campbell et al., 2008). Além disso, a perceção dos pais no que se refere à AF têm um impacto significativo na quantidade de atividade realizada pela criança e, portanto, uma perceção positiva da intervenção e da AF em geral pode ser essencial para o seu aumento a longo prazo (McQueen et al., 2013).

Apesar da grande procura, faltam ainda programas de prevenção abrangentes e que sejam baseados em evidência para crianças até à idade pré-escolar e para as suas famílias (Döring et al., 2014). Desta forma, o EESIP tem um importante contributo na promoção da saúde das crianças, pois intervém de modo adaptado numa diversidade de ambientes tais como, centros de saúde, escolas, ambulatórios, clínicas de cuidados primários, centros hospitalares pediátricos, centros de saúde materno-infantis, nas visitas domiciliárias e em aconselhamento por telefone (Cheng et al., 2021).

Não obstante, embora exista diversidade de locais onde se possa promover a AF, os seus níveis em Portugal são dos mais baixos ao nível europeu (Shinn et al., 2020), concluindo-se no Eurobarómetro de 2017 que 68% da população nunca se exercita ou pratica desporto (European Union, 2017).

Os EESIP estão numa posição privilegiada para incentivar e educar os pais sobre a importância da adoção de comportamentos saudáveis na criança logo a partir dos primeiros anos, já que estes são dos maiores influenciadores no desenvolvimento emocional e comportamental da criança. Melhores cuidados físicos e emocionais na primeira infância contribuirão para uma melhor saúde, bem-estar (psicológico e emocional) e socialização na adolescência e na idade adulta (Haynes & Haynes, 2016).

Tendo por base este pressuposto realizou-se uma RIL cujo objetivo foi "Identificar quais as intervenções do EESIP na promoção da AF em crianças dos zero aos dois anos de idade", com a finalidade de elaborar uma proposta de intervenção de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da AF em crianças dos zero aos dois anos.

2.2 PROCESSO METODOLÓGICO

O aumento do acesso a estudos científicos leva paralelamente à produção de revisões com a finalidade de sintetizar rigorosamente a evidência. Tendo por base este pressuposto, foi realizada uma RIL com o objetivo de recolher e sintetizar os estudos selecionados no processo de pesquisa sobre a intervenção do enfermeiro na promoção da AF na faixa etária dos zero aos dois anos de idade.

Esta metodologia inclui o desenvolvimento e síntese da pesquisa de evidência científica, permitindo assim uma conceção clara sobre este campo específico (Davis et al., 2009). Foram consideradas diversas fontes de evidência incluindo referências bibliográficas, organizações relevantes e bases eletrónicas de dados (Arksey & O'Malley, 2005).

Para reduzir o possível viés ao interpretar o assunto em estudo, foi adotado o acompanhamento por pares ao longo do processo de seleção dos artigos, assim como na revisão final (Anderson et al., 2009).

Embora se tenha seguido o protocolo de revisão sistemática, a metodologia adotada foi uma RIL pois não se procedeu à comparação com avaliação da qualidade metodológica das evidências (Galvão & Pereira, 2014).

A utilização deste protocolo permitiu a definição de objetivos, critérios de inclusão/exclusão e método de pesquisa, descrevendo como foram extraídos e relatados os dados (Peters et al., 2017).

Posteriormente emergiu a questão de pesquisa sobre o termo mais adequado para descrever o contributo do enfermeiro, surgindo o termo “intervenção” pelo sentido de participação em determinado contexto e pela definição do termo na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2001) que inclui a resposta a um diagnóstico e um resultado de Enfermagem.

A realização da RIL implica várias etapas, iniciando-se pela definição da questão de investigação que foi elaborada de acordo com a estratégia PICO (exposta na tabela 1), definindo assim os participantes (P), a intervenção (I) e os resultados (O).

Tabela 1. *Estratégia PICO*

P- Participantes/População	Crianças dos zero aos dois anos de idade
I- Intervenção	Intervenções de Enfermagem promotoras de AF
C- Comparação	Sem comparação;
O- Outcomes	Promoção de atividade física.

Neste sentido pretendeu-se responder à questão de investigação “Quais as intervenções de Enfermagem promotoras de atividade física em crianças dos zero aos dois anos de idade?”

Seguiu-se a definição dos termos de pesquisa, selecionadas entre os termos Medical Subject Headings (MeSH®), por se encontrarem entre os mais utilizados a nível mundial no campo das ciências da saúde. Assim definiram-se os termos de pesquisa “Infant”, “Newborn”, “Program”, “Nur*” e “physical activity”. Os operadores Booleanos utilizados foram, “OR” e “AND” de modo a combinar vários termos na mesma pesquisa.

De seguida foi delineada a frase booleana: “(Infant OR Newborn) AND Program* AND nur* AND physical activity”.

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos que abordassem programas e intervenções de Enfermagem na promoção de AF em crianças dos zero aos dois anos de idade. Como critérios de exclusão: todos os estudos que não abordassem a promoção da AF, com crianças com idades superiores a dois anos, artigos redigidos noutros idiomas que não o inglês, português ou espanhol e revisões sistemáticas da literatura por se tratarem de estudos secundários.

A pesquisa foi realizada no dia 12 de julho de 2022 através do motor de busca EBSCO Host nas seguintes bases de dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina, MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Library, Information Science & Technology Abstracts.

2.3 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Na apresentação dos resultados deve ter-se em conta a informação que se pretende divulgar e a sua pertinência para a revisão em causa, interpretando-se os aspetos considerados mais relevantes, o que, associado à sua discussão, se considera uma etapa essencial nesta revisão. Assim, os resultados da pesquisa serão apresentados em descrição narrativa e posteriormente sob a forma de esquema (diagrama flow).

Da pesquisa resultaram 322 artigos presentes nas bases de dados Cochrane Central Register of Controlled Trials (resultando 155 artigos), MEDLINE Complete (resultando 120 artigos), CINAHL Complete (resultando 23 artigos), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (resultando 20 artigos) e Library, Information Science & Technology Abstracts (resultando 4 artigos). Por se encontrarem presentes simultaneamente em várias bases de dados ou o mesmo artigo estar escrito em vários idiomas, foram removidos 46 artigos duplicados, ficando um total de 276 artigos.

Após passou-se para a leitura dos títulos, tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão, bem como a problemática do estudo. Assim, pela leitura dos títulos foram selecionados 90 artigos que respondiam ao objetivo do estudo e eliminados outros 186 artigos. Procedeu-se posteriormente à leitura dos resumos de cada um dos 90 artigos selecionados, ficando apenas um total de 43 artigos (os restantes 47 não respondiam à questão de investigação em estudo). Por fim passou-se para a leitura do texto integral dos 43 artigos, realizou-se uma leitura minuciosa de cada artigo, aplicando os critérios de inclusão/exclusão tendo-se obtido 21 artigos na íntegra.

A extração dos dados foi realizada por um investigador e posteriormente foi efetuada a verificação por outro investigador (professor orientador), ficando sintetizada num quadro (*Apêndice 1*) em que se resumem os títulos, autores, data de publicação, metodologia ou tipo de estudo e objetivos de cada artigo. Em caso de dúvida neste processo incluiu-se um terceiro investigador (professor orientador).

O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos pode ser visualizado no diagrama Prisma Flow apresentado de seguida (*Figura 1*).

