



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

‘Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar’

Adriana Isabel Conde Janeiro

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

‘Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar’

Adriana Isabel Conde Janeiro

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

OBESIDADE INFANTIL: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA EDUCAÇÃO ALIMENTAR EM IDADE ESCOLAR

Adriana Isabel Conde Janeiro

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

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

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

Arguente: Maria Dulce Damas da Cruz

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

Orientador: Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata

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

Data: 14 de julho de 2020



*" Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu irmão que sempre me incentivaram e motivaram, em todos os momentos deste percurso e da minha vida.

Ao meu namorado pela dedicação, compreensão e apoio, por me ter incentivado e motivado, por ser fundamental em todas as etapas da minha vida.

À Professora Margarida Malcata, pela motivação, apoio, empenho e disponibilidade que demonstrou ao longo de todo este percurso. Por ter acreditado sempre nas minhas capacidades.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos pela disponibilidade, sugestões, motivação e apoio ao longo deste caminho.

Às enfermeiras orientadoras de todos os locais de estágio, que me acolheram sempre de braços abertos. Pelo conhecimento e apoio que me transmitiram, pela disponibilidade, motivação e empatia imprescindível para chegar ao fim deste percurso.

Aos colegas do Serviço de Urgência Pediátrica pelo apoio, disponibilidade e motivação.

Às colegas Daniela Abreu, Ana Rocha, Patrícia Paulino e Ana Valeriano pelo companheirismo, apoio e motivação. Pelas nossas viagens até Portalegre, pela alegria, apoio e boa disposição ao longo desta etapa.

Às crianças e famílias a quem todos os dias presto cuidados, por serem uma motivação e incentivo na aquisição de novos conhecimentos e na melhoria profissional e pessoal.

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

Título: ‘Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar’

A Obesidade Infantil é considerada uma doença pediátrica, que apresenta uma enorme prevalência a nível mundial, nos dias de hoje é vista como um desafio de saúde pública. Os dados relativos a Portugal, no ano de 2019 são extremamente preocupantes, uma vez que, tanto as taxas de excesso de peso, como de obesidade apresentam valores elevados.

Este Relatório Final integra as atividades, que foram desenvolvidas ao longo do Estágio I e Estágio Final, assim como o Projeto de Intervenção, tendo por base a metodologia de trabalho de projeto, sendo definido como objetivo geral promover hábitos de vida saudáveis às crianças em idade escolar, inserido na linha de investigação ‘Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’. Possibilitando sensibilizar as crianças e os pais ou famílias, sobre esta problemática, bem como compreender a realidade relativa à obesidade infantil, em idade escolar, para contribuirmos para a promoção da saúde destas crianças.

Realizámos uma análise reflexiva sobre todo o percurso formativo, nos diferentes contextos de estágio, tendo em conta o seu contributo para a aquisição das competências comuns, bem como as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e ainda as competências de Mestre.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Promoção da Saúde.



ABSTRACT

Title: ‘Childhood Obesity: The role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in nutrition education at school-age children’

Childhood obesity is considered a pediatric disease, which has an enormous prevalence worldwide, nowadays it is seen as a public health challenge. The data relative to Portugal in 2019 is extremely worrying since both overweight and obesity rates are high.

This final report integrates the activities developed throughout Internship One and Final Internship, as well as the Intervention Project, based on the project methodology, being defined as a general objective to promote healthy life habits to school-age children, inserted in the line of research 'Needs in nursing care in specific populations'. Making it possible to increase awareness of children, parents, and families about this problem, as well as to understand the reality related to childhood obesity, at school-age, to contribute and promote the health of these children.

We carried out a reflexive analysis of the entire training path in the different internship contexts, considering their contribution to the acquisition of common skills, as well as those specific to the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and also the competences of a Master.

Keywords: Childhood obesity; Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing; Health promotion

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychiatry Association*

AR – Assembleia da República

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGC – Direção Geral do Consumidor

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EPD – Encarregado de Proteção de Dados

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HESE-EPE – Hospital do Espírito Santo, Entidade Pública Empresarial

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAS – Programa Nacional de Acreditação em Saúde



PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPS – Secção de Pediatria Social

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1. A OBESIDADE INFANTIL – UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	21
1.1.1. Hábitos de vida, aleitamento materno e complicações da obesidade infantil	23
1.1.2. A influência do marketing/publicidade alimentar na obesidade infantil	30
1.1.3. A influência dos pais/família na criança com Obesidade Infantil	31
1.2. NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS: CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR	34
1.3. MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM: NOLA PENDER E ANNE CASEY	37
1.3.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	37
1.3.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	40
1.4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL	42
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: ‘OBESIDADE INFANTIL: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA EDUCAÇÃO ALIMENTAR EM IDADE ESCOLAR’	45
2.1. PERCURSO FORMATIVO: DOS CUIDADOS HOSPITALARES AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	46
2.1.1. Estágio I – Serviço de Internamento de Pediatria	47
2.1.2. Estágio Final	52
2.1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	52
2.1.2.2. Unidade de Urgência Pediátrica	57
2.1.2.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	61
2.1.3. Análise Reflexiva das Aprendizagens Clínicas	67
2.2. CONCEPTUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE PROJETO	69
2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	70
2.3.1. Instrumentos de Diagnóstico	71
2.3.1.1. Caracterização e análise da população-alvo	72
2.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS DO PROJETO	82
2.5. PLANEAMENTO DO PROJETO	83
2.6. EXECUÇÃO DO PROJETO	88

2.6.1. Estudo Observacional: ‘Hábitos alimentares e dados antropométricos das crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos’	89
2.6.2. Sessão de sensibilização às crianças, aos pais e aos profissionais de enfermagem	95
2.6.3. Otimização de estratégias para capacitar as crianças e os pais ou familiares, na adoção de estilos de vida saudáveis	98
2.6.4. Desenvolvimento de competências e capacidades acerca da temática	99
2.7. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	100
3. ANÁLISE REFLEXIVA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GENERALISTA A ESPECIALISTA E MESTRE	107
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	109
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	110
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	115
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	118
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	122
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	125
3.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	126
3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	130
3.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	134
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS	165
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do IPP para realização do Projeto de Intervenção	166
Anexo 2 – Curvas de Crescimento IMC para a faixa etária 5-19 anos adotadas no PNSIJ	168
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética do HESE E.P.E. para realização do Projeto de Intervenção	170
Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA para a realização do Projeto de Intervenção	172

Anexo 5 – Parecer do EPD do IPP para a realização do Projeto de Intervenção	175
Anexo 6 – Certificado de Formação ‘VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira’	177
Anexo 7 – Certificado de Formação ‘Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras’	179

APÊNDICES **182**

Apêndice 1 - Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar’	183
Apêndice 2 - Folheto realizado para o Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil’	188
Apêndice 3 - Folheto realizado para a UCIN ‘Aleitamento Materno’	191
Apêndice 4 - Sessão de Educação para a Saúde realizada na UUP ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar’	194
Apêndice 5 - Folheto realizado para a UUP ‘Obesidade Infantil’	199
Apêndice 6 - Sessão de Educação para a Saúde realizada na UCSP ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar – 6 a 10 anos’	202
Apêndice 7 - Folheto realizado para a UCSP ‘Obesidade Infantil’	209
Apêndice 8 - Poster realizado na UCSP ‘Obesidade Infantil: A realidade em Portugal’	212
Apêndice 9 - Resumo da <i>scoping review</i> realizada no Estágio Final: ‘A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?’	214
Apêndice 10 - Questionário aplicado em dois dos locais de estágio como diagnóstico da situação à população de idade escolar – 6 a 10 anos	217
Apêndice 11 - Curvas de crescimento relativas aos dados recolhidos com o questionário com o valor do IMC de cada criança	225
Apêndice 12 - Tabela com os dados referentes ao questionário das medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC	227
Apêndice 13 - Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente distribuição do valor do IMC das crianças por género	229
Apêndice 14 - Gráficos dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente atividade física, número de horas de sono e número de vezes por semana de atividade física	231
Apêndice 15 - Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente no tipo de alimentos consumidos por dia pelas crianças com excesso de peso	234
Apêndice 16 - Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente no tipo de alimentos consumidos por dia pelas crianças com Obesidade Infantil	236

Apêndice 17 - Gráficos dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente o consumo de água, ingestão do pequeno-almoço antes de sair de casa e número de refeições	238
Apêndice 18 - Gráficos relativos aos dados recolhidos com o questionário	241
Apêndice 19 - Resumo do Projeto de Estágio	244
Apêndice 20 - <i>Checklist</i> hábitos alimentares da Consulta de Saúde Infantil da UCSP	251
Apêndice 21 - ‘Alimentação no primeiro ano de vida – Guia para iniciar a alimentação do seu bebé!’ elaborado para a UCSP	254
Apêndice 22 - Grelha de extração de dados do Estudo Observacional na UCSP	262
Apêndice 23 - Cronograma do Projeto de Intervenção	264
Apêndice 24 - Curvas de crescimento relativas aos dados recolhidos pela grelha de extração com o valor do IMC de cada criança	266
Apêndice 25 - Gráfico com dados recolhidos pela grelha de extração de dados referente à distribuição do valor do IMC das crianças por género	268
Apêndice 26 - Tabela com os dados referentes à grelha de observação das medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC	270
Apêndice 27 - Gráficos com dados recolhidos pela grelha de extração de dados referentes aos erros alimentares com base no valor do IMC das crianças	272
Apêndice 28 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar’	275
Apêndice 29 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada na UUP ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar’	278
Apêndice 30 - Plano da sessão de Educação para a Saúde realizada na UCSP ‘Obesidade Infantil: educação alimentar da criança em idade escolar – 6 a 10 anos’	281
Apêndice 31 - Jogos elaborados para a UUP e UCSP: ‘Semáforo da Alimentação’ e ‘Jogo da Alimentação’ respetivamente	284
Apêndice 32 - Questionário de avaliação do grau de satisfação aplicado após as sessões de educação para a saúde nos vários locais de estágio	287
Apêndice 33 - Tabela com os dados referentes ao questionário da avaliação do grau de satisfação	289
Apêndice 34 - Questionário de avaliação do formando aplicado após as Sessões de Educação para a Saúde no Serviço de Internamento e UUP	291
Apêndice 35 - Questionário de avaliação do formando aplicado após as Sessões de Educação para a Saúde na UCSP	293

Apêndice 36 - Dados referentes ao questionário de avaliação do formando aplicado após as Sessões de Educação para a Saúde nos vários locais de estágio	295
--	-----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC dos dados das crianças referente aos questionários aplicados	228
Tabela 2 – Medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC dos dados das crianças referente à grelha de observação	271
Tabela 3 – Dados referentes ao questionário da avaliação do grau de satisfação	290
Tabela 4 – Dados referentes ao questionário de avaliação do formando	296

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o género	75
Gráfico 2 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade	75
Gráfico 3 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade em foi exclusivamente alimentado por leite materno	76
Gráfico 4 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade em que se iniciou a introdução de alimentos	76
Gráfico 5 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o IMC	77
Gráfico 6 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com as atividades lúdicas, por categoria de peso normal, excesso de peso e obesidade	79
Gráfico 7 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com os hábitos alimentares	80
Gráfico 8 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com o género	91
Gráfico 9 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os valores do IMC	92
Gráfico 10 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares	94

Gráfico 11 – Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada no Serviço de Internamento	104
Gráfico 12 – Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada na UCSP	105
Gráfico 13 – Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada na UUP	105
Gráfico 14 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o IMC por Género	230
Gráfico 15 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a duração de atividade física por dia	232
Gráfico 16 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de horas de sono por dia	232
Gráfico 17 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de vezes por semana de prática atividade física	233
Gráfico 18 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia – Excesso de Peso	235
Gráfico 19 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia – Obesidade	237
Gráfico 20 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o consumo de água por dia	239
Gráfico 21 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a ingestão do pequeno-almoço	239
Gráfico 22 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de refeições por dia	240
Gráfico 23 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que referem não gostar das refeições	242
Gráfico 24 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que fazem as refeições em família	242
Gráfico 25 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que ajudam a preparar as refeições	242
Gráfico 26 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o local onde almoçam	243
Gráfico 27 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o lanche	243