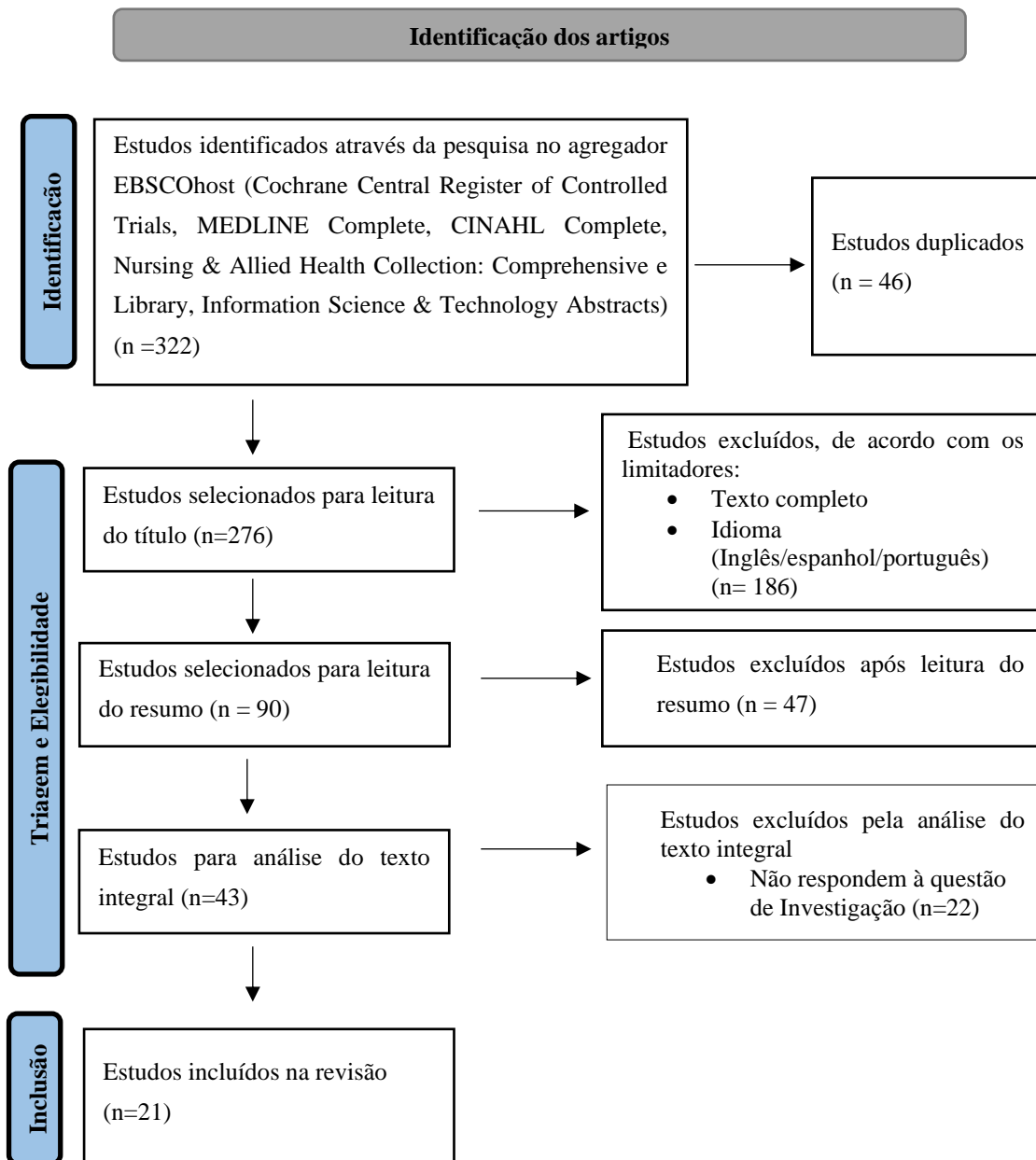


Figura 1. *Diagrama PRISMA Flow*

2.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida procedeu-se à caracterização da evidência concluindo-se que, da pesquisa efetuada resultaram 21 artigos. Os anos de publicação dos estudos variaram entre 2008 e 2021 sendo a representação destes, por ano de publicação, demonstrada na tabela 2.

Tabela 2. *Artigos selecionados por ano de publicação*

Número de artigos	Ano de publicação
3	2015, 2019
2	2011, 2013, 2014, 2017, 2021
1	2008, 2012, 2016, 2018, 2020

Denota-se assim a importância recente atribuída pela investigação a este tema pois apenas em 2008 se obtém o primeiro artigo selecionado para esta RIL.

Quanto à dispersão geográfica dos estudos, esta fica representada no gráfico 1.

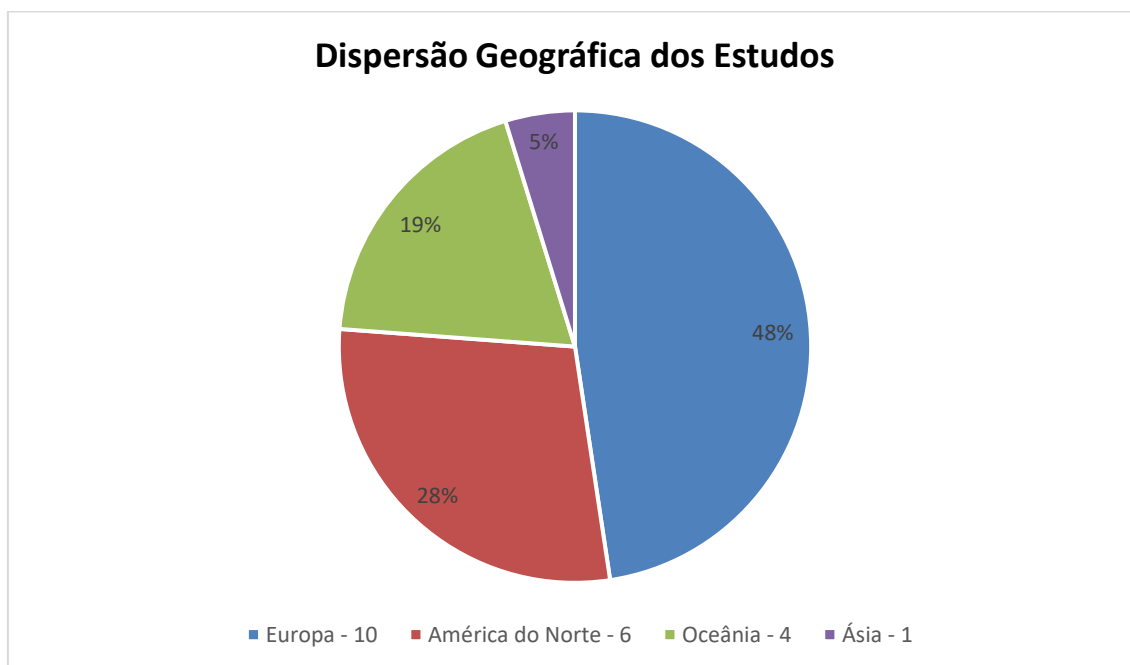


Gráfico 1. *Dispersão geográfica dos estudos*

Esta dispersão geográfica evidencia a maior produção de evidência na Europa (quatro estudos da Suécia, três da Turquia, um da Dinamarca, um da Finlândia e um dos Países Baixos), embora sem presença de países da Península Ibérica, sendo que o país

com maior predominância é os Estados Unidos da América (com cinco artigos) associado a um estudo do México para completar os seis estudos Norte-Americanos. A Oceânia com quatro estudos (três Australianos e um Neozelandês) e a Ásia com apenas um estudo (do Irão) indicam que o interesse nesta área é global, o que demonstra a sua relevância.

No que concerne ao tipo de publicação/estudo podemos categorizar onze estudos controlados randomizados, cinco estudos qualitativos, três estudos quantitativos e dois artigos de métodos mistos (qualitativo e quantitativo). Todos os artigos incluem a temática da Promoção de Atividade Física em crianças até dois anos de idade.

Prosseguindo a análise dos conteúdos recolhidos e para melhor organizar a exposição, revelou-se pertinente definir categorias para apresentação de resultados, tendo em conta os ambientes de intervenção referidos nos artigos incluídos, representadas no gráfico 2.



Gráfico 2. *Categorização de ambientes de intervenção*

Conforme referido anteriormente foram definidas quatro categorias tendo em conta os ambientes de intervenção do EESIP e os artigos neles abordados (sintetizados no *Apêndice 1*). São Ambientes de Intervenção: Cuidados de Saúde Diferenciados que se referem à implementação de programas de intervenção de enfermagem promotores de AF em cuidados diferenciados; Cuidados de Saúde Primários nos quais se reportam os

programas de intervenção de enfermagem em contexto de Saúde Escolar e Cuidados de Saúde Primários; Domiciliar que mencionam as intervenções em ambiente domiciliar; Social que relatam as intervenções desenvolvidas pelas redes de suporte social.

2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O movimento é fundamental na vida humana, especialmente nos primeiros mil e um dias, altura em que se verifica o desenvolvimento mais acelerado (Haynes & Haynes, 2016). Os mesmos autores referem que a exposição da criança ao movimento e à brincadeira potencia a auto-imagem e interação social positiva, permite que o cérebro desenvolva níveis mais elevados de pensamento, memória, padrões de movimento, inteligência e lógica, sendo por isso importante a introdução precoce do EESIP ao nível da AF para todas as crianças, ajudando a adquirir o seu potencial de crescimento físico, intelectual, emocional e social. Atualmente considera-se que qualquer AF, independentemente da duração da prática, tem impacto positivo na saúde (DGS, 2020), o que reforça a necessidade da intervenção do EESIP.

De seguida, e conforme referido anteriormente, será realizada a discussão dos resultados de acordo com as categorias apresentadas anteriormente e que emergiram da RIL.

Em cada uma das categorias serão apresentados os resultados que emergiram pela análise dos artigos seleccionados para cada ambiente de intervenção de forma a responder à questão de investigação *“Quais as intervenções de enfermagem promotoras de atividade física em crianças dos zero aos dois anos de idade?”*

Ambiente de Intervenção: Cuidados de Saúde Diferenciados

A análise dos artigos incluídos neste ambiente de intervenção indica que a implementação de programas de intervenção de enfermagem promotores de AF é segura desde o nascimento, incluindo em recém-nascidos prematuros e que apresenta vários benefícios para a saúde e desenvolvimento infantil. Esta análise revela ainda que o estudo da prática de AF, em cuidados de saúde diferenciados, se foca em prematuros e que a totalidade destes estudos foi produzida na Turquia e Irão.

Desmistificando as questões relacionadas com a segurança, Erdem et al. (2015) implementaram um protocolo de exercícios de extensão e flexão para os membros inferiores e superiores, na amplitude de movimento, contra resistência nas extremidades em prematuros concluindo que a AF diária tem efeito positivo na densidade mineral óssea

e na prevenção da osteopenia da prematuridade, provocando efeitos positivos nas medidas antropométricas (peso corporal, altura e comprimento da tíbia) em recém-nascidos prematuros. Também Tosun et al. (2011), no seu estudo, sustentaram a ideia de que um programa diário de AF envolvendo este mesmo tipo de exercícios em prematuros influencia de forma positiva a resistência óssea (medida através do aumento da velocidade do som tibial) e os índices antropométricos da criança (como o aumento na circunferência do braço médio).

Por sua vez, a inatividade física provoca na criança uma redução da densidade mineral óssea. Sezer Efe et al. (2020) referem que um programa de exercício diário diminui a redução da força óssea pós-natal nos prematuros e tem efeito positivo na prevenção da osteopenia associada à prematuridade, provocando efeitos positivos nas medidas antropométricas em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso. Os mesmos autores concluíram ainda que os movimentos cinestésicos das extremidades nos prematuros melhoram o crescimento linear e a mineralização óssea e reduzem a reabsorção óssea o que mostra que o exercício leva ao aumento da resistência óssea e atrasa a diminuição da resistência óssea no período pós-natal. Além disso demonstraram ainda que o efeito do exercício nos níveis de cortisol pode levar à redução do *stress* nos prematuros, tornando-o uma possível intervenção do EESIP para prevenir a osteopenia nos recém-nascidos de pré-termo (um baixo nível de cortisol protege a densidade mineral óssea).

Erdem et al. (2015) reforçam ainda que estes programas são práticos para a sua utilização em unidades neonatais, permitem economizar tempo, podem ter um impacto positivo na evolução clínica do recém-nascido e diminuir o tempo de internamento. Para além destes programas, Valizadeh et al. (2017) referem que a hidroterapia demonstrou também ter efeitos benéficos no desempenho motor funcional e neuromuscular do recém-nascido e ainda um efeito positivo no alívio da dor, na melhoria da qualidade do sono, no aumento de peso e na tolerância alimentar em crianças prematuras.

Deste modo, conclui-se que o EESIP deve colaborar e implementar programas de exercícios em cuidados de saúde diferenciados logo nos primeiros dias de vida, ou seja no recém-nascido.

Ambiente de Intervenção: Cuidados de Saúde Primários

Na análise dos resultados deste ambiente de intervenção ressalta a importância da atuação do EESIP na promoção de AF e aquisição de comportamentos saudáveis em colaboração com os pais, considerados modelos para os seus filhos. Esta colaboração é potenciada neste ambiente, pois as consultas de saúde infantil e juvenil permitem um contacto prolongado com os pais, que se encontram também mais recetivos a assimilar informação. Assim, obtêm-se ganhos em saúde, presentes e futuros, como a melhoria dos indicadores de adiposidade ou a indução de um perfil de risco cardiovascular menor em idade adulta.

Os resultados obtidos permitem uma abordagem do EESIP em três grandes áreas temáticas, a formação e treino dos enfermeiros e educadores escolares, a importância da participação dos pais, abordando a necessidade de os sensibilizar para esta temática, de os capacitar para intervir, e os recursos necessários para concretizar as diferentes intervenções.

Incluíram-se ainda neste ambiente os estudos com referência às intervenções em ambiente escolar tendo em conta a importância do projeto de Saúde Escolar abrangido pelos Cuidados de Saúde Primários. Importa ressaltar que apenas dois artigos desta RIL abordaram uma intervenção que incluísse o ambiente escolar (neste caso as creches) talvez por se considerar que as crianças nesta faixa etária ainda não frequentem instituições de ensino ou não ser praticável por razões de segurança ou conhecimento, de como realizar a intervenção neste ambiente.

De seguida apresenta-se a distribuição destes estudos por área temática abordada:

- Formação e treino dos enfermeiros/funcionários escolares (Enö Persson et al. 2018, Sobko et al. 2011, Vries et al. 2015, Döring et al. 2014, Alvarez-Villaseñor & George-Flores 2014, Haynes & Haynes 2016);
- Importância da participação dos pais (Enö Persson et al. 2018, Sobko et al. 2011, Döring et al. 2014, Mustila et al. 2012, McQueen et al. 2013);
- Recursos para a concretização da intervenção (Enö Persson et al. 2018, Sobko et al. 2011, Vries et al. 2015, Döring et al. 2014, Haynes & Haynes 2016).

No que se reporta à formação especializada e treino dos enfermeiros preconiza-se que estes sejam instruídos sobre o programa de estimulação a ser implementado nas visitas domiciliárias após o nascimento do recém-nascido e durante as consultas de saúde infantil e juvenil pelo EESIP (Vries et al., 2015). Döring et al. (2014) propõem com esta finalidade a elaboração de um manual de orientação para os enfermeiros, nomeadamente

o EESIP, onde devem constar as sessões de formação, os temas a abordar, bem como a informação a fornecer aos pais durante as visitas e consultas.

Em associação, Enö Persson et al. (2018) referem que os enfermeiros devem participar em *workshops* de entrevista motivacional, uma vez que esta pode ser uma estratégia importante para a mudança de comportamentos. Döring et al. (2014), corroboram a ideia de que a entrevista motivacional pode ajudar os pais a alterar os comportamentos de saúde e a promover comportamentos mais saudáveis através da incorporação da AF nos seus filhos, por exemplo através de brincadeiras físicas ativas ajustadas a cada fase do desenvolvimento.

Segundo os mesmos autores, uma intervenção deve visar a consciencialização parental para a importância que a AF tem na criança e família e, os ensinamentos realizados aos pais devem ter como objetivo a criação e manutenção de motivação para a AF através de apresentações sobre a temática. Complementando esta noção, Sobko et al. (2011) mencionam que as intervenções consistirão em componentes educacionais e em orientações de treino individualizado visando a consciencialização e o aumento do conhecimento parental, com vista à sua autoeficácia na promoção do comportamento em relação à AF.

Döring et al. (2014), sugerem ainda a discussão de questões sobre os hábitos e fatores que limitam a mudança, formulação e acompanhamento de metas com os pais sobre a AF dos filhos, estando em concordância com Sobko et al. (2011). Para estes autores, devem ser identificados os problemas e proposta a sua resolução, e proporcionado um incentivo positivo para manterem a continuidade da AF.

Associado ao anteriormente referido, Enö Persson et al. (2018) referem que os enfermeiros, durante a intervenção devem incluir a promoção de AF motivando os pais a adquirir e/ou manter hábitos saudáveis tornando-se assim modelos para os seus filhos. Nesta fase é importante observar a capacidade de resposta dos pais ao comportamento da criança durante as visitas pois a responsividade inadequada pode alertar os enfermeiros da necessidade de mais treino, visando modelá-la através da repetida demonstração da intervenção preconizada (McQueen et al., 2013).

Associado à formação parental, a formação em ambiente escolar tem efeito potenciador nos resultados pretendidos tornando assim relevante a sua associação nesta fase. Alvarez-Villaseñor e George-Flores (2014) enumeram recomendações de AF em creches, como o seu incentivo por pelo menos 60 minutos por dia, o treino de cuidadores sobre os seus princípios e, a atualização de regulamentos sobre AF nestes locais de ensino. Além disso, defendem que as creches devem estar comprometidas com a promoção da AF efetiva e apoiar programas de educação familiar, tendo em vista a idade crítica dos

lactentes e pré-escolares na adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, deve-se garantir que estas equipas sejam capacitadas para a sua promoção.

Operacionalizando estes conceitos, Haynes e Haynes (2016) verificaram um número crescente de crianças a iniciar o percurso escolar sem atingir os níveis de desenvolvimento esperados, apresentando distúrbios de coordenação e atraso na fala no início da escola. Para prevenir esta situação pretende-se maximizar o impacto da intervenção do EESIP, permitindo que também os funcionários e educadores escolares compreendam a importância do seu papel na evolução do desenvolvimento infantil. Os autores supramencionados sugerem ainda que um programa com esta finalidade pode utilizar um modelo de treino do cuidador, formando equipas locais de EESIP e funcionários/educadores do centro infantil de cada agrupamento escolar. Estas equipas devem transmitir *workshops* práticos aos diversos intervenientes (equipas de saúde e funcionários/educadores dos centros infantis, voluntários de apoio domiciliário e equipas de berçários vinculados aos centros infantis) visando alcançar uma abordagem consistente, abrangendo assim o desenvolvimento saudável desde o nascimento até à idade pré-escolar, através de uma aprendizagem ativa. Como resultado, estas equipas relataram maior capacitação e satisfação após receberem formação, pois conseguem explicar como estas atividades potenciam o desenvolvimento saudável das crianças, em vez de esperar passivamente que este aconteça (Haynes & Haynes, 2016).