Gráfico 28 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com IMC por género	269
Gráfico 29 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo os Erros Alimentares – Peso Normal	273
Gráfico 30 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares – Excesso de Peso	273
Gráfico 31 – Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares – Obesidade	274
Gráfico 32 – Distribuição das médias de respostas corretas ao questionário do formando por serviço	296

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Curva de Crescimento IMC raparigas dos 5 aos 19 anos	169
Imagem 2 – Curva de Crescimento IMC rapazes dos 5 aos 19 anos	169
Imagem 3 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC raparigas com idades entre os 6 e os 10 anos	226
Imagem 4 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC rapazes entre os 6 e os 10 anos	226
Imagem 5 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC raparigas com idades entre os 6 e os 10 anos	267
Imagem 6 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC rapazes com idades entre os 6 e os 10 anos	267

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020) o excesso de peso e a obesidade infantil são definidos como a acumulação de gordura anormal ou excessiva, podendo desta forma prejudicar a saúde e qualidade de vida das crianças e jovens. A obesidade infantil é considerada a doença pediátrica com maior prevalência a nível mundial, que resulta da conjugação de uma variedade de fatores, como é o caso de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e comportamentais (Pina, 2017). Além de ser uma doença crónica é também um fator de risco, que contribui para que se desenvolvam outras doenças crónicas, consideradas as principais causas de mortalidade e morbilidade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017a). A nível mundial “(...) a prevalência de obesidade infantil continua a aumentar (...) uma vez que “o risco é maior nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.” Na Europa tem-se mantido constantes, sendo Portugal um dos cinco países com maior prevalência de obesidade infantil (Rito, Sousa, Mendes & Graça, 2017: 3). No ano de 2019 cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 12% obesidade, sendo os rapazes o género mais afetado. A prevalência aumenta também com a idade, pois cerca de 15,3% das crianças de oito anos são obesas e nas crianças de seis anos é de 10,8% (DGS, 2019a).

Atualmente a obesidade infantil e o excesso de peso são considerados um dos maiores desafios de saúde pública, atingindo-se níveis epidémicos em vários países do mundo, tornando-se essencial atuar de modo a prevenir esta realidade (Rito *et al.*, 2017). Em Portugal entre os anos de 2008 e 2019, verificou-se um decréscimo na prevalência de excesso de peso e de obesidade infantil. Em termos geográficos existem diferenças significativas entre diversas regiões, no que se refere ao excesso de peso e obesidade infantil, sendo a Região do Alentejo aquela que apresentou menor prevalência de obesidade infantil (DGS, 2019a).

Os hábitos alimentares incorretos são considerados um dos mais perigosos determinantes para a saúde das crianças, contribuindo para o desenvolvimento de obesidade infantil, uma vez que são o “(...) terceiro fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável (...)” (DGS, 2019a: 12). De acordo com os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física [IAN-AF] constata-se que são as crianças e adolescentes que apresentam hábitos alimentares mais inadequados. Isto porque, na ingestão de açúcar, quase metade das

crianças e dos adolescentes portugueses, apresentam um consumo diário que ultrapassa a recomendação da OMS, o que corresponde a uma percentagem de 48,4% nas crianças e de 48,7% nos adolescentes. Considerando-se que o consumo de açúcar não deve fornecer mais de 10% do valor energético total. No caso da ingestão de fruta e produtos hortícolas a população portuguesa, não cumpre igualmente as recomendações da OMS, pois o consumo ideal deve ser superior a 400g por dia, o que significa que 69% das crianças e 66% dos adolescentes não cumprem estas indicações (Lopes *et al.*, 2017)

A infância considera-se o momento ideal para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, já que é nesta fase que a criança conhece o mundo à sua volta e desenvolve a sua personalidade, entre estes hábitos está o de se alimentar de forma correta. Assim, a nutrição desempenha papel fundamental para a qualidade de vida, uma vez que contribui para o bem-estar físico e mental (Santos *et al.*, 2014). O leite materno é considerado o alimento ideal durante os primeiros seis meses de vida, pois o aleitamento materno pode ter uma influência no desenvolvimento de obesidade infantil (DGS, 2019a). Num estudo desenvolvido pela OMS, observou-se uma prevalência maior de obesidade infantil entre as crianças, que nunca foram amamentadas e também nas que foram amamentadas menos do que 6 meses (Rito *et al.*, 2017).

Uma alimentação saudável implica, que as crianças ingiram alimentos de cada grupo da nova Roda dos Alimentos “(...) variando as escolhas alimentares dentro de cada grupo, de forma a garantir a satisfação das necessidades nutricionais.” (DGS, 2019b:75). Posto isto, é crucial que se aposte na prevenção da obesidade infantil o mais precocemente possível, pois as crianças obesas têm uma maior probabilidade de virem a ser adultos obesos.

As causas associadas à obesidade infantil são inúmeras, desde os fatores genéticos, o sedentarismo, o consumo excessivo de gorduras ou açúcares, e ainda os fatores ambientais, devido às alterações na dieta (OMS, 2016). No entanto, também a exposição ao marketing/publicidade tem sido considerada um fator que contribui para a obesidade infantil. Como tal, os dados referentes ao consumo alimentar e ao estado nutricional das crianças portuguesas, indicam que é fundamental que se coloquem restrições à publicidade alimentar de produtos de baixo valor nutricional, que tem como população-alvo as crianças (DGS, 2019a).

O presente Relatório Final insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o intuito de descrever e caracterizar o caminho percorrido ao longo do Estágio I e Estágio Final. Tem como propósito enquadrar o projeto de intervenção

desenvolvido, bem como refletir sobre a aquisição das Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e de Competências de Mestre. O referido projeto denomina-se ‘Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar em idade escolar’.

O interesse por esta temática, para a elaboração deste Relatório Final, foi motivado pela experiência profissional na área da Pediatria, onde se teve contacto com esta realidade, com efeitos bastantes prejudiciais para a qualidade de vida das crianças. Foi também com base nas necessidades que foram encontradas na literatura consultada, onde se constatou a importância de promover hábitos de vida saudáveis às crianças.

Os estágios anteriormente referidos foram realizados em quatro contextos distintos, onde se desenvolveu o projeto de intervenção, enquadrando o mesmo na linha de investigação ‘Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’. Recorreu-se à metodologia de trabalho de projeto, que assenta na identificação de um problema em contexto real, que tem necessidade de ser minimizado ou resolvido, bem como na elaboração de estratégias e intervenções que permitam a sua resolução de uma forma eficaz (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Tendo em conta esta metodologia foram definidos os objetivos para a elaboração deste projeto, tanto o objetivo geral, como os respetivos objetivos específicos, que são apresentados num capítulo seguinte.

No que diz respeito à estrutura este Relatório inicia-se com a introdução, onde é realizada uma breve contextualização da temática e a justificação da sua pertinência. Seguidamente encontra-se composto por três capítulos distintos, sendo que no primeiro se realizou um enquadramento da problemática, onde foram abordadas as definições e a prevalência da obesidade infantil em Portugal; os hábitos alimentares, o aleitamento materno e as respetivas complicações que advém da obesidade infantil; a influência do marketing/publicidade alimentar; a influência dos pais ou família; a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] na sua prevenção e ainda a articulação da temática com o Modelo Teórico de Promoção de Saúde de Nola Pender e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

No segundo capítulo aborda-se o percurso formativo, com o enquadramento dos quatro contextos onde se desenvolveu o projeto de intervenção. Seguidamente a metodologia de trabalho de projeto, onde se enumeram todas as fases envolvidas, começando pelo diagnóstico de situação com o levantamento das necessidades da população alvo, a definição de objetivos,

o planeamento e a implementação do projeto. Posteriormente é realizada uma avaliação e discussão dos resultados, que foram obtidos com a efetivação do projeto de intervenção.

No terceiro capítulo elabora-se uma análise reflexiva, acerca dos conhecimentos adquiridos com a realização dos estágios clínicos e concretização do projeto, de modo a alcançar as competências comuns de Enfermeiro Especialista, as competências específicas de EEESIP e ainda as competências de Mestre. Na conclusão faz-se uma breve síntese dos aspetos significativos de todo o percurso, foram enunciadas as conclusões alcançadas com a implementação do projeto, bem como as principais limitações, com as quais nos deparamos. Por último, as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração deste trabalho. Em apêndices e anexos, apresentam-se todos os documentos elaborados no âmbito e com relevância para este trabalho.

O presente Relatório Final foi desenvolvido segundo as normas de elaboração e apresentação de trabalhos da *American Psychiatry Association* [APA] 6ª edição, sendo redigido segundo o acordo ortográfico em vigor, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo é apresentada a fundamentação teórica, que norteou o caminho percorrido durante a prática clínica. Como tal, procede-se à definição de obesidade infantil, a sua prevalência em Portugal, a importância da aquisição de hábitos alimentares saudáveis, a influência dos pais ou família, as complicações que decorrem desta patologia, bem como as implicações do marketing/publicidade. São também abordados os modelos teóricos que orientaram todo o percurso, bem como a atuação que o enfermeiro tem na prevenção, deteção e na educação à família e criança ou jovem.

1.1. A Obesidade Infantil – Um problema de saúde pública

A obesidade infantil está a atingir, nos dias de hoje, proporções cada vez mais preocupantes em todos os países do mundo, por isso a sua prevenção considera-se primordial. De acordo com a DGS a obesidade é “considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade.” (DGS, 2017: 13). A obesidade infantil é considerada a epidemia do século XXI pela OMS, representando atualmente um dos mais sérios problemas de saúde pública, que afeta tanto as crianças como os adolescentes, constituindo-se como um dos mais urgentes e sérios desafios para a saúde, pelo que a prevenção é a melhor forma de combater esta realidade (OMS, 2016).

A sua etiologia é multifatorial, uma vez que dependem de múltiplas causas como é o caso de fatores genéticos, do sedentarismo, do consumo excessivo de gorduras, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, de fatores ambientais e ainda das perturbações hormonais. De acordo com a DGS (2017) a obesidade define-se como sendo uma doença, onde existe acumulação excessiva de massa gorda. A obesidade e o excesso de peso têm um impacto negativo na saúde das crianças, tornando-as mais propensas a desenvolver precocemente complicações que contribuem para a diminuição da esperança de vida, uma vez que as crianças obesas apresentam um maior risco de se tornarem adultos obesos (Pina, 2017).

Tendo em conta o que é definido pela OMS, a percentagem de gordura corporal é calculada de acordo com o Índice de Massa Corporal [IMC], ou seja, a divisão do peso da pessoa pelo quadrado da sua altura. No que diz respeito às crianças com menos de 5 anos, considera-se que estas apresentam excesso de peso, quando existem dois desvios padrão acima das médias do Padrão de Crescimento Infantil e obesidade infantil quando se encontram três ou mais desvios padrão, acima destas médias. No caso das crianças e adolescentes entre os 5 e os 18 anos, admite-se excesso de peso caso se encontre um desvio padrão acima das médias do Padrão de Crescimento Infantil e obesidade quando estão dois acima das médias (OMS, 2020). Definir obesidade na criança e adolescente é mais complicado do que nos adultos, pois no adulto o aumento do IMC ocorre de forma progressiva e lentamente. No caso da criança e do adolescente o IMC vai-se alterando com a idade, existe um aumento durante o primeiro ano, diminuindo depois na infância até aos 5 e 6 anos e aumenta posteriormente entre a infância e adolescência. Entre os 6 aos 10 anos é a fase onde existe maior fragilidade para se desenvolver obesidade, pois nesta faixa etária as crianças desenvolvem competências em vários domínios, tornando-se fundamental que se inicie a prevenção o mais cedo possível. A criança deve ser ensinada sobre os benefícios de praticar uma alimentação saudável, sendo que a educação é a chave para a prevenção da obesidade infantil (Pina, 2017). É aos 6 anos de idade que a replicação adipocitária é mais acelerada, ou seja, é um período de rápido crescimento da gordura corporal, conclui-se que é necessário desenvolver estratégias preventivas, de modo a reduzir a incidência desta doença na infância (Rito *et al.*, 2017).

Em Portugal nos últimos 11 anos, o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* [COSI] realizado entre 2008 e 2019, que engloba a faixa etária entre os 6 e os 8 anos, concluiu que existe uma tendência invertida quer na prevalência de excesso de peso, quer em relação à obesidade infantil. Deste modo, constatou-se que existiu uma redução relativamente ao ano de 2008 para o ano de 2019, em cerca de 8,3% no que se refere ao excesso de peso, que apresentava uma taxa de 37,9% em 2008. No que concerne à obesidade infantil existiu também uma diminuição de 3,3% nestes últimos 11 anos, já que a taxa era de 15,3% no ano de 2008. Assim, no ano de 2019 em Portugal cerca de 29,6% das crianças apresentam excesso de peso e 12% obesidade infantil. Tanto o excesso de peso como a obesidade infantil são mais prevalentes nos rapazes, ou seja, estes apresentam uma percentagem de 29,6% de excesso de peso e de 13,4% de obesidade. No caso das raparigas as percentagens referentes a esta realidade são ligeiramente mais baixas, com uma taxa de 29,5% para o excesso de peso e de 10,6% para a obesidade infantil (DGS, 2019a).

Com a idade existe um aumento da prevalência de obesidade infantil, pois no ano 2019 as crianças com 8 anos apresentavam uma taxa de 15,3% de obesidade infantil, onde 5,4% corresponde a obesidade severa. Enquanto as crianças com 6 anos apresentavam uma percentagem de 10,8% de obesidade, o que corresponde a uma taxa de 2,7% no caso da obesidade severa. A prevalência não é igual também a nível geográfico, contudo todas as regiões portuguesas apresentaram uma diminuição tanto das taxas de excesso de peso como de obesidade infantil, entre os anos de 2008 e 2019. Na região dos Açores a diminuição foi a mais acentuada, com uma redução de 10,7%, seguindo-se a região Centro com uma diminuição de 9,2%. No ano de 2019, a região com menor prevalência de excesso de peso foi o Algarve, com uma percentagem de 21,8%, enquanto que os Açores foram a região com maior prevalência, com 35,9% de excesso de peso. Em relação à obesidade infantil foi a região do Alentejo, aquela que apresentou menor prevalência, com uma percentagem de 9,7% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2019). As taxas elevadas de obesidade infantil, nos dias de hoje, são uma realidade extremamente preocupante, sendo fundamental que se aposte na prevenção, devendo esta iniciar-se o mais precocemente possível, pois a obesidade apresenta taxas elevadas nas faixas etárias mais jovens (Almeida, 2016). É na infância que se fazem as escolhas relativas à adoção de estilos de vida, que vão ter as consequências na idade adulta, sendo assim a saúde infantil é fundamental para garantir a saúde ao longo da vida (Fernandes, 2018).

Apesar de nos últimos anos, em Portugal, se ter verificado um decréscimo ao nível das taxas de obesidade infantil e excesso de peso, estas continuam ainda elevadas, constituindo-se um problema de saúde para as crianças e jovens, com repercussões na vida adulta, assim a sua prevenção é o caminho para o sucesso.

1.1.1. Hábitos de vida, aleitamento materno e complicações da obesidade infantil

A alimentação é considerada um dos fatores mais relevantes para a saúde, tendo especial importância durante os primeiros anos de vida, pois “(...) na infância tem um papel determinante no crescimento e desenvolvimento das crianças e é neste período que se moldam os nossos gostos e preferências alimentares.” (DGS, 2020a:2). A nutrição ao contribuir para o bem-estar, não apenas físico, mas também mental, desempenha um papel fundamental para a qualidade de vida da população (Santos *et al.*, 2014). Os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo são tidos como os principais fatores, que causam o aumento da obesidade infantil,

desta forma incentivar uma alimentação saudável e a prática de atividade física, deve ser o principal foco na sua prevenção (Pina, 2017). No caso das crianças, tanto a alimentação incorreta que é caracterizada pelo consumo excessivo de açúcares, gorduras e refrigerantes, como a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, contribui para o aumento de peso nestas idades (Pinto, 2017). Em Portugal, um dos principais fatores que colocam em risco a esperança de vida, ou seja, os anos de vida considerada saudável, são os hábitos alimentares incorretos, no entanto existe a possibilidade de se modificar, recorrendo a estratégias que visam a promoção da alimentação saudável (DGS, 2017).

“Alimentação saudável é determinante para um bom desenvolvimento físico e intelectual, além de promover a saúde e o bem-estar geral. Um padrão alimentar saudável deve ser equilibrado, completo, variado e, já agora, agradável ao gosto de cada um, ao paladar e à vista.” (Direção Geral do Consumidor [DGC], 2013:3)

A nova Roda dos Alimentos constitui-se como guia alimentar fundamental para se planejar uma dieta equilibrada e variada, tornado mais fácil selecionar uma alimentação diária correta. Esta é representada por um círculo que se divide em setores de diferentes tamanhos, designados grupos e reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. Ainda que tenha sido realizada para a população adulta portuguesa, a sua estrutura gráfica, dividida em sete grupos de alimentos, possibilita ter uma ideia das porções de cada um dos grupos, que as crianças devem ingerir diariamente. Cada grupo tem funções e características nutricionais próprias, por isso todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si. Os alimentos agrupam-se em sete grupos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de cada um na alimentação diária e as porções diárias recomendadas (DGS, 2019b).

No centro da nova da Roda dos Alimentos está presente a água, na infância a ingestão diária de água não deve ser descurada, devendo beber-se cerca de 1,5 litros por dia, incluindo às refeições (DGC, 2013). Posto isto, as crianças com base na idade deverão ingerir o número menor de porções do intervalo apresentado para cada grupo, o que corresponde ao seguinte número de porções de cada um dos grupos: laticínios 3 a 4 porções por dia; carne, pescado e ovos 1,5 a 2 porções por dia; leguminosas pelo menos 3 vezes por semana; cereais e derivados e tubérculos 4 a 6 porções por dia; hortícolas 3 a 4 porções por dia; fruta 2 a 3 porções por dia e por último óleos e gorduras 1 porção por dia (Ministry of Health, 2012; DGS, 2019b). Cada grupo tem funções e características nutricionais próprias, por isso todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si, respeitando sempre a sua proporcionalidade, consumindo maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos grupos mais pequenos (DGS, 2019b).

O consumo de alimentos deve ser no mínimo três refeições principais, o pequeno-almoço, almoço e jantar, intercaladas com pequenos lanches, não estando mais de 3,5 horas sem comer. No que refere ao conceito de Dieta Mediterrânica, este tem vindo a ser introduzido promovendo um padrão alimentar que assenta na diversidade, nos produtos da época e locais, bem como no predomínio de vegetais frescos. Esta favorece o consumo de azeite como a principal gordura, nos legumes, o feijão, o grão e a ervilha estão presentes com frequência, tal como o pão (DGS, 2020b). Foi desenvolvida a roda da alimentação mediterrânea, que é uma representação gráfica, baseada na Roda dos Alimentos Portuguesa (DGS, 2018a).

Na análise do estudo COSI em Portugal, as crianças que participaram no ano de 2016 apresentavam uma frequência de consumo semanal de alimentos, que não são considerados adequados para uma alimentação saudável. Verificando-se que 20,7% consome quatro ou mais vezes por semana biscoitos/bolachas, doces, bolos ou donuts; 75,1% consomem entre 1 a 3 vezes por semana; 86,8% faz um consumo de 1 a 3 vezes por semana de rebuçados, gomas ou chocolates; 65,3% consome refrigerantes açucarados, na mesma frequência, sendo que 14,8% os consomem quase diariamente, ou seja, quatro ou mais vezes por semana (Rito *et al.*, 2017). No caso dos açúcares livres o consumo em média é de 35g por dia, representando mais 10% do valor energético total, em 24,3% da população portuguesa. Este consumo é superior nos adolescentes com 48,7% e nas crianças corresponde a 40,7% (Lopes *et al.*, 2017).

No que se refere aos hábitos alimentares da população portuguesa, foi possível retirar algumas conclusões com base nos dados do IAN-AF, como é o caso do consumo de fruta e produtos hortícolas onde o valor de referência, por recomendação da OMS, para o consumo médio diário é de 400 g por dia, no entanto, cerca de 52,7% das pessoas não consome quantidade suficiente para atingir os valores aconselhados. No caso das crianças e adolescentes esta percentagem é superior, pois nas crianças este valor atinge os 68,9% e nos adolescentes a percentagem é de 65,9% que não cumprem, os valores recomendados. O consumo médio de sopa pela população portuguesa é de cerca de 154 g por dia, onde as crianças constituem a faixa etária que apresenta valores de consumo superiores, com 247 g por dia. É importante referir que no consumo de água, são as crianças que bebem menos quantidade de água, consumindo em média menos de 500 ml por dia. Os produtos lácteos são consumidos pelos portugueses numa média de 296 g por dia, sendo que cerca de 177 g por dia se refere ao consumo ao leite, neste caso são as crianças e adolescentes os grupos etários que mais ingerem tanto leite, como iogurtes (Lopes *et al.*, 2017).

As crianças devem ser fisicamente ativas, de modo a diminuir o sedentarismo, mantendo o crescimento físico e psicossocial adequado, devendo também ser tido em consideração a importância do sono de boa qualidade (DGS, 2019b). A prática de atividade física tem sido utilizada como uma das principais formas para combater e controlar a obesidade infantil, sendo fundamental para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, assim como no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças destas idades (Campos, Gomes & Oliveira, 2008). No que se refere à prática de atividade física existem três níveis para a sua classificação, pelo que se considera nível elevado sempre que se pratique o equivalente a 1 hora ou mais de atividade física moderada por dia, ou então caso pratique 30 minutos de atividade vigorosa em cada dia. No nível intermédio é necessário praticar atividade física que corresponda a cerca de 30 minutos, na maior parte dos dias. Quando se classifica como nível mais baixo, significa que não cumpre nenhum dos critérios referidos anteriormente (Lopes *et al.*, 2017).

A percentagem de crianças e adolescentes, com idades entre os 6 e os 14 anos, que não vai de encontro ao que é recomendado, ou seja, praticar 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa é de 57,5%. Sendo o valor referido anteriormente superior a 50%, independentemente do género ou da faixa etária. No entanto, são os rapazes que tem maior incumprimento para a prática de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa, na faixa etária dos 6 aos 9 anos, essa diferença é mais significativa, com uma percentagem de 53,4% nas raparigas e de 68,3% nos rapazes. No que diz respeito ao sedentarismo, tanto as crianças como os adolescentes com idade inferior a 15 anos, apresentam cerca de 9 horas de comportamentos sedentários, este valor tem um aumento substancial à medida que a idade avança (Lopes *et al.*, 2017).