Considerando que a AF é um dos múltiplos comportamentos que contribuem para a promoção e prevenção da obesidade infantil, um programa que a estimule no primeiro ano de vida pode contribuir para melhorar os indicadores de adiposidade no período seguinte de *toddler*, particularmente nas meninas, resultando numa menor percentagem de gordura corporal e pregas cutâneas na idade dos dois anos e meio (Sobko et al., 2011). Este dado é relevante pois um corpo mais magro em criança pode induzir um perfil de risco cardiovascular menor em idade adulta (Vries et al., 2015).

Contudo, Mustila et al. (2012) afirmam que apenas algumas intervenções precoces estão comprovadas, especificamente aquelas relacionadas com múltiplos fatores que alteram o gasto energético, mas salientam que intervir na redução do sedentarismo tem impacto na diminuição do risco de obesidade infantil.

Por fim, como recursos para concretizar as intervenções podemos incluir os *workshops* de entrevista motivacional (Enö Persson et al., 2018), o manual de orientação (Döring et al., 2014) e o treino especializado dos enfermeiros (Vries et al., 2015), a formação e orientação de treino individualizada (Sobko et al., 2011) e as recomendações aos pais durante as consultas (Vries et al., 2015). No ambiente escolar podemos incluir

intervenções como *workshops* práticos aos seus vários intervenientes (Haynes & Haynes, 2016).

São também recomendadas estratégias como telefonemas, panfletos e *newsletters*, sendo que o aconselhamento adicional entre sessões por contactos via telefone e e-mail (posteriormente documentados e armazenados) proporcionam um convívio regular com um número abrangente de famílias (Sobko et al., 2011). Haynes e Haynes (2016) salientam a importância da sensibilização dos pais com recurso a folhetos disponibilizados pelos enfermeiros nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, a cartazes colocados em diferentes locais dos centros de saúde e ainda a criação e acesso a uma aplicação de *smartphone* gratuita com informações para os pais.

Ambiente de Intervenção: Domiciliar

Ao longo desta revisão verificou-se que um dos ambientes mais estudados foi o domiciliar, confirmando a importância dada à intervenção dos pais ou cuidadores e operacionalizando a parceria de cuidados que atualmente se preconiza nos cuidados de saúde da criança. Além disso, este ambiente revela segurança e confiança por excelência, maximizando o impacto das visitas domiciliárias e demonstrando eficácia no estabelecimento precoce de estilos de vida saudáveis pois tornam os pais agentes de mudança. Este ambiente permite ainda uma avaliação mais exata das necessidades de cada agregado familiar facilitando a identificação de situações de vulnerabilidade social, consequentemente propícia de intervenções com maior sensibilidade cultural adequando a intervenção a cada um destes agregados.

Deste modo, dos resultados obtidos neste ambiente de intervenção emergiu a abordagem de temáticas que englobam a caracterização e impacto das visitas de enfermagem, a especificidade das intervenções direcionadas a famílias disfuncionais, de baixo nível socioeconómico ou culturalmente sensíveis e, finalmente, os recursos necessários para concretizar as intervenções. De seguida apresenta-se a distribuição destes estudos por área temática abordada:

- Caracterização e impacto da visita de enfermagem (Haynes & Haynes 2016, McQueen et al. 2013, Pedersen et al. 2021, Ingalls et al. 2019, Wen et al. 2017, Davis et al. 2013);
- Especificidade de intervenções a famílias com necessidades especiais (McQueen et al. 2013, Cloutier et al. 2015, Pedersen et al. 2021, Ingalls et al. 2019, Wen et al. 2017, Davis et al. 2013, LoRe et al. 2019);

- Recursos para concretização das intervenções (Haynes & Haynes 2016), McQueen et al. 2013, Pedersen et al. 2021, Wen et al. 2017, Davis et al. 2013, LoRe et al. 2019).

Segundo Pedersen et al. (2021) a implementação de um programa de desenvolvimento motor infantil domiciliário deve ser realizado pelo EESIP, promovendo a saúde e o bem-estar da criança. McQueen et al. (2013) reforçam que a visita domiciliar do enfermeiro ao recém-nascido deve ocorrer logo após a alta clínica hospitalar, para capacitação dos pais em programas de exercícios infantis assistidos. Estas visitas domiciliares diminuem o medo dos pais em magoar o recém-nascido (reduzindo-se ainda mais com a continuação da prática) e estabelecem importantes momentos de aprendizagem e treino, bem como momentos de reforço positivo para a adesão à AF.

Wen et al. (2017) salientam ainda que fornecer conselhos baseados na evidência aos pais otimiza a conduta parental. Deste modo, Pedersen et al. (2021) recomendam os enfermeiros a integrar um curso de competências em desenvolvimento motor onde sejam abordadas as habilidades motoras, o jogo de acrobacias, a presença, a calma e, como transmitir esse conhecimento para a prática aos pais e crianças. Para McQueen et al. (2013) esta transmissão de conhecimentos é crucial para que os pais compreendam que os exercícios proporcionam benefícios para os filhos e para que consigam implementar a intervenção no domicílio, visto que vai exigir tempo e esforço diário da sua parte, emergindo daí a necessidade do processo de consciencialização prévio.

Relativamente à especificidade das intervenções direcionadas às famílias disfuncionais e de baixo nível socioeconómico ou culturalmente sensíveis, Pedersen et al. (2021) salientam que estas famílias necessitam de mais supervisão relativamente ao desenvolvimento motor. Isto pressupõe por parte dos enfermeiros a definição de intervenções estruturadas e direcionadas individualmente, tendo em conta as necessidades de aprendizagem de cada família (Wen et al., 2017).

Para atingir esta meta, Cloutier et al. (2015) revelaram a eficácia das visitas domiciliárias no estabelecimento precoce de estilos de vida saudáveis encarando os pais como agentes de mudança ao alterar o seu comportamento e o das crianças através da educação e do desenvolvimento de habilidades relativas a AF, esperando que estas competências se propaguem pelos vínculos e ligações da rede social próxima.

Uma outra área relevante na promoção de um programa domiciliar é a sensibilidade cultural, acreditando que a empatia e a compatibilidade cultural com as famílias que estão a receber os currículos programáticos e a modelar os comportamentos otimizem a motivação parental na adoção dos comportamentos promovidos (Ingalls et al., 2019). Os mesmos autores defendem ainda que, enfermeiros culturalmente sensíveis

asseguram maior competência cultural na aplicação da intervenção, ao mesmo tempo que tornam o projeto de intervenção sustentável em comunidades com escassez de profissionais, barreiras estruturais e de transporte.

Contudo, Davis et al, (2013), referem que os custos das visitas domiciliares podem limitar a abrangência populacional, logo novas abordagens de menor custo e alta aceitação podem ser exploradas pois potenciam o conhecimento e os comportamentos de AF de famílias de baixo rendimento económico e *status* social.

Pedersen et al. (2021) destacam que frequentemente, na conceção dos programas, não é alocado tempo adicional para a sua implementação prática o que dificulta a efetivação da intervenção e, salientam ainda, que os enfermeiros mencionam que a oferta dos recursos dos projetos, como os materiais facultados aos pais, são fator potenciador da implementação (por exemplo os vídeos) e os materiais de estimulação para os grupos de pais socialmente vulneráveis que, por exemplo não compreendam a língua local, são uma ferramenta essencial.

Haynes & Haynes (2016) referem que uma intervenção consegue incluir vários recursos que podem ser aplicados em simultâneo como meios de promoção da saúde, tais como *workshops* para todas as equipas de visita domiciliar e o acesso a uma aplicação de *smartphone* gratuita para os pais, de uso simples, com mensagens e sugestões claras, associadas a uma página para o boletim de saúde infantil e juvenil.

LoRe et al. (2019) preconizam o método de um currículo interativo através do uso de tecnologias que inclua a abordagem à AF, definição de metas e estratégias para a sua promoção, realizando sessões individuais de educação parental onde seriam abordados temas de promoção de estilos de vida saudável e seriam revistas as práticas e/ou atividades que podem ser implementadas no quotidiano.

Haynes e Haynes (2016) concluíram que os pais mais jovens se mostram mais recetivos a utilizar aplicações para obtenção de informações rápidas, pelo que o uso da tecnologia na implementação de intervenções nesta população pode ser bastante relevante. Davis et al. (2013) corroboram a ideia da importância da tecnologia nestes pais mais jovens, salientando a utilização da videoconferência em tempo real para intervenções focadas no conhecimento.