Relativamente aos hábitos de sono, tal como nos hábitos alimentares, são criados e vão-se alterando ao longo dos anos, estes não são exclusivamente dependentes de fatores pessoais, mas também tem influência do padrão socioeconómico e cultural (Maia & Pinto, 2008). O sono é considerado fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, sendo uma necessidade biológica e vital. Tendo em conta que o sono não pode ser visto apenas como uma mera ausência da vigília, é considerado um estado extremamente complexo, que tem o intuito de reorganizar todas as nossas funções, de modo a assegurar tanto a nossa recuperação física, como psíquica. A oscilação que existe entre a vigília e o sono considera-se como um ritmo essencial para todas as pessoas, principalmente durante a infância. Embora um terço da existência humana seja despendida a dormir, é durante o sono que ocorre a renovação celular, a produção de hormonas e anticorpos, bem como síntese de proteínas e regulação metabólica. No caso das crianças, o tempo que passam a dormir vai-se alterando ao longo do crescimento,

o número de horas de sono vai diminuir de forma progressiva à medida que as crianças vão crescendo. O sono durante a infância é particularmente importante, uma vez que é imprescindível para o crescimento. Nos dias de hoje existe um consenso em relação ao tempo diário de sono das crianças, de acordo com a Academia Americana de Medicina do Sono, pelo que as crianças com idades compreendidas entre os 6 a 12 anos, devem passar cerca de 9 a 12 horas a dormir, durante a noite, no período de 24 horas, não sendo preconizada qualquer tipo de sesta (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] & Secção de Pediatria Social [SPS], 2017).

No que se refere aos hábitos alimentares, no primeiro ano de vida, uma introdução de alimentos que não seja adequada, pode levar ao desenvolvimento de obesidade infantil. Assim, caso se considere que o aleitamento materno ocorra de uma forma ineficaz, podem surgir fatores que desencadeiam a obesidade infantil. O aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida, tem uma influência positiva no crescimento e desenvolvimento das crianças, permitindo que estes aconteçam de forma adequada e saudável, uma vez que o leite materno é considerado o alimento ideal durante este período. Desta forma, os lactentes devem ser alimentados de forma exclusiva com leite materno até aos seis meses de idade, seguidamente as suas carências nutricionais vão aumentando, pelo que devem ser introduzidos alimentos complementares, devendo ser incentivado o aleitamento materno até aos dois anos de idade, ou mesmo por um período superior. Ao longo dos anos em todo o mundo, com base em diversos estudos, tem surgido a hipótese do aleitamento materno ter um papel fundamental na prevenção da obesidade infantil (Vicari, 2013).

Segundo recomendação da OMS, estabeleceu-se uma meta no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo, onde 50% das crianças até aos 6 meses de idade devam ser alimentadas, com leite materno de forma exclusiva (DGS, 2019a). Com base num estudo que foi recentemente desenvolvido pela OMS, o aleitamento materno é considerado um fator protetor para a obesidade infantil, especialmente se for a alimentação exclusiva que é oferecida, durante os primeiros seis meses de vida. Especificamente em Portugal, de acordo com os dados recolhidos neste estudo, cerca de 12,9% das crianças nunca foram amamentadas, a percentagem de 35,4% corresponde às crianças que foram amamentadas, por um período inferior a 6 meses e ainda 51,7% das crianças foram amamentadas pelo menos, por um período de 6 meses. Relativamente ao aleitamento materno de forma exclusiva, as percentagens de crianças foram amamentadas em exclusivo, por um período inferior a 6 meses é de 55,0% e por um período superior a seis meses é de 21% (Rito *et al.*, 2019).

De acordo com o estudo referido anteriormente, conclui-se também que as crianças que nunca foram amamentadas, tem uma maior probabilidade de desenvolver obesidade infantil, com uma percentagem de 22%. Em contrapartida as crianças amamentadas por um período inferior a seis meses, a probabilidade de se tornarem obesas diminuiu para 12%. No caso das crianças que foram exclusivamente alimentadas por leite materno, durante os primeiros seis meses de vida, apresentam uma probabilidade 25% inferior de desenvolver obesidade infantil. Assim, as crianças que foram amamentadas por um período inferior a seis meses, bem como as crianças que nunca tenham sido amamentadas, tem uma hipótese superior de vir a desenvolver obesidade infantil (Rito *et al.*, 2019). Considera-se fundamental “(...) incentivar o aleitamento materno, como forma de promoção de um comportamento alimentar saudável e, possivelmente, como protetor face à obesidade infantil.” (DGS, 2019a: 14).

Durante o primeiro ano de vida, tanto o crescimento como o desenvolvimento ocorrem de uma forma bastante rápida, neste período a criança já se encontra preparada para a ingestão de alimentos diversificados, preparando o seu paladar, o leite materno consiste num complemento após os seis meses. Futuramente, entre o primeiro e segundo ano de vida, as necessidades alimentares das crianças são direcionadas para o consumo de vitaminas e fibras, o interesse em comer diminui, sendo também por esta altura que surgem novos comportamentos à mesa e começam a tentar ganhar autonomia (Pinto, 2017; DGS, 2019b). Entre o segundo e o terceiro anos de vida ocorre uma desaceleração na velocidade de crescimento, com menos necessidades nutricionais e, por conseguinte, com menos apetite, onde qualquer estímulo é suficiente para distrair a criança durante a refeição. Este período caracteriza-se por uma diminuição do apetite e pouco interesse pela comida. O crescimento e desenvolvimento são processos dinâmicos e complexos, onde os hábitos alimentares são influenciados pelos ambientes social, cultural e económico da família e da comunidade (DGS, 2019b).

O período dos 3 e os 6 anos é definido como a idade pré-escolar, onde o crescimento e o desenvolvimento ocorrem a uma velocidade constante e lenta. Especificamente entre os 5 e os 6 anos é comum as crianças gostarem de alimentos com alto teor energético, existindo também uma influência do ambiente social nas suas opções alimentares. Após os 5 ou 6 anos ocorre o ressalto adipocitário que consiste num aumento sustentado do IMC, que coincide com o início das mudanças corporais, caso ocorra antes destas idades, encontra-se associado a um risco maior de desenvolver obesidade infantil (DGS, 2019b).

Entre os 6 e os 10 anos as mudanças são mais profundas e a criança passa por uma fase de crescimento cognitivo, emocional e social bastante importante, a alimentação deve fornecer recursos para o crescimento e desenvolvimento e ao mesmo tempo possibilitar à criança ter atividades físicas e escolares de forma satisfatória (DGC, 2013). A criança torna-se mais independência, pois estabelece novas relações sociais com outras crianças da mesma idade. Posto isto, considera-se que durante a idade escolar “(...) a alimentação saudável e adequada é um dos principais determinantes para o normal crescimento, desenvolvimento e saúde futura da criança.” (DGS, 2016a:20). Existe uma grande influência do ambiente escolar, nesta fase o crescimento e desenvolvimento ocorrem de uma forma gradual, com uma evolução uniforme tanto a nível físico, como emocional (Hockenberry & Wilson, 2014).

São diversas as complicações associadas à obesidade infantil, não só pelas implicações que o excesso de peso tem para a estrutura corporal, mas também pelas perturbações a nível metabólico causadas pela mesma (Pinto, 2017). As complicações associadas à obesidade infantil geralmente só se manifestam na idade adulta, existindo um risco considerável de morbilidade e mortalidade, verificando-se um aumento do número de crianças e adolescentes que apresentam graves complicações de saúde. A obesidade infantil afeta o normal crescimento e desenvolvimento da criança e acarreta inúmeras complicações futuras, que se podem dividir em complicações físicas e psicológicas (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002).

As crianças com excesso de peso e obesidade desenvolvem mais precocemente complicações, alguns exemplos das complicações físicas associadas consistem em doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, em alterações gastrointestinais, ortopédicas, respiratórias e dermatológicas. Já as complicações psicológicas são a discriminação, depressão e dificuldades na interação social, originando problemas a nível emocional como é o caso da timidez e isolamento, com repercussões na sua qualidade de vida. Assim, as crianças ficam mais vulneráveis, pois tanto as complicações físicas como as psicológicas, afetam de forma negativa a criança, contribuindo para diminuição da sua autoestima (Salim & Bicalho, 2004).

Além da aquisição de hábitos alimentares saudáveis, também a prática de atividade física constitui uma forma de prevenir a obesidade infantil, sendo a infância considerada o momento ideal onde se devem começar a incutir esses hábitos. Posto isto, é essencial que se aposte na prevenção da obesidade infantil, vista como uma importante prioridade para os profissionais de saúde, de modo a evitar o mais precocemente possível, as possíveis complicações associadas a esta realidade.

1.1.2. A influência do marketing/publicidade alimentar na obesidade infantil

Os hábitos alimentares das crianças, atualmente, são cada vez mais influenciados pela publicidade aos produtos alimentares e consequentemente contribui para a obesidade infantil. Como tal, a exposição à publicidade/marketing tem sido considerada um fator que contribui para o desenvolvimento de obesidade infantil, ou seja, existem evidências de que a publicidade dos alimentos, pode ser considerada um fator decisivo na obesidade infantil, pois pode ter um efeito negativo nos hábitos alimentares das crianças (Rodrigues, Carmo, Breda & Rito, 2011). As crianças são alvo do marketing/publicidade que se encontra direcionado a alimentos, e tem um enorme impacto nas suas escolhas e hábitos alimentares (Flores, 2017).

A relação que se tem verificado entre a obesidade infantil e o marketing/publicidade aos produtos alimentares, tem levado alguns países a criar leis, com o intuito de proibir a publicidade que se destina à população infantil, de modo a reduzir as taxas de obesidade infantil (Morais, Marreiro & Trindade, 2017). Deste modo, só através de uma fiscalização adequada sobre os anúncios que são transmitidos, neste caso específico aos que são direcionados às crianças, é que se poderá reduzir o número de crianças com excesso de peso ou obesidade (Costa, 2016). Em termos legais, em Portugal, no ano de 2019 foi publicada a Lei n.º 30/2019 de 23 de abril que coloca restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos, no que se refere a alimentos e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados (Assembleia da República[AR], 2019).

A publicidade associada aos produtos alimentares que tem como destino as crianças, é amplamente utilizado pela indústria, que direciona estrategicamente os anúncios para esta faixa etária, uma vez que, são as crianças que influenciam os produtos comprados pelos pais. A publicidade televisiva tem uma importante influência nas escolhas alimentares das crianças, pois estas despedem muito do seu tempo assistindo a programas televisivos, ficando assim muito vulneráveis às publicidades que são transmitidas (Rodrigues *et al.*, 2011; Costa, 2016). Nos dois primeiros anos de vida encontra-se preconizado, que as crianças não devem ver televisão ou utilizar outros aparelhos eletrónicos, durante a refeição. Já após o terceiro ano de vida estes já podem utilizados de uma forma lúdica ou educativa, mas esporadicamente, não ultrapassando uma hora por dia (DGS, 2019b).

Nos dias de hoje a publicidade chega até ao público das mais variadas formas, sendo que por vezes é difícil controlar as várias técnicas de marketing que vão surgindo. A publicidade não se restringe apenas à televisão, que é apenas uma das formas de marketing/publicidade

alimentar, mas encontra-se acessível através de outros meios, como a internet, as mensagens enviadas para os telemóveis, os outdoors, e nos supermercados, desta forma é essencial tomar medidas para controlar o marketing alimentar (Rodrigues *et al.*, 2011). A restrição do marketing/publicidade alimentar pode-se encaixar nas várias medidas que asseguram os direitos das crianças, que se encontram presentes na Convenção sobre os Direitos da Criança, tendo por base alguns dos artigos contemplados (DGS, 2019c). A educação das crianças, bem como dos pais ou famílias por si só não é suficiente para mudar as preferências alimentares das mesmas, uma vez que são constantemente expostos a anúncios de alimentos menos saudáveis. É fundamental que se aumente o conhecimento das crianças sobre a publicidade persuasiva, sendo que a educação alimentar deve ser vista como uma das ferramentas para desenvolver escolhas alimentares mais saudáveis entre as crianças e consequentemente reduzir a obesidade (Tarabashkina, Quester & Crouch, 2016).

Deste modo, após ter sido realizada a pesquisa bibliográfica acerca desta temática, decidiu-se realizar um artigo científico onde foi abordada a influência que o marketing/publicidade relativo a alimentos tem na obesidade infantil. Foi possível concluir que existe cada vez mais publicidade com esse objetivo nos diversos meios de comunicação, não só através da televisão, mas de outros meios como o caso da internet. As crianças despendem muito tempo a ver televisão e têm um acesso cada vez mais fácil à internet, deixando-se facilmente influenciar por estes anúncios. Nos estudos analisados durante a elaboração do nosso artigo científico, conclui-se que as crianças, passam cada vez mais tempo a ver televisão e tem mais facilmente acesso à internet, deixando-se influenciar pelos anúncios a alimentos, tornando-se fundamental que exista uma maior regulamentação, ao nível da publicidade alimentar. Num destes estudos, realizado em Portugal (Herédia *et al.*, 2017) verifica-se que a publicidade televisiva tem influência, sobre a vontade que as crianças têm em consumir *fast-food* que são anunciados, solicitando aos pais que os adquiram. Considera-se fundamental que o enfermeiro forneça conhecimentos à população, acerca da influência que o marketing/publicidade a alimentos tem nos hábitos alimentares das crianças, de forma a contribuir para a promoção da sua saúde.

1.1.3. A influência dos pais/família na criança com Obesidade Infantil

Os pais são os principais influenciadores no que diz respeito à alimentação das crianças, sendo também eles os responsáveis pelas escolhas dos alimentos que estas ingerem. O

comportamento alimentar dos pais influencia os hábitos alimentares das crianças, o que implica um risco maior para o desenvolvimento de obesidade infantil (Camargo, Filho, Antonio & Giglio, 2013). Essa condição faz com que os pais sejam um dos principais público-alvo, quando se trata da educação para a saúde, devendo ser incentivados a adotar hábitos alimentares saudáveis, pois só assim conseguem formar e ajudar a criança a manter uma alimentação saudável e equilibrada (Pina, 2017). Existem vários fatores que afetam o comportamento alimentar de uma criança, pois este tem por base fatores biológicos, sociais e também psicológicos (Wilhelm, Lima & Schirmer, 2007).

Durante a infância, as famílias, em particular os pais, tem um papel preponderante na aquisição de hábitos alimentares saudáveis e na promoção da saúde da criança, pois é no contexto familiar que se inicia o comportamento alimentar da criança. Os pais são os responsáveis pelo tipo de alimentos que oferecem e pela formação, permitindo às crianças adquirem comportamentos alimentares saudáveis. São estes os primeiros educadores no que respeita à nutrição (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012). A alimentação infantil é influenciada pela alimentação dos pais, uma vez que na infância o conhecimento e aprendizagem ocorrem principalmente por imitação, como tal a família tem um enorme contributo na criação de hábitos alimentares saudáveis ou inadequados. O comportamento alimentar incorreto, o sedentarismo e o escasso conhecimento acerca da alimentação e nutrição saudável por parte dos pais, têm sido apontados como fatores que determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança (Pinto, 2017).

A falta de tempo e a vida urbana, influenciam as escolhas alimentares dos pais, e consequentemente, as das crianças, que são orientadas para o procura de alimentados de rápida preparação e aceitação, como os hipercalóricos, com grandes quantidades de energia (Costa *et al.*, 2012). Durante as refeições a relação que os pais estabelecem com as crianças, têm repercussões nos hábitos alimentares das mesmas, como por exemplo no que diz respeito ao incentivo a comer, ao ritmo da ingestão e a restrição de certos alimentos. Quando se força a criança a comer geralmente a reação é contrária, bem como o uso dos alimentos como forma de recompensa ou castigo, se encontra relacionada com consequências adversas a nível alimentar para a criança, causando posteriormente alterações comportamentais como a obesidade infantil (Aparício, 2010).

O excesso de peso das crianças não é reconhecido por alguns pais, tendo sido esta incapacidade considerada como uma das razões que contribui para o aumento da obesidade

infantil. Um estudo realizado em Portugal numa amostra de 31 famílias da região do Algarve, conclui que a maior parte das famílias assumem que as suas crianças sofrem de obesidade, no entanto existem ainda 15% destas que não identificam as crianças como sendo obesas (Costa, 2017). É fundamental que os pais identifiquem o excesso de peso dos seus filhos, para que se torne possível atuar com vista à redução das taxas de obesidade infantil, garantindo que a família se encontra pronta e motivada para esta mudança de comportamento (Abreu, 2010).

Existem certas características familiares que têm sido associadas à obesidade como é o caso da estrutura familiar, do estatuto socioeconómico e também o grau de escolaridade dos pais. O ambiente familiar tem influência na saúde e bem-estar, especialmente das crianças (Fernandes, 2018). De acordo com um estudo realizado por Andrade (2014), constatou-se que existem algumas variáveis demográficas, como a idade, o grau de escolaridade e a profissão, que estão diretamente associadas ao conhecimento dos mesmos sobre nutrição. Os fatores como o estilo de vida dos pais, as famílias monoparentais ou as famílias com problemas a nível financeiro, limitam as escolhas alimentares das crianças. Nomeadamente na idade escolar, “(...) o exemplo dos pais e dos professores é um dos principais fatores modeladores das preferências e hábitos alimentares das crianças, pelo que a responsabilidade dos mesmos por este papel deve ser notória.” (DGC, 2013: 26).

Uma das possíveis soluções para o tratamento da obesidade infantil, com sucesso, será o envolvimento da família nas alterações aos hábitos diários, tanto no redirecionamento para as melhores escolhas alimentares, como no estímulo à prática de exercício físico evitando assim centrar o tratamento apenas na criança (Almeida, 2016). Os pais podem ser uma ajuda crucial para a criança, caso forneçam refeições saudáveis em termos de quantidade e de qualidade, com nutrientes adequados à sua idade e favorecendo o consumo de frutos, legumes e cereais. Contudo devem dar algum espaço à criança, permitindo que a mesma tenha alguma liberdade de escolha da quantidade e qualidade do que pretende ingerir, de forma saudável e controlada, mas sem obrigações (Pinto, 2017).

Desta forma, durante a infância tanto o comportamento alimentar, como a prática de atividade física das crianças são influenciados pelos estilos de vida dos pais ou família, pelo que consideramos fundamental promover hábitos de vida saudáveis aos pais, com o objetivo de proporcionar estilos de vida saudáveis às crianças e prevenir a obesidade infantil.

1.2. Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas: crianças em idade escolar

A linha de investigação que este projeto integra, consiste em: ‘Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’, em particular as crianças portuguesas entre a faixa etária dos 6 a 10 anos de idade, por forma a compreender a realidade referente à Obesidade Infantil. A idade escolar é considerada uma fase de transição entre a infância e a adolescência, que corresponde a faixa etária entre os 6 a 10 anos (Benzecry, Mello & Escrivão, 2012).

Considerou-se essencial definir o conceito de cuidados de enfermagem, em particular no que concerne à prestação de cuidados na saúde infantil e pediátrica. O cuidado tem como fundamento salvaguardar o potencial saudável das pessoas, dependendo do ponto de vista ético, que admite a vida como sendo um bem extremamente valioso. Pelo que, o cuidar em enfermagem tem o intuito de promover e restabelecer o bem-estar tanto físico, como psíquico e social, aumentando desta forma as hipóteses de ter uma vida saudável (Souza, Sartor, Padilha & Prado, 2005). De acordo com OE (2012) os cuidados de enfermagem vão além do aspeto físico, uma vez que estes cuidados englobam tanto o corpo como a alma. Para a satisfação das necessidades em saúde, são prestados cuidados à população que permitem alcançar o bem-estar e melhoria da aptidão funcional, possibilitando uma maior probabilidade de ausência de doença (Seabra e Sá, 2011). A relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas, considera-se a base do exercício profissional em enfermagem (OE, 2001). O exercício profissional do EEESIP fundamenta-se na filosofia de cuidados centrados na criança e na família, considerando-se este binómio como a população-alvo da sua prestação de cuidados, nos vários contextos (OE, 2018).

Os enfermeiros que prestam cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP], têm um papel fundamental tanto na educação, como no aconselhamento dos pais (OE, 2010). No caso dos cuidados prestados na área da ESIP, não só pela sua particularidade, torna-se necessário que os enfermeiros adquiram e desenvolvam aptidões, para atuar com competência face à especificidade do ato de cuidar de crianças, sempre com base na parceria com os pais. Deste modo, nesta parceria é de realçar a relevância dos pais no desenvolvimento tanto da criança, como na prestação de cuidados à mesma (Mendes & Martins, 2012). O cuidado tem como finalidade a promoção das competências da criança e jovem, de modo a maximizar e potenciar a sua saúde, promover o seu crescimento, o seu

desenvolvimento, a sua autoestima e a sua autodeterminação, bem como o reconhecimento das competências da família ou cuidadores como meio de intervenção (OE, 2017).

Os cuidados de saúde que são prestados à criança têm apresentado bastantes progressos, ao longo do tempo, tal como a evolução no que diz respeito à colaboração da criança na sociedade, através da implementação de várias políticas de saúde. Durante muitos anos, as crianças foram tratadas do mesmo modo que os adultos, sem ter em conta as questões associadas ao desenvolvimento e crescimento infantil (Araújo *et al.*, 2014). O conceito de infância tem-se modificado com o passar dos anos, foram criados vários modelos com o intuito de desenvolver este conceito que tem características particulares (OE, 2010). Somente no século XX houve uma importante alteração relativamente aos direitos das crianças, com a adoção da Convenção dos Direitos da Criança [CDC] pela Assembleia-Geral das Nações Unidas no dia 20 de novembro de 1989. Em Portugal surgiu apenas nos anos 90, sendo ratificada pela AR no dia 21 de setembro de 1990, que desenvolveu ações no sentido de se alcançar em pleno o cumprimento dos direitos das crianças (Gonçalves e Sani, 2013). A criança não apenas pela sua condição humana, é considerada um ser vulnerável com características particulares, devendo-se por isso garantir condições que lhe possibilitem alcançar um desenvolvimento e crescimento apropriados (OE, 2010). As crianças com necessidades específicas de saúde apresentam determinados problemas de saúde, desde doenças crónicas, alterações do desenvolvimento, comportamentais ou emocionais. Deste modo é fundamental que o Enfermeiro aquando da sua prestação de cuidados tenha em conta a mais recente evidência científica, por forma a prestar cuidados de qualidade a populações que necessitam de cuidados especiais de saúde, tornando-se num desafio para os mesmos (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017).

Hoje em dia a criança é vista como uma pessoa que se encontra em desenvolvimento, em que o crescimento ocorre com base em comportamentos, que advêm da relação entre os fatores anatómicos, psicológicos e sociais. Proporcionar um desenvolvimento infantil adequado, consiste em auxiliar a criança a desenvolver-se segundo os padrões que são previstos para a idade, de modo a respeitar o ritmo de cada criança (OE, 2010). Em relação à temática abordada neste projeto de intervenção, o cuidado de enfermagem tem como enfoque a capacidade de o enfermeiro proporcionar hábitos de vida saudáveis os pais e às crianças, consoante as suas necessidades de cuidados de saúde. Este tem um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, das crianças com obesidade, abordando as consequências desta problemática, bem como os benefícios da aquisição de hábitos de vida saudáveis para obtenção de uma melhor

qualidade de vida, uma vez que a prevenção é a melhor solução, para que seja possível alcançar uma vida saudável (Oliveira, Braz, Nascimento & Melo, 2016).