Outras das ferramentas tecnológicas passíveis de serem usadas são as que englobam o uso do serviço de mensagens curtas (SMS) e consultas por via telefónica, utilizando uma abordagem de entrevista motivacional, desenvolvendo competências e conhecimentos, e permitindo gerir a ansiedade e o *stress* que são obstáculo para a mudança de comportamentos de saúde (Wen et al., 2017). O SMS é mais utilizado para reforço de conhecimento e aplicação imediata de estratégias que visam a mudança de

comportamentos, permitindo aos utilizadores obter apoio para gerir problemas em tempo real. Estas intervenções obtêm resultados comportamentais positivos de curto prazo com evidências sobre o seu uso em intervenções de promoção da saúde/mudança de comportamento, suportando a sua implementação na saúde pública.

Cloutier et al. (2015) defendem que os pais devem ser ensinados com o intuito de otimizar a atividade e o desenvolvimento infantil e ainda reduzir o tempo de visualização de ecrãs. Para isto, deverá ser providenciado um tapete de jogo para *Tummy time* enquanto a televisão ou *smartphone* devem ser desincentivados. O que é corroborado por Pedersen et al. (2021), que mencionam que é essencial fornecer a cada família um conjunto de brinquedos de estimulação motora, tais como bolas (de sabão, para a criança agarrar, massajadora e motora) e um lenço sensorial, devendo o uso dos materiais ser demonstrado inicialmente pelo enfermeiro durante as visitas domiciliárias. Para além disso, defendem que devem ser facultados vídeos curtos, sobre exercícios motores para os pais assistirem e praticarem com os filhos, associados a inscrições para aulas de natação e brochuras sobre AF existente na região para crianças, como incentivos extra para a prática da mesma. Sob o mesmo ponto de vista, McQueen et al. (2013) aconselham que sejam facultados aos pais um ficheiro com fotos dos exercícios, um cobertor, um brinquedo colorido e um cronómetro para sessões de exercícios de alongamento passivo e exercícios ativos.

Importa referir as potencialidades de um projeto promotor da AF neste ambiente, o projeto “Born to Move” que, de acordo com Haynes e Haynes (2016) elevou o número de lactentes que conseguiram gatinhar no primeiro ano de 30% para 94%, após a sua aplicação. Em associação, como resultado da intervenção de consultas de saúde infantil e pediátrica e o uso de mensagens curtas (SMS) por via telefónica (Wen et al. 2017) verificou-se uma taxa superior de prática de *Tummy time* aos 6 meses assim como da interação pais-filhos.

Demonstra-se assim que os enfermeiros têm uma influência positiva no desenvolvimento infantil, nomeadamente através das visitas domiciliárias, permitindo refletir com os pais a necessidade e as vantagens de incorporar as atividades lúdicas precoces e a AF no desenvolvimento da criança. Fica assim perceptível que, é possível os enfermeiros implementarem um programa de intervenção de AF domiciliária para crianças, e que os pais estão disponíveis para aprender e realizar o mesmo corretamente, desde que devidamente capacitados (McQueen et al., 2013).

Ambiente de Intervenção: Social

Tendo em conta a atual redução de redes familiares de apoio, o ambiente social revela potencial para colmatar algumas das necessidades dos pais.

Este ambiente de intervenção é abordado apenas em três dos estudos que integram esta RIL. Nestes estudos abordam-se temas relacionados com as diferentes tipologias de grupos sociais de apoio parental, bem como a sua importância, as barreiras, facilitadores para a prática do enfermeiro e os meios de transmissão de conhecimento utilizados nas intervenções.

Atendendo à evolução da sociedade e às alterações das condições sociais é necessário o desenvolvimento do papel do enfermeiro, com adaptações no seu modo de intervir ao longo do tempo, visto que os pais de hoje enfrentam diferentes desafios e expressam novas necessidades de apoios (Ersson et al., 2021).

Campbell et al. (2008) afirmam que, a maior parte da procura por profissionais na área da saúde não ocorre por doença, mas sim por necessidade de apoio e informação durante o período de transição para a parentalidade. Para dar resposta a esta necessidade, Ersson et al. (2021) sugerem a criação de grupos de apoio parental onde o enfermeiro, para além de realizar as consultas de Saúde Infantil e Juvenil, faculte a todos os pais a oportunidade de frequentar um grupo de cuidadores. Fuller et al. (2019) defendem o *playgroup* ou grupo recreativo comunitário, como um possível grupo de apoio social onde os pais se podem reunir de modo informal, uma ou duas vezes por semana (por duas ou três horas), num local comunitário, para interação social dos pais e das crianças. Estes grupos visam apoiar o bem-estar familiar, dos pais e cuidadores desde o nascimento da criança, criando iniciativas de apoio às práticas parentais eficazes e positivas. Ersson et al. (2021) referem ainda que, os principais objetivos destas reuniões são: fomentar o conhecimento dos pais, permitir a obtenção de novos contactos e desenvolver a consciencialização e impacto nas condições sociais. Segundo Fuller et al. (2019) estes grupos são geralmente constituídos por famílias de diferentes contextos culturais, sociais e económicos. Campbell et al. (2008) defendem que um programa precoce de promoção da saúde (até 18 meses de vida) centrada nas habilidades parentais, nos seus grupos sociais, promove o desenvolvimento de comportamentos positivos, como a AF e a diminuição de comportamentos sedentários infantis.

Ersson et al. (2021) referem que os enfermeiros se sentem seguros a facultar informação sobre AF aos pais e a maioria considera que a experiência, a educação permanente, o fornecimento adequado de informação, bem como o apoio dos pares são os principais facilitadores na adesão dos pais. No entanto, com as atuais mudanças na

sociedade e na forma como os pais acedem à procura de informação, os enfermeiros identificaram três barreiras na sua transmissão de informação: a confiança, a necessidade de adaptação individual da informação (contexto cultural) e as restrições de tempo.

Fuller et al. (2019), concluíram que uma barreira à autoeficácia dos pais para cimentar as práticas parentais de apoio é a perceção que alguns destes têm sobre as preferências da criança em relação à AF, uma vez que consideram que os filhos beneficiariam de AF extra, mas sentem-se limitados pela perceção do reduzido interesse ou prazer das crianças em brincar ativamente, enquanto outros, descrevem os seus filhos como “não ativos” e sentem-se impotentes para influenciar a prática desta na criança.

Neste ambiente de intervenção, Ersson et al. (2021) sugerem meios para facilitar a transmissão das mensagens das intervenções, pois grande parte dos enfermeiros relata uma baixa adesão dos grupos de pais, o que foi atribuído a fatores externos como falta de interesse e de tempo. Salientam ainda que, os enfermeiros que incorporaram atividades, como por exemplo a massagem infantil para implementação de grupos parentais, obtiveram uma maior adesão por parte dos pais.

Segundo os enfermeiros, as soluções digitais são o futuro, mostrando abertura para a mudança e desenvolvimento de métodos de trabalho atualizados, que permitam ajudar os pais a desenvolver comportamentos saudáveis, logo no início da vida dos filhos.

É também realçada a importância de ajustar a sua comunicação e intervenção com as famílias através do uso de novas tecnologias, minimizando a necessidade de procura de informações adicionais pelos pais e reduzindo o risco de obterem informações erróneas e contraditórias em fontes não credíveis (Ersson et al., 2021).

Os pais estão predispostos e são capazes de efetuar mudanças para obter melhores resultados em saúde, nomeadamente nos seus filhos e, as redes de suporte social existentes na comunidade e os grupos de pais podem ser recursos importantes para essa mudança de comportamento e reforço da intervenção do enfermeiro. Tudo isto poderá contribuir para um aumento no tempo que os pais despendem com a criança na prática da AF e conseqüentemente resultará numa diminuição dos comportamentos sedentários (Campbell et al., 2008).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PARA A PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS DOS ZERO AOS DOIS ANOS DE IDADE

A presente RIL demonstra que a Promoção da Atividade Física em crianças dos zero aos dois anos de idade tem impacto positivo na saúde das crianças.

A heterogeneidade dos resultados obtidos permitiu revelar as diversas abordagens de intervenções de enfermagem para a promoção da AF na faixa etária estudada. Atendendo a esta aquisição de conhecimento e de competências pelo percurso formativo, pretende-se propor intervenções abrangentes que o EESIP possa realizar em diferentes ambientes de intervenção, com o objetivo de capacitar as famílias para escolher e implementar um estilo de vida ativo, e a necessidade de cuidados de saúde abordando a AF.

Deste modo as intervenções serão facultadas pelos EESIP nos diferentes contextos onde a criança e a família estão inseridas (gráfico 3).