A idade escolar é um período onde o crescimento é constante, existindo uma atividade física acentuada e um aumento da independência da criança. O crescimento em termos de peso e de altura ocorre a um ritmo lento, com um crescimento de 5 cm em média e aumentam cerca de 2 a 3 Kg, por cada ano. O corpo adquire um aspeto mais elegante, com membros mais longo e a postura melhora, por forma a facilitar a locomoção, bem como uma diminuição gradual em termos de tecido adiposo (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao nível do peso ocorre um aumento que em termos de proporção é maior que o crescimento, mais próximo da adolescência este aumento acontece de forma mais intensa. Nesta fase as crianças ficam com uma melhor coordenação e com maior rapidez, alterando os seus hábitos alimentares não apenas por influência do meio social, como pela sua autonomia e maior capacidade a nível cognitivo. Desta forma, torna-se essencial que as crianças adquiram uma dieta saudável, bem como realizem uma adequada higiene oral, uma vez que grande parte dos dentes permanentes surgem durante esta faixa etária (Benzecry *et al.*, 2012). Durante a idade escolar as crianças adquirem competências cognitivas acrescidas, que lhes permitem tomar decisões acerca dos seus comportamentos em termos de saúde, pois no final desta fase estas já devem conseguir assumir responsabilidade no que diz respeito aos seus cuidados de higiene, nutrição, sono, exercício e segurança. Relativamente à área da nutrição, durante estes anos as necessidades calóricas das crianças são menores face à sua altura, estando a ser armazenados recursos para o crescimento que ocorre durante a adolescência. No momento em que vão para a escola, as crianças desta faixa etária adquirem “(..) um estilo de alimentação cada vez mais independente e menos influenciado pelo controlo parental.” (Hockenberry & Wilson, 2014:707).

Tendo em conta os hábitos alimentares e de atividade física, pode acontecer um aumento da percentagem de gordura corporal das crianças, portanto, um risco acrescido de desenvolver obesidade infantil (Benzecry *et al.*, 2012). No que se refere às preferências, ou não, por determinados alimentos, que são desenvolvidas nos primeiros anos de vida, nesta faixa etária não são tão evidentes, pois a preferência por um único alimento vai desaparecendo ao longo dos anos, adquirindo gosto por uma maior variedade de alimentos. Atualmente as crianças ingerem facilmente alimentos que não promovem o seu crescimento e desenvolvimento, nomeadamente açúcares e gorduras. Nestas idades as crianças necessitam “(...) de educação no que respeita à seleção alimentar e à importância de nutrientes energéticos, em oposição à ingestão de calorias vazias.” (Hockenberry & Wilson, 2014:707). É essencial compreender que

o crescimento e o desenvolvimento das crianças não são lineares, pois existem determinados períodos críticos e sensíveis, pelo que se deve assegurar uma alimentação adequada, onde “(...) a presença ou ausência de nutrientes, nas quantidades devidas, pode resultar na expressão de saúde ou de doença.” (DGS, 2019b:127).

Em suma, na prestação de cuidados às crianças que se encontram em idade escolar, pelas suas particularidades, torna-se imprescindível que por parte dos enfermeiros exista uma preocupação em adquirirem conhecimentos, de modo a colmatar as necessidades específicas das crianças nesta faixa etária, particularmente no que se refere aos hábitos de vida, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil.

1.3. Modelos Teóricos de Enfermagem: Nola Pender e Anne Casey

A enfermagem tem um corpo de conhecimentos próprio, que tem sido construído ao longo dos tempos, e que lhe fornece autonomia, autoridade e responsabilidade, dando à enfermagem o estatuto de disciplina e de ciência (Almeida *et al.*, 2009; Bittencourt, Marques & Barroso, 2018). São as teorias de enfermagem que sustentam a prática profissional, constituindo-se como um dos elementos que compõem a linguagem específica da profissão. São consideradas contributos epistemológicos essenciais, na construção do saber e da prática profissional (Schaurich & Crossetti, 2010). De entre as inúmeras teorias e modelos que constituem o corpo de conhecimento de Enfermagem, decidimos utilizar para o desenvolvimento deste projeto o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Considera-se fundamental que o EEESIP adquira conhecimentos, baseados na mais recente evidência científica, na área específica da obesidade infantil, tendo como foco a promoção da saúde das crianças, sempre em parceria com a sua família, por forma a prestar cuidados de qualidade. É desta forma que estes dois modelos se articulam com a temática em questão, servindo de base teórica para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

1.3.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O modelo de Promoção de Saúde apresentado por Nola Pender no ano de 1982, foi posteriormente revisto anos mais tarde, definindo o conceito de promoção de saúde como um processo que permite a realização de um objetivo, com o intuito de promover a saúde e alcançar

o máximo nível de bem-estar e saúde da população (Nascimento, 2013). O conceito de Promoção da Saúde de acordo com a Carta de Ottawa consiste no “(...) processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” (OMS, 1986:1). Nesta perspetiva o presente modelo não serve apenas para esclarecer, sobre quais os comportamentos que as pessoas devem adotar para prevenir a doença, mas também para explicar os comportamentos que estas devem seguir, de modo a melhorar a sua saúde (Nascimento, 2013). Este modelo tem como finalidade reconhecer os fatores que afetam a adoção de comportamentos saudáveis, por parte da população. Sendo ainda uma orientação para melhor compreender o processo biopsicossocial, que incentiva as pessoas a adquirir comportamentos promotores da saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Considera-se que o termo promoção da saúde é o processo que tem como propósito fornecer às pessoas, famílias e comunidades, capacidades para melhor controlarem os fatores que determinam os seus comportamentos de saúde e ainda adotarem medidas que contribuam para atingir o bem-estar. Em contrapartida a prevenção da doença é determinada pelo medo e ansiedade, pois no caso da promoção da saúde existe uma motivação implícita, marcada pela vontade de aumentar o bem-estar (Nascimento, 2013). O Modelo de Promoção da Saúde possibilita a avaliação de comportamentos promotores de saúde, e pode ser utilizado com a finalidade de implementação e avaliação de ações de promoção da saúde. Este modelo baseia-se na relação entre três componentes, que são fundamentais para a avaliação dos comportamentos que conduzem à promoção da saúde, sendo eles: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e ainda o resultado comportamental (Victor *et al.*, 2005).

Em relação às características e experiências individuais, considera-se que cada pessoa tem experiências e características próprias, que têm interferência nos seus comportamentos futuros. Contém o comportamento anterior, que diz respeito a comportamentos idênticos aos do passado, que tem consequência na probabilidade de desenvolver comportamentos promotores de saúde. Esta variável considera-se o ponto de partida, sendo uma condição que permite a formulação de intervenções de enfermagem, influenciando de forma direta o comportamento de promoção da saúde. Outra variável são os fatores pessoais, que abrangem os biológicos e os fisiológicos como é o caso das características como a idade, género, IMC, agilidade; os fatores socioculturais que consistem na cultura, raça, nível socioeconómico e ainda os fatores psicológicos que são a auto-motivação e a autoestima. Assim, considera-se que estas duas variáveis, limitam as ações de saúde futuras (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Relativamente aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar, são considerados a essência deste diagrama, composto por um conjunto de variáveis, em que a primeira tem por base perceber os benefícios para a ação que consiste em representações mentais positivas, com a compreensão das consequências positivas ou apoio para a execução de um comportamento que promova a saúde. O perceber as barreiras para a ação são entendidas como percepções negativas acerca de um comportamento, ou seja, são as dificuldades, os obstáculos e os custos pessoais, para a concretização de um comportamento de saúde. A autoeficácia percebida refere-se à apreciação acerca das aptidões pessoais, que permitem organizar e efetuar as ações ou um determinado comportamento, tem efeito nas barreiras percebidas e fomenta os comportamentos promotores de saúde. Os sentimentos em relação ao comportamento referem-se a uma resposta emocional direta, que pode ser positiva ou negativa, agradável ou desagradável, os sentimentos negativos ou positivos determinam se o comportamento, pode ou não ser repetido e preservado ao longo do tempo. A atividade relacionada com a apresentação, que consiste nos sentimentos e emoções que podem ser positivos ou negativos, acontecem antes, durante e depois de um comportamento de saúde. As influências interpessoais dizem respeito às atitudes, que podem ser afetadas com base nos comportamentos ou crenças das outras pessoas, ou mesmo pelas normas sociais. Já no caso das influências situacionais consistem no meio ambiente, numa determinada situação ou então no contexto de vida, que pode auxiliar ou então dificultar a aquisição de comportamentos promotores de saúde (Pender *et al.*, 2015).

Por fim no que se refere ao resultado comportamental existem três variáveis, como é o caso do compromisso com o plano de ação, que consiste nas ações que permitem às pessoas conservar um comportamento promotor de saúde, tal como seria esperado. As exigências imediatas e preferências estão relacionadas com as pessoas, que não têm muito controlo em relação aos comportamentos que necessitam de mudanças imediatas. Enquanto, as preferências pessoais têm um elevado nível de controlo sobre as atitudes de mudança de comportamento. O comportamento de promoção da saúde representa o resultado final da aplicação deste modelo, ou seja, é nesta fase que ocorre a tomada de decisão (Pender *et al.*, 2015). Este modelo permite que as pessoas, famílias e comunidades alcancem as condições de vida favoráveis, de modo a atingir o melhor estado de saúde e bem-estar. Pelo que, cabe ao enfermeiro promover estilos de vida, que maximizem o potencial de saúde da população, com mudanças comportamentais. O modelo é utilizado com o intuito de realizar e avaliar as ações que pretendem promover a saúde, para compreender os comportamentos da população (Alves, 2017).

No que concerne à Obesidade Infantil, torna-se pertinente abordar este modelo, uma vez que é fundamental identificar os fatores que interferem com os comportamentos das crianças, para que seja possível encontrar uma estratégia de prevenção, com o intuito de se promover estilos de saudáveis à população-alvo. Com base nesta temática a promoção da saúde, constitui-se como um pilar crucial para que se torne possível alcançar o máximo de bem-estar e saúde, prevenindo possíveis doenças associadas a esta problemática, de modo a capacitar tanto as crianças, como os pais ou famílias a adotarem comportamentos de vida saudáveis.

1.3.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Nos modelos de Enfermagem até ao Séclo XX, mais precisamente a década de oitenta, não havia praticamente ou mesmo nenhuma alusão, à colaboração dos pais/família na prestação de cuidados à criança. Embora já há algum tempo se soubesse dos benefícios da participação dos pais, na prestação de cuidados à criança hospitalizada, no ano de 1988 surge o primeiro modelo que diz respeito à prestação de cuidados, em contexto pediátrico. Este modelo denomina-se Modelo da Parceria de Cuidados, foi formulado por Anne Casey e refere-se à necessidade de integrar os pais na prestação de cuidados à criança, em parceria com os enfermeiros (Casey, 1993, citado por Lopes, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico, não apenas pela sua particularidade, implica que os enfermeiros adquiram competências que permitam dar resposta às necessidades específicas das crianças, sempre em parceria com os pais ou família. Deste modo a parceria salienta a relevância que os pais, ou família, têm para o desenvolvimento e crescimento adequado das crianças, sendo reconhecida a importância da parentalidade no processo de cuidar em pediatria (Mendes & Martins, 2012). Considera-se que a prestação de cuidados de enfermagem às crianças, que assenta no modelo de cuidados centrados na família, é a essência da enfermagem na década de noventa, uma vez que são os pais quem melhor presta cuidados aos seus filhos. É fundamental que se estabeleça uma excelente relação entre o enfermeiro e os pais ou família, com base nas premissas deste modelo, para que exista uma distribuição das tarefas, com base nas competências de cada parte, aquando da prestação de cuidados (Ferreira & Costa, 2004).

Este modelo abrange cinco conceitos considerados essências, sendo eles a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro de pediátrica. No que se refere à criança, a partir do

momento que nasce é um ser que precisa de ajuda, para dar respostas às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, recorrendo aos pais ou família. Ao longo do tempo, à medida que a criança vai crescendo adquire aptidões e conhecimentos, que lhe vão permitindo satisfazer as suas próprias necessidades, sendo cada vez menos dependente dos pais ou família, até alcançar total independência, culminando esta fase na aquisição da capacidade de se auto cuidar (Lopes, 2012; Farrel, 1992).