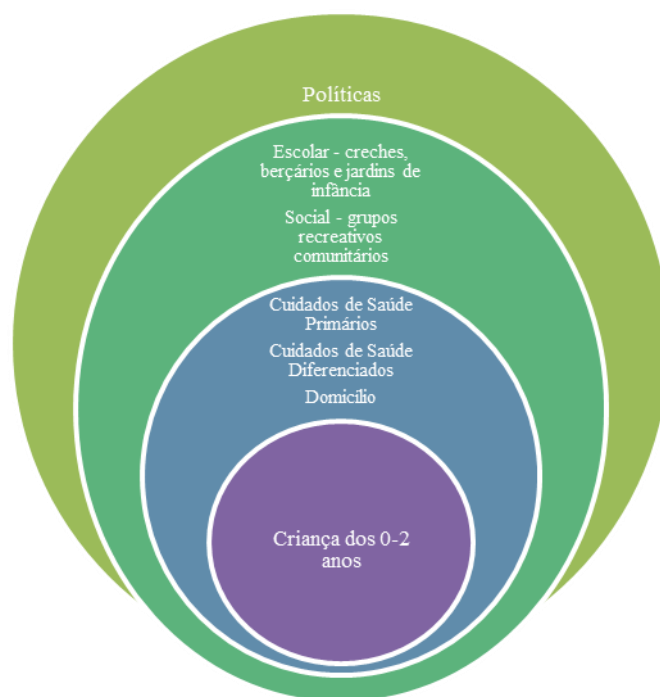


Gráfico 3. Modelo de intervenção do EESIP na Promoção da AF em crianças dos 0-2 anos de idade

Pretende-se, desta forma, implementar intervenções com múltiplas estratégias envolvendo os cuidados de saúde diferenciados, a comunidade, a comunidade escolar, grupos recreativos e sociais, e as políticas vigentes. Considera-se assim o ambiente e as

suas configurações, atuando a todos os níveis do modelo socioecológico, além de estratégias focadas na família, para uma abordagem integral do problema.

Para isto torna-se fundamental formar equipas de EESIP, nos diferentes contextos, cuja responsabilidade seja implementar as intervenções na prática. O primeiro passo será a criação de equipas de EESIP nas diferentes instituições e contextos que tenham como objetivo promover a AF da criança dos zero aos dois anos. Estes grupos teriam como foco de trabalho capacitar os Enfermeiros nos diferentes contextos sobre a importância da AF, bem como dos programas existentes, a sua duração e implementação. Para isso, seriam recomendáveis estratégias como a realização de *webinars*, para enfermeiros, sobre a importância da AF na criança dos zero aos dois anos de idade, que ficariam posteriormente disponíveis para visualização. A realização de *workshops* também seria recomendável pelo seu carácter prático, uma vez que permitiria exemplificar a aplicação dos programas e a abordagem do enfermeiro com a criança e família.

A criação de grupos investigação de EESIP, dentro das equipas, para o desenvolvimento de *sites* e plataformas, que visem capacitar os profissionais, os pais e diferentes cuidadores, nas diferentes faixas etárias sobre a importância da AF seria outra estratégia a adotar.

No que se refere à família, comunidade escolar, grupos recreativos e sociais, considera-se importante que os EESIP desenvolvam intervenções que promovam a AF da criança dos zero aos dois anos, direcionadas para os diferentes grupos/contextos.

Sugerem-se para isso estratégias que o EESIP deve implementar, como:

- Capacitação dos cuidadores para a promoção da AF na criança através de formação teórica individualizada, da realização de *webinars* sobre a importância da AF na criança, da implementação de um currículo informático interativo, e de campanhas de consciencialização e educação;
- Incluir a prática de exercícios durante a prestação de cuidados do EESIP envolvendo os pais, nomeadamente no banho ao recém-nascido, através do ensino de movimentos de extensão e flexão para os membros inferiores e superiores, na amplitude de movimento, contra resistência nas extremidades;
- Ensino da técnica de *Tummy Time* para lactentes, que deve iniciar-se duas a três vezes por dia durante três a cinco minutos, e progressivamente aumentar o tempo de permanência da criança na posição de pronação, desde que esta se mantenha aparentemente confortável;
- Aproveitar os momentos programados de avaliação nos centros de saúde, como as consultas de saúde infantil e juvenil ou as visitas domiciliárias para entrevistas

motivacionais, para abordar a técnica de exercícios com a família e para esclarecer potenciais dúvidas;

- Promover campanhas de conscientização e educação para a saúde abordando os benefícios da prática de AF;
- Disponibilizar uma linha de aconselhamento complementar, utilizando por exemplo o telefone, o e-mail, soluções digitais como a videoconferência, entre outros;
- Criar um *Kit* promotor de AF a disponibilizar às famílias/cuidadores, podendo conter um conjunto de brinquedos que incluam bolas de sabão e motoras, lenço sensorial, vídeos demonstrativos, ficheiros com fotos de exercícios, um tapete de ginástica interativo, manuais escritos e folhetos informativos com exercícios;
- *Workshops* nos locais de ensino para educadores escolares, sobre os princípios e atualização de prática de AF;
- Incentivar e estabelecer protocolos com as creches e com as entidades locais para a inscrição em aulas de natação ou outras atividades físicas para crianças;
- Promoção de encontros de grupo que estimulem a prática de AF em família, como sessões de formação em grupos recreativos comunitários;
- Recorrer a iniciativas de *social media* para publicitar as sessões de formação através da imprensa escrita, de meios digitais e rádios locais;
- Envolver as autarquias em programas de saúde coordenados de promoção de AF e no incentivo da mobilidade ativa.

Nesta proposta preconizam-se intervenções do EESIP que permitam transpor as barreiras ou potenciar os facilitadores identificados, ficando clara a importância da comunicação, competência transversal e base da educação parental, seja através de intervenções personalizadas, ou em grupo, esclarecendo dúvidas e permitindo potenciar a sua eficácia através do incentivo e reforço positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório tem como finalidade realizar uma análise crítico-reflexiva que permita demonstrar o percurso formativo ao longo do Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, realçando a aquisição de competências e a capacidade para intervir com base na evidência. Isto permitirá otimizar os cuidados de Enfermagem, tornando-os mais humanizados e sensíveis às especificidades das crianças e suas famílias.

É também nesta aquisição de competências que se baseia a educação para a saúde e o seu principal dinamizador pode ser o EESIP, sendo fulcral que assuma esse papel, otimizando o seu conhecimento e as suas competências. Tendo isto em conta, e por se verificar ser necessário potenciar a evidência das intervenções, emergiu o tema da Promoção da AF em crianças dos zero aos dois anos de idade, selecionado esta RIL.

Assim constatou-se que a intervenção do EESIP deverá basear-se em 3 pilares: ensinar, através de uma comunicação eficaz com transmissão de conhecimento, instruir e treinar habilidades direcionadas para a promoção da AF.

Deste modo, a educação parental, dos cuidadores e a intervenção dos profissionais que moldam o ambiente da criança deve ser um investimento primordial para a aquisição de estilos de vida saudável pois, conforme descrito na literatura, este processo inicia-se desde o nascimento. Tendo em conta a morosidade do processo todos os contactos são válidos para intervir, desde que estejam reunidas as condições essenciais para a promoção da aprendizagem: o conhecimento dos cuidadores, o reconhecimento de possíveis limitações, ambiente propício, disponibilidade (de tempo e vontade) para o processo e, programas de intervenção padrão personalizados e direcionados para os objetivos das intervenções, respeitando os *timings* que permitem a sua eficácia.

Os padrões da educação parental permitem uniformizar os princípios orientadores mas nunca deve ser menosprezada a necessidade de adaptação ao público que será alvo da intervenção, respondendo às limitações encontradas em cada binómio criança/cuidador.

Já a variedade de estratégias apresentadas era previsível, tendo em conta a complexidade e o número de variáveis presentes no processo de capacitação dos profissionais e cuidadores podendo, no entanto, ser vistas como um grupo de ferramentas para dar resposta a diferentes necessidades em diferentes ambientes.

Estas estratégias deverão ser apoiadas pela evidência, e esta pesquisa permitiu identificar as intervenções do EESIP, dando resposta à questão levantada no início da RIL. Este estudo confirma que a variedade de programas, seja pelas populações-alvo,

técnicas de intervenção, ou os ambientes envolventes, revela a complexidade da tarefa que espera a promoção da AF.

De salientar o uso de novas tecnologias na educação para a saúde, como programas, aplicações, jogos interativos e simuladores na promoção da AF, levando à motivação e satisfação tanto das crianças como dos cuidadores, sendo certamente um dos caminhos a utilizar no futuro.

Ao abordar o desenvolvimento de competências/habilidades deverão ser priorizados a instrução e o treino, sendo responsabilidade do EESIP a orientação deste processo, utilizando o reforço positivo e a validação para perpetuar o comportamento. A presença de EESIP em cargos de responsabilidade na área da saúde e do ensino permitirá com certeza otimizar ganhos em saúde relacionados com um plano estruturado de prática de AF implementado por enfermeiros capacitados.

Surgiram dificuldades na conceptualização e na recolha de literatura que permitisse complementar a abordagem do tema, mas mantendo a metodologia rigorosa, essencial num estudo de revisão, foi possível uma resposta fundamentada à questão levantada no início deste processo.