Define-se saúde como sendo o estado de bem-estar físico e mental, que é essencial para que a criança alcance o seu potencial máximo. Como tal, caso exista alguma modificação que não seja reconhecida ou retificada, pode afetar o crescimento e desenvolvimento da criança, a todos os níveis físico, psicológico, intelectual, social e espiritual. O ambiente em torno da criança pode ter influência no seu desenvolvimento, sendo este afetado por vários estímulos externos. Os estímulos externos não dependem da própria criança, ocorrem como resultado da influência do ambiente a que esta se encontra sujeita. Além disso, considera-se que a criança precisa perceber que o ambiente externo é seguro, permitindo que esta tenha confiança, proporcionando um ambiente atencioso e de cuidado, para promover o seu desenvolvimento e a sua independência. Para os propósitos do modelo a família é definida como uma unidade de sujeitos, que tem como principal responsabilidade a prestação de cuidados à criança, tendo enorme influência no desenvolvimento e crescimento da mesma. Enquanto os pais assumem as responsabilidades centrais de cuidar, o modelo não elimina a participação e a influência de outras pessoas. Os cuidados prestados pelos pais ou família, são considerados cuidados familiares, isso inclui atividades que vão ao encontro das necessidades diárias da criança. O Enfermeiro Pediátrico tem um conjunto de responsabilidades que deverá adotar, enquanto profissional de saúde, sendo da sua responsabilidade a prestação de cuidados de enfermagem à criança, com base em estratégias de apoio, ensino, orientação, transmissão de conhecimentos às famílias e ainda o encaminhamento para outros profissionais (Farrel, 1992).

O enfermeiro neste modelo é responsável pela prestação de cuidados qualificados, incentivando os pais ou família na prestação de cuidados familiares, ou seja, que satisfaçam as necessidades básicas, como a higiene e a alimentação, assegurando a pareceria de cuidados. Embora exista uma distinção entre atividades de prestação de cuidado familiar e de enfermagem, não se definem limites fixos. Tendo em conta o contexto familiar poderão existir momentos, em que o enfermeiro presta cuidados familiares e por vezes são os pais, que se encarregam de alguns cuidados de enfermagem, com supervisão. Os cuidados de enfermagem

em parceria permitem, que se crie uma relação de igualdade entre os profissionais de saúde e os pais/família (Ferreira & Costa, 2004; Farrel, 1992).

A essência deste modelo implica a existência, tanto de negociação como de consideração, pelas necessidades da criança e família. É fundamental que ocorra comunicação entre os vários participantes na prestação de cuidados à criança, pois a negociação na parceria de cuidados é vista como a melhor forma de colaboração na prática de cuidados. Cabe ao enfermeiro envolver a família no processo de prestação de cuidados à criança, tendo como premissa a parceria, com base no processo de negociação, de modo a esclarecer que cuidados é que devem ser prestados pelos pais ou família (Lopes, 2012). A parceria de cuidados pressupõe que se estabeleça uma relação, entre os pais ou família e os profissionais de saúde, com ações que se complementam. Este modelo baseia-se nos cuidados de enfermagem, que identifica e dá valor à participação da família, permitindo à criança atingir o bem-estar tanto num determinado momento, como ao longo dos anos (Ferreira & Costa, 2004). Este modelo permite dar relevância ao processo de enfermagem, aquando da prática diária na prestação de cuidados em contexto pediátrico, sendo considerado como um instrumento fundamental que possibilita a identificação de problemas, bem como a sua resolução, caracterizando o modo de atuação do enfermeiro. A implementação do processo possibilita ao enfermeiro compreender as necessidades da criança e família, identificando as intervenções individualizadas que permitem a resolução de problemas singulares, avaliando por último os resultados alcançados. Assim, culmina na prestação de cuidados de enfermagem “(...) idealmente concebido para a criança, que compreende uma visão do cuidado centrado na família, com a família e pela família.” (Lopes, 2012: 49).

Durante a prestação de cuidados de enfermagem é essencial, que se estabeleça uma parceria com os pais ou familiares, pois são estes quem melhor presta cuidados às crianças. Também na prestação de cuidados à criança com obesidade infantil esta parceria é imprescindível, sendo a família vista como uma referência e um suporte para as mesmas. Desta forma, é possível capacitar tanto as crianças como as famílias, para a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

1.4. Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção da obesidade infantil

A atuação do enfermeiro junto da criança com obesidade infantil, passa essencialmente pela sua prevenção e deteção de forma mais precoce possível, bem como na educação da

família, a nível alimentar e comportamental. Compete ao enfermeiro a função de apoiar e reforçar a capacidade da família, assumindo um papel indispensável, quando identifica fatores de risco para a saúde das crianças. Este tem como função a constante capacitação da criança e da família, e a construção do conhecimento, bem como a adoção de atitudes benéficas para a saúde. A prevenção da obesidade infantil deve iniciar-se durante o período pré-concepcional, prosseguindo durante a gravidez e prolongando-se após o nascimento (Pinto, 2017). O enfermeiro com base nas suas competências, tem o dever de colaborar nas ações que visam a promoção da saúde da população, de modo a aconselhar acerca da importância da aquisição de uma alimentação saudável e estimular a prática regular de atividade física, como forma de prevenir esta realidade (Oliveira *et al.*, 2016).

No caso concreto do EEESIP utiliza-se um modelo conceptual focado na criança e na família, encarando sempre ambos como beneficiários dos seus cuidados. Estes enfermeiros especialistas responsabilizam-se pela intervenção, em torno de uma fase essencial do ciclo vital, que se inicia no nascimento e termina aos 18 anos de idade. Em certos casos, como na doença crónica, incapacidade ou deficiência, pode prolongar-se até aos 21 ou 25 anos, quando a transição para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2018).

O enfermeiro deve estar atento a cada criança, tanto nos cuidados de saúde primários ou diferenciados, fornecendo toda a informação necessária à família, de modo a prevenir a obesidade infantil. Devendo desta forma estimular as mudanças de estilo de vida, sobretudo em famílias em que crianças se encontrem em risco de desenvolver obesidade infantil, pois considera-se a prevenção mais fácil do que a reverter a doença (Pinto, 2017). O enfermeiro tem um papel preponderante na prestação de cuidados à criança com obesidade, uma vez que enfermeiro como educador para a saúde, tem a função de promover e melhorar a qualidade de vida das pessoas. De modo a auxiliar a família e a comunidade, para que colaborem de uma forma dinâmica na redução da obesidade infantil, com a finalidade de prevenir os seus riscos e evitando que as crianças se transformem em adultos obesos. Como tal, os enfermeiros para além da deteção precoce dos fatores de risco da obesidade infantil, têm também a função de atuar tanto na sua prevenção, como na promoção da saúde das crianças que apresentem esta patologia (Oliveira *et al.*, 2016).

O EEESIP trabalha com a criança e a família num qualquer contexto em que esta se encontre, quer seja em hospitais, em centros de saúde, em cuidados continuados, na escola, na comunidade, ou mesmo em casa, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde.

Este presta cuidados tanto à criança que se encontra saudável como doente, mas também educa para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família. As suas áreas de atuação consistem na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, aconselhamento às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; gestão do bem-estar; a deteção precoce e encaminhamento de situações que afetam a vida ou qualidade de vida, como por exemplo comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua gradual responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2018).

Segundo a OE (2017) os cuidados centrados na família servem de suporte ao exercício profissional do EEESIP, onde é fundamental que estejam implícitas tanto a interação, como os processos de comunicação. Os cuidados de enfermagem exigem que exista uma comunicação efetiva, admitindo a família como sendo o contexto onde a criança e jovem crescem e se desenvolvem. Esta relação de parceria, que se estabelece na prestação de cuidados em pediatria é caracterizada pela articulação em equidade, dinâmica e flexibilidade, sendo a criança ou jovem integrados na prestação de cuidados, desenvolvendo-se uma relação aberta e colaborativa, entre a criança/jovem e a equipa de enfermagem, onde intervém também a família.

Consideramos que o EEESIP estabelece uma relação privilegiada aquando da prestação de cuidados à criança, tendo sempre por base o binómio criança/família, desenvolvendo deste modo uma parceria de cuidados com os pais ou família. Especificamente no caso da obesidade infantil, esta atuação reflete-se na capacitação dos pais ou famílias e das próprias crianças, relativamente à importância de adoção de estilos de vida saudáveis, encorajando-os a adquirirem hábitos alimentares saudáveis, promovendo a sua saúde e bem-estar.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: ‘OBESIDADE INFANTIL: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA EDUCAÇÃO ALIMENTAR EM IDADE ESCOLAR’

No contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em ESIP, estabeleceu-se um fio condutor que culmina na elaboração deste Relatório Final, tendo por base estágios de natureza profissional, com vista à discussão pública e aprovação. Como tal, desenvolveu-se um Projeto de Intervenção que assenta na temática da obesidade infantil e vai de encontro à linha de investigação ‘Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’. Permitindo, deste modo, o desenvolvimento de Competências Específicas de EEESIP, bem como Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, através dos estágios que foram realizados nos diversos contextos de prestação de cuidados, na área pediátrica.

Este projeto seguiu a Metodologia de Trabalho de Projeto, definida como sendo uma metodologia associada à investigação, que assenta na resolução de problemas reais que são identificados, numa tentativa de intervenção. Esta metodologia implica que exista uma relação entre a teoria e a prática, pois “(...) o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010:3).

Este capítulo tem o intuito de explicar quais os objetivos, que foram definidos ao longo dos vários contextos de estágio, de modo a caracterizá-los de uma forma sucinta e elaborar uma apreciação crítica, bem como as respetivas atividades, refletindo em relação aos conhecimentos que foram adquiridos, ao longo deste percurso. Permite ainda descrever todo o processo, que serve de base para a elaboração deste projeto de intervenção, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, abordando e descrevendo as várias etapas.

Desta forma, considera-se fundamental efetuar uma reflexão da prática clínica, que demonstre o desenvolvimento das competências e permita refletir sobre a implementação deste projeto de intervenção, bem como as atividades que foram desenvolvidas, em cada um dos locais de estágio, durante o todo o percurso formativo.

2.1. Percurso formativo: dos Cuidados Hospitalares aos Cuidados de Saúde Primários

O caminho percorrido ao longo dos estágios, deve ser analisado de forma a descrever os locais onde foram implementadas as atividades, relativas à temática que foi escolhida para o desenvolvimento deste projeto de intervenção, bem como entender a realidade acerca das várias instituições. Possibilitando ainda compreender as necessidades, no que diz respeito à temática da obesidade infantil, por forma a desenvolver estratégias adaptadas à singularidade de cada serviço, para alcançar as competências e os conhecimentos, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade às crianças. De acordo Alarcão & Rua (2005) os estágios clínicos são vistos, como uma oportunidade de análise e atuação nos serviços de saúde, que tem como intuito a aquisição de capacidades e competências, na prestação de cuidados.

O projeto anteriormente referido foi implementado durante os Estágio I e Estágio Final, encontrando-se os dois estágios clínicos divididos em quatro contextos de prestação de cuidados na área pediátrica, como tal é necessário a caracterização de cada um destes locais. A temática escolhida foi desenvolvida e implementada, no decurso dos quatro contextos de estágio e possibilitou analisar o modo de atuação dos enfermeiros, percebendo qual a realidade relativamente ao tema abordado em cada um, desde os cuidados hospitalares aos CSP. Os estágios clínicos são considerados os locais onde o estudante “(...) se depara com situações reais e diferenciadas, que o impulsiona a exercer e amadurecer o seu papel profissional com mais qualidade, habilidade e segurança, ao articular o conhecimento teórico com o fato vivenciado.” (Benito *et al.*, 2012:176).