Pretende-se que esta revisão facilite a abordagem ao conhecimento e a criação de novos instrumentos ou ferramentas que apliquem e avaliem as intervenções, padronizando e generalizando a Promoção de AF na idade dos zero aos dois anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez-Villaseñor, A. S., & George-Flores, V. (2014). Overweight and obesity among children in nurseries. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(6), 606–609. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146b.pdf>
- Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. (2008). Asking the Right Questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems*, 6(7). <https://doi:10.1186/1478-4505-6-7>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi:10.1080/1364557032000119616>
- Askie, L. M., Espinoza, D., Martin, A., Daniels, L. A., Mirshahi, S., Taylor, R., Wen, L. M., Campbell, K., Hesketh, K. D., Rissel, C., Taylor, B., Magarey, A., Seidler, A. L., Hunter, K. E., & Baur, L. A. (2020). Interventions commenced by early infancy to prevent childhood obesity-The EPOCH Collaboration: An individual participant data prospective meta-analysis of four randomized controlled trials. *Pediatric Obesity*, 15(6), e12618. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12618>
- Bingham, D. D., Costa, S., Hinkley, T., Shirt, K. A., Clemes, S. A., & Barber, S. E. (2016). Physical activity during the early years: a systematic review of correlates and determinants. *American journal of preventive medicine*, 51(3), 384-402. https://www.repository.cam.ac.uk/bitstream/handle/1810/283063/e022%20-%20Daniels_systematic_review_-_accepted_version.pdf?sequence=
- Campbell, K., Hesketh, K., Crawford, D., Salmon, J., Ball, K., & McCallum, Z. (2008). The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) an early intervention to prevent childhood obesity: cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 8, 103. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-103>
- Cheng, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L., & Denney-Wilson, E. (2021). Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 104008. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104008>
- Cloutier, M. M., Wiley, J., Wang, Z., Grant, A., & Gorin, A. A. (2015). The Early Childhood Obesity Prevention Program (ECHO): an ecologically-based

- intervention delivered by home visitors for newborns and their mothers. *BMC Public Health*, 15, 584. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1897-9>
- Coelho, M., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. <https://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Cruz, A. C., & Ângelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10 (4), 861-865. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4366337/mod_resource/content/1/18333-73977-1-PB.pdf
- Cruz, O., & Ducharne, M. A. B. (2006). Intervenção na parentalidade – O caso específico da formação de pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 13(11-12), 57-62. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7040/RGP_1317.pdf?sequence=1
- David P., Terrien J., & Petitjean M. (2015). Postural- and respiratory-related activities of abdominal muscles during post-exercise hyperventilation. *Gait Posture*, May, 41(4), 899-904. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.03.012>
- Davis, A. M., Gallagher, K., Taylor, M., Canter, K., Gillette, M. D., Wambach, K., & Nelson, E.-L. (2013). An in-home intervention to improve nutrition, physical activity, and knowledge among low-income teen mothers and their children: results from a pilot study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 34(8), 609–615. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182a509df>
- Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are Scoping Studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1386–1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp->

content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. <http://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>
- Döring, N., Hansson, L. M., Andersson, E. S., Bohman, B., Westin, M., Magnusson, M., Larsson, C., Sundblom, E., Willmer, M., Blennow, M., Heitmann, B. L., Forsberg, L., Wallin, S., Tynelius, P., Ghaderi, A., & Rasmussen, F. (2014). Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial. *BMC Public Health*, *14*, 335. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-335>
- Enö Persson, J., Bohman, B., Tynelius, P., Rasmussen, F., & Ghaderi, A. (2018). Prevention of Childhood Obesity in Child Health Services: follow-Up of the PRIMROSE Trial. *Childhood Obesity*, *14*(2), 99–105. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0117>
- Erdem, E., Tosun, Ö., Bayat, M., Korkmaz, Z., Halis, H., Günes, T., & Güneş, T. (2015). Daily physical activity in low-risk extremely low birth weight preterm infants: positive impact on bone mineral density and anthropometric measurements. *Journal of Bone & Mineral Metabolism*, *33*(3), 329–334. <https://doi.org/10.1007/s00774-014-0594-6>
- Ersson, M., Henström, M., Almquist-Tangen, G., Hesketh, K. D., & Delisle Nyström, C. (2021). How to Support Child Healthcare Nurses in Sweden to Promote Healthy Lifestyle Behaviors from the Start of Life. *Children*, *8*(8). <https://doi.org/10.3390/children8080696>
- European Union. (2017). *Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity*. <https://www.europarc.org/wp-content/uploads/2020/01/Special-Eurobarometer-472-Sports-and-physical-activity.pdf>
- Figueiredo, M. H. D. J. S. (2010). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. [Doctoral dissertation – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

- Fuller, A. B., Byrne, R. A., Golley, R. K., & Trost, S. G. (2019). Supporting healthy lifestyle behaviours in families attending community playgroups: parents' perceptions of facilitators and barriers. *BMC Public Health*, *19*(1), 1740. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8041-1>
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *23*, 183-184. <https://www.scielo.br/j/ress/a/yPKRNymgtzwzWR8cpDmRWQr/?format=pdf&lang=pt>
- Haynes, J., & Haynes, L. (2016). Born to move: The importance of early physical activity and interaction. *Community Practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, *89*(8), 37–41. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=194a65b8-69c2-46f3-9898-92b9086dc022%40redis>
- Hewitt, L., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2017). Correlates of tummy time in infant aged 0–12 months old: A systematic review. *Infant Behavior and Development*, *49*, 310-321. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638317301480>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª Edição). Lusociência.
- Ingalls, A., Rosenstock, S., Cuddy, R. F., Neault N., Yessilth, S., Goklish, N., Nelson, L., Reid, R., & Barlow, A. (2019). Family Spirit Nurture (FSN) - A randomized controlled trial to prevent early childhood obesity in American Indian populations: trial rationale and study protocol. *BMC Obesity*, *6*(1). <https://doi.org/10.1186/s40608-019-0233-9>
- Internacional Council of Nurses. (2001). *CIPe/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta 2*. Internacional Council of Nurses.
- LoRe, D., Leung, C. Y. Y., Brenner, L., & Suskind, D. L. (2019). Parent-directed intervention in promoting knowledge of pediatric nutrition and healthy lifestyle among low-SES families with toddlers: a randomized controlled trial. *Child*, *45*(4), 518–522. <https://doi.org/10.1111/cch.12682>
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, *23*(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Mendres-Smith, A. E., Borrero, J. C., Castillo, M. I., Davis, B. J., Becraft, J. L. & Hussey-Gardner, B. (2020). Tummy time without the tears: The impact of parent positioning and play. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53 (4), 2090-2107. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jaba.715>
- McQueen, D., Lakes, K., Rich, J., Vaughan, J., Hayes, G., Cooper, D., & Olshansky, E. (2013). Feasibility of a Caregiver-Assisted Exercise Program for Preterm Infants. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(2), 184–192. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31828b244a>
- Mustila, T., Keskinen, P., & Luoto, R. (2012). Behavioral counseling to prevent childhood obesity--study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care. *BMC Pediatrics*, 12, 93. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-93>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns ao enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação: Para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. Organização Mundial de Saúde
- Pedersen, M. R. L., Stougaard, M. S., & Ibsen, B. (2021). Transferring Knowledge on Motor Development to Socially Vulnerable Parents of Infants: The Practice of Health Visitors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312425>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In E. Aromataris, & Z. Munn, Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. University of Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

- <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Pereira, S.H.F.G. (2018). *Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [Master's Thesis: Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36374/1/202299910.pdf>
- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel
- Ribeiro, J. I. B., da Silva, A. M. C., & Corte-Real, N. (2021). A atividade física e a prática desportiva em Portugal: Um hábito a desenvolver. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, (3). https://rpcd.fade.up.pt/_arquivo/artigos_soltos/2021-3/2021-3-03.pdf
- Romani, S. A. M., & Lira, P. I. C. (2004). Fatores determinantes do crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil: Recife*, 4(1), 15-23. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/xtJhJy7ZZmtBv3js6v4fHYy/?format=pdf&lang=pt>
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4rd ed.). Lusociência.
- Sezer Efe, Y., Erdem, E., & Güneş, T. (2020). The Effect of Daily Exercise Program on Bone Mineral Density and Cortisol Level in Preterm Infants with Very Low Birth Weight: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.05.021>
- Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. [Master's Thesis: Escola Superior de Saúde de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%3%a7%3%a3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%3%a7%3%a3o%20da%20Parentalidade%20%20Relat%3%b3rio%20de%20Est%3%a1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- Shinn, C., Salgado, R., & Rodrigues, D. (2020). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: o caso de Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1339-1348.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bFTR8kYQN3KSqQyhMqKmkKK/?format=html&lang=pt>

- Sobko, T., Svensson, V., Ek, A., Ekstedt, M., Karlsson, H., Johansson, E., Cao, Y., Hagströmer, M., & Marcus, C. (2011). A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity--Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program). *BMC Public Health*, *11*, 336. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-336>
- Sociedade de Pediatria de São Paulo (2022). *O Exercício Físico para a Criança de 0 a 12 Meses de Idade*. https://www.spsp.org.br/PDF/NE%20Ativ%20Fis_O%20exerc%C3%ADcio%20f%C3%ADsico%20para%20a%20crian%C3%A7a.pdf
- Tosun, Ö., Bayat, M., Güneş, T., & Erdem, E. (2011). Daily physical activity in low-risk pre-term infants: positive impact on bone strength and mid-upper arm circumference. *Annals of Human Biology*, *38*(5), 635–639. <https://doi.org/10.3109/03014460.2011.598187>
- Tremblay, M. S., Chaput, J. P., Adamo, K. B., Aubert, S., Barnes, J. D., Choquette, L., Dugas, M., Faulkner, G., Goldfield, G.S., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, C., Jansen, I., Janssen, X., García, A. J., Kuzik, N., LeBlanc, C., MacLean, J., Okely, A.D. & Carson, V. (2017). Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC public health*, *17*(5), 1-32. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4859-6>
- Valizadeh, L., Sanaeefar, M., Hosseini, M. B., Asgari Jafarabadi, M., & Shamili, A. (2017). Effect of Early Physical Activity Programs on Motor Performance and Neuromuscular Development in Infants Born Preterm: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, *6*(1), 67–79. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.008>
- Vries A. G. de, Huiting H. G, van den Heuvel E. R., L'Abée C, Corpeleijn E, & Stolk RP. (2015). An activity stimulation programme during a child's first year reduces some indicators of adiposity at the age of two-and-a-half. *Acta Paediatrica*, *104*(4), 414–421. <https://doi.org/10.1111/apa.12880>
- Wen, L.M., Rissel, C., Baur, L.A., Hayes, A.J., Xu, H., Whelan, A., Hua, M., Shaw, M., & Phongsavan, P. (2017). A 3-Arm randomised controlled trial of

Communicating Healthy Beginnings Advice by Telephone (CHAT) to mothers with infants to prevent childhood obesity. *BMC Public Health*, 17(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-4005-x>

World Health Organization. (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA
AMOSTRA INTEGRADA NA REVISÃO

Número	Título	Autores / Ano de publicação	Tipo de Estudo	Objetivos do estudo
1	A 3-Arm randomised controlled trial of Communicating Healthy Beginnings Advice by Telephone (CHAT) to mothers with infants to prevent childhood obesity.	Wen, L. et al 2017	Protocolo de Estudo Randomizado	Avaliar a eficácia do uso de SMS ou suporte telefónico associado a material de intervenção enviado por correio no âmbito do Healthy Beginnings Advice by Telephone
2	A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity— Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program)	Sobko, T. et al, 2011	Protocolo de Estudo Randomizado	Estudar se uma intervenção direcionada pode prevenir o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar em famílias com um pai obeso ou dois pais com excesso de peso
3	An activity stimulation programme during a child's first year reduces some indicators of adiposity at the age of two-and-a-half.	Vries, A de. et al, 2015	Protocolo de Estudo Randomizado	Avaliar o efeito de estimulação precoce de actividade física no crescimento, composição corporal, actividade motora e desenvolvimento motor em toddlers
4	An in-home intervention to improve nutrition, physical activity, and knowledge among low-income teen mothers and their children: results from a pilot study.	Davis, A. et al, 2013	Qualitativo	Examinar o impacto de intervenção de saúde em mães adolescentes de reduzido poder económico em parceria com um programa comunitário existente
5	Behavioral counseling to prevent childhood obesity--study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care	Mustila, T. et al, 2012	Protocolo de Estudo Não Randomizado	Avaliar se uma intervenção estruturada multifacetada num estilo de vida, em ambiente de cuidados primários, tem potencial para prevenir excesso de peso entre crianças pertencentes a grupo de risco, em idade pré-escolar
6	Born to move: The importance of early physical activity and interaction.	Haynes, J. & Haynes, L., 2016	Quantitativo e Qualitativo	Maximizar o impacto dos profissionais de saúde na compreensão da importância do papel vital dos pais e cuidadores no encorajamento do desenvolvimento da criança
7	Daily physical activity in low-risk extremely low birth weight preterm infants: positive impact on bone mineral density and	Erdem. E. et al, 2015	Quantitativo	Avaliar alterações na densidade mineral óssea e índices antropométricos em prematuros de extremo baixo peso sob actividade física diária

	anthropometric measurements			
8	Daily physical activity in low-risk pre-term infants: positive impact on bone strength and mid-upper arm circumference.	Tosun, Ö. et al, 2011	Quantitativo	Avaliar alterações na força óssea e índices antropométricos em prematuros de muito baixo peso sob actividade física diária
9	Effect of Early Physical Activity Programs on Motor Performance and Neuromuscular Development in Infants Born Preterm: A Randomized Clinical Trial.	Valizadeh, L. et al, 2017	Protocolo Clínico Randomizado	Estudar o efeito de programas de actividade física dentro e fora de água na performance motora e desenvolvimento neuromuscular de crianças nascidas pré-termo e sob imobilidade induzida por ventilação mecânica
10	Family Spirit Nurture (FSN) – a randomized controlled trial to prevent early childhood obesity in American Indian populations: trial rationale and study protocol	Ingalls, A. et al, 2019	Estudo controlado randomizado	Testar a eficácia da intervenção de visita domiciliar, chamada Family Spirit Nurture, na redução da obesidade infantil em crianças nativas americanas
11	Feasibility of a Caregiver-Assisted Exercise Program for Preterm Infants.	McQueen, D. et al, 2013	Quantitativo e Qualitativo	Avaliar se os cuidadores (principalmente mães) podem aprender com enfermeiros e outros profissionais de saúde a implementar um programa de exercícios infantis assistidos após a alta
12	How to Support Child Healthcare Nurses in Sweden to Promote Healthy Lifestyle Behaviors from the Start of Life.	Ersson, M. et al, 2021	Qualitativo	Investigar as perspectivas dos enfermeiros de cuidados pediátricos sobre a introdução alimentar, actividade física/brincar ativo e tempo de ecrã com os pais
13	Overweight and obesity among children in nurseries.	Alvarez-Villaseñor, A. S., & George-Flores, V., 2014	Quantitativo	Estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade em creches
14	Parent directed intervention in promoting knowledge of pediatric nutrition and healthy lifestyle among low SES families with toddlers: a randomized controlled trial	LoRe, D. et al, 2019	Estudo controlado randomizado	Determinar a eficácia de um currículo interativo de visita domiciliar adaptado para famílias de baixo nível socioeconómico na melhoria do conhecimento dos pais sobre nutrição pediátrica e estilos de vida saudável
15	Prevention of Childhood Obesity	Persson, J. et	Estudo	Promover hábitos de alimentação

	in Child Health Services: follow-Up of the PRIMROSE Trial	al, 2018	controlado randomizado	saudável e atividade física utilizando entrevista motivacional e princípios de terapia cognitiva comportamental
16	Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial	Döring, N. et al, 2014	Estudo controlado randomizado	Apresentar o desenho e metodologia do estudo PRIMROSE
17	Supporting healthy lifestyle behaviours in families attending community playgroups: parents' perceptions of facilitators and barriers.	Fuller, A. et al, 2019	Qualitativo	Identificar barreiras e facilitadores para o uso da autonomia apoiando as práticas parentais. Um objetivo secundário foi determinar as preferências dos pais em relação a um programa de intervenção a ser realizado em grupos comunitários
18	The Early Childhood Obesity Prevention Program (ECHO): an ecologically-based intervention delivered by home visitors for newborns and their mothers	Cloutier, M. et al, 2015	Qualitativo	Identificar barreiras e facilitadores para o uso da autonomia apoiando as práticas parentais. Um objetivo secundário foi determinar as preferências dos pais em relação a um programa de intervenção a ser realizado em grupos comunitários
19	The Effect of Daily Exercise Program on Bone Mineral Density and Cortisol Level in Preterm Infants with Very Low Birth Weight: A Randomized Controlled Trial.	Sezer Efe, Y. et al, 2020	Estudo controlado randomizado	Determinar os efeitos de um programa de exercício diário na densidade mineral óssea e níveis de cortisol em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso.
20	The Infant Feeding Activity and Nutrition Trial (INFANT) an early intervention to prevent childhood obesity: cluster-randomised controlled trial	Campbell, K. et al, 2008	Estudo controlado randomizado	Determinar a eficácia de uma intervenção de prevenção da obesidade na infância precoce, em pais pela primeira vez
21	Transferring Knowledge on Motor Development to Socially Vulnerable Parents of Infants: The Practice of Health Visitors.	Pedersen, M. et al, 2021	Qualitativo	Investigar a experiência de profissionais de saúde na implementação de um programa de desenvolvimento motor em co-produção com pais de crianças socialmente vulneráveis