Os estágios clínicos tiveram início no 2º Semestre do 1º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em ESIP, entre o dia 20 de Maio 2019 e 28 de Junho de 2019, decorreu o Estágio I que se enquadrou no contexto do Serviço de Internamento de Pediatria. Posteriormente, seguiu-se o Estágio Final no 2º Ano deste Mestrado, mais propriamente entre os dias 16 de Setembro de 2019 e 17 de Janeiro de 2020, o segundo estágio teve lugar no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] e o terceiro estágio na Unidade de Urgência Pediátrica [UUP]. Por último, no contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP] realizou-se estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] pertencente à Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA]. O tempo de contacto no Estágio I foi de 24 horas por semana, enquanto no Estágio Final foi de 21 horas por semana. No período em que decorreram os estágios, foram delineados alguns objetivos gerais e comuns aos vários contextos onde foram prestados cuidados, que consistem em: desenvolver

as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEESIP; executar cuidados de forma especializada à criança e jovem, sempre em parceria com pais ou família, de modo a alcançar a maximização da saúde e prevenção da doença das crianças; conhecer as estruturas físicas e funcionais dos locais de estágio, bem como a dinâmica de trabalho dos mesmos; e ainda promover hábitos alimentares saudáveis às crianças, contribuindo desta forma para a adoção de estilos de vida saudáveis.

2.1.1. Estágio I – Serviço de Internamento de Pediatria

O primeiro estágio decorreu no 2º Semestre do 1º Ano do Mestrado durante 6 semanas, especificamente no período entre 20 de Maio e 28 de Junho de 2019, num Serviço de Internamento de Pediatria que se encontra integrado numa Instituição Hospitalar Pública, da Administração Regional de Saúde do Alentejo. A área de influência direta da referida instituição, inclui todo o distrito de Évora com 14 concelhos, prestando cuidados a cerca de 155 000 habitantes no Alentejo Central, sendo considerada a maior e principal unidade hospitalar do Alentejo e com maior diferenciação. Tem como área de influência indireta toda a região do Alentejo, ou seja, 33 concelhos repartidos da seguinte forma: 15 do distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral, com um total de 473 235 habitantes (Hospital do Espírito Santo, Entidade Pública Empresarial [HESE E.P.E.], 2020a). A sua missão consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, assegurando padrões elevados de desempenho técnico-científico (HESE E.P.E., 2018).

O Serviço de Internamento de Pediatria tem o intuito de prestar cuidados a crianças e adolescentes desde os 28 dias até aos 17 anos e 364 dias, sendo que a sua área de influência vai para além do Alentejo Central. Este é composto pela enfermaria de pediatria geral, onde ocorre o acompanhamento clínico e prestação direta de cuidados à criança, com patologia do foro médico, cirúrgico, ortopédico, otorrinolaringológico, oftalmológico, estomatológico e dermatológico; o hospital de dia permite humanizar os cuidados hospitalares, alargando-os à comunidade, para evitar ou reduzir o número de dias de internamento; uma unidade de cirurgia pediátrica e cirurgia de ambulatório onde são internadas crianças e jovens, que não necessitam de internamentos superiores a 24 horas nas especialidades de cirurgia, ortopedia, oftalmologia e otorrino, sendo esta área considerada de referência para todo o Alentejo. Faz parte da área pediátrica do hospital referido uma UCIN, um serviço de urgência de pediatria/U.I.C.D. e o

serviço de consulta externa de pediatria. Para além das atividades de formação, da atividade assistencial, do ensino, da investigação e da intervenção junto da comunidade, os vários elementos assumem outras funções quer externas e interna ao hospital, na área pediátrica (HESE E.P.E., 2020b).

O serviço de internamento de pediatria deste hospital é acreditado pela DGS, de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS], desde dezembro do ano de 2015. Este modelo baseia-se num processo de certificação, onde se averigua a forma como os cuidados de saúde são prestados, com base em padrões previamente estipulados, promovendo a “(...) melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional.” (DGS, 2014:11). São objetivos do referido serviço: promover o bem-estar de todas as crianças e jovens, que se encontrem internados; promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens; aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços que são prestados; promover a humanização dos cuidados prestados; apostar na formação do pessoal; permitir que o serviço tenha um papel ativo e interventivo, no hospital e na comunidade onde se insere (HESE E.P.E., 2020b).

Segundo o Relatório de Gestão referente ao ano de 2017 do referido hospital, existiram um total de 11 051 internamentos, dos quais dos 9,6% corresponde aos internamentos na faixa etária dos 0 aos 18 anos. No que se refere às intervenções cirúrgicas realizaram-se um total de 13 059 cirurgias, em que 5,9% dizem respeito a crianças e jovens, entre os 0 e os 18 anos. Por último em relação às sessões de Hospital de Dia foram efetuadas um total de 23 996, sendo a percentagem de 6,9% correspondente às sessões realizadas, na faixa etária entre os 0 aos 18 anos (HESE E.P.E., 2018).

De acordo com dados do INE (2019) referentes ao ano de 2018, em Portugal, na região do Alentejo a taxa de natalidade encontrava-se em 7,6 % que corresponde a um total de 5 383 nascimentos de nados-vivos. No ano de 2018 existiam um total de 705 478 habitantes em toda a região Alentejo, dos quais 88 445 dos habitantes, que corresponde a uma percentagem de 12,5%, se situavam na faixa etária entre os 0 e os 14 anos. Em relação ao número total de nascimentos registou-se um total de 87 020 nados-vivos, de mães residentes em território nacional, que implica um aumento de cerca de 1,0% em comparação com o ano anterior. Entre os anos de 2018 e 2080, a população com idade inferior a 15 anos irá reduzir, deixando de corresponder dos 1,4 milhões, para passar a ser menos de 1,0 milhão, ou seja, 962 657 crianças e jovens, no ano de 2080. No ano de 2019, a população jovem correspondeu a 1 393 513

milhões, mostrando já um decréscimo em relação aos 1,4 milhões. No que diz respeito à população na faixa etária dos 15 aos 64 anos, também irá diminuir, com um número de pessoas que correspondeu a 6,6 milhões no ano de 2018, para 4,1 milhões em 2080 (INE, 2019).

Em relação ao distrito do hospital onde foi realizado o estágio, ou seja, a área de influência direta do mesmo, com um total de 14 concelhos e 69 freguesias, no ano de 2018 existiam 152 865 habitantes, dos quais 18 782 habitantes que corresponde a 12,29% na faixa etária dos 0 aos 14 anos. Na faixa etária entre 15 e os 64 anos, no mesmo ano, existiam 94 193 habitantes que corresponde a 61,62% da população e 39 890 habitantes, que corresponde a 26,09% com mais de 65 anos. Em contrapartida no ano de 2001, no mesmo distrito o total de habitantes era de 173 400, onde 24 228 habitantes que corresponde a 13,97%, na faixa etária dos 0 aos 14 anos. Entre os 15 e os 64 anos existiam 109 738 habitantes o que corresponde a 63,29% da população, sendo que existiam ainda 39 434 habitantes, que corresponde a 22,74%, com mais de 65 anos (PORDATA, 2020a). Como tal, verificou um decréscimo da percentagem no ano de 2018, face ao ano de 2001 nas faixas etárias até aos 64 anos. No entanto, a situação inverte-se na faixa etária com mais 65 anos, onde se constata um ligeiro aumento, ou seja, existe um aumento de cerca de 4% nesta faixa etária.

A equipa do serviço de internamento de pediatria é constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo a equipa de enfermagem composta por 15 elementos, incluindo a Enfermeira Chefe, onde todas tem a Especialidade em ESIP. O Serviço tem ainda 7 assistentes operacionais, uma educadora de infância, uma funcionária administrativa, uma psicóloga e ainda uma assistente social. A equipa médica é constituída por um diretor de serviço, dois assistentes graduados seniores, 19 assistentes hospitalares de pediatria médica, um assistente graduado sénior de pediatria cirúrgica e um assistente de pediatria cirúrgica (HESE E.P.E., 2020b). O método de trabalho individual corresponde à forma como a equipa de enfermagem, presta cuidados às crianças e jovens que se encontram internados no serviço, uma vez que neste método “(...) está implícito o cuidado global ao doente, sendo a prestação de cuidados de enfermagem individuais a um ou mais doentes, estando esta responsabilidade circunscrita ao trabalho de um período de tempo, que corresponde regra geral ao trabalho de um turno.” (Mendes, 2012: 141).

O espaço físico do serviço de internamento localiza-se no 5º piso, com uma lotação total de 15 camas distribuídas por 6 quartos, um quarto de isolamento, um quarto composto por 3 camas que corresponde ao hospital de dia e outro quarto com 3 camas que se destina à cirurgia

de ambulatório. Existe ainda no serviço um gabinete médico, um gabinete do diretor de serviço, um gabinete da enfermeira chefe, um gabinete de enfermagem, uma sala de espera, uma sala de tratamentos, uma copa e uma sala de atividades lúdicas. Tendo em conta a segurança das crianças e jovens que se encontram internados, está disponível um sistema de segurança, onde são colocadas pulseiras eletrônicas em todas as crianças internadas no serviço, que são controladas por um sistema informático, que indica qualquer movimento que ocorra fora do perímetro demarcado, ativando desta forma um sistema de emergência.

De acordo com Esteves, Antunes & Caires (2014: 700) a existência de espaços lúdicos, em ambiente pediátrico, considera-se fundamental para o “(...) bem-estar, desenvolvimento e distração da criança hospitalizada.”. Neste serviço o espaço físico encontra-se ilustrado com pinturas nas paredes do corredor, dos quartos, da sala de espera e da sala de tratamentos, que permite um ambiente mais confortável, para as crianças e jovens internadas. Existe também uma sala de atividades lúdicas, que se encontra aberta de segunda a sexta-feira entre as 9h e as 16h30, onde as crianças e jovens podem permanecer, com supervisão e acompanhamento de uma educadora de infância. Esta sala tem um ambiente agradável e acolhedor, com atividades semelhantes às que decorrem no jardim de infância, com computadores que tem acesso à internet, livros, consola de jogos, televisão e brinquedos.

O serviço de internamento de pediatria incentiva os pais ou familiares, a permanecerem junto da criança ou jovem nas 24 horas, durante o seu internamento. Tendo em conta que são estes que melhor conseguem cuidar dos seus filhos, é política do serviço que estes colaborem na prestação de cuidados das crianças e jovens. A prestação de cuidados aos filhos é parte integrante do papel parental, no contexto de cuidados de saúde esses cuidados são prestados em parceria com os profissionais de saúde. Como tal, a relação entre os profissionais de saúde e os pais ou familiares, é vista como uma forma de capacitar os mesmos (Alves *et al.*, 2017). Neste serviço a prioridade consiste no bem-estar da criança ou jovem e da respetiva família, uma vez que a equipa de enfermagem foca a sua prestação de cuidados no binómio criança/jovem e família. Desta forma, os enfermeiros articulam-se com os pais ou familiares, tendo por base a parceria de cuidados e de acordo com os seus conhecimentos ou competências. No caso específico das instituições de saúde, que tem a responsabilidade de prestar cuidados às crianças e jovens, tem-se verificado que estes têm aplicado o conceito de humanização, tanto nos espaços físicos, como na forma de execução dos tratamentos (Bergan, Santos & Bursztyn, 2004).

Relativamente aos registos de enfermagem, neste serviço são elaborados com base num plano de cuidados, de acordo com o sistema informático Alert ®, sendo também registados os sinais vitais e são visíveis os exames que são solicitados. No que se refere à validação da medicação, que é administrada às crianças e jovens que se encontram internados, recorre-se ao CPC ®, um sistema informático específico. Durante todos os turnos da manhã procede-se à classificação dos doentes, utilizando-se o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem [SCD/E], que foi desenvolvido em Portugal no ano de 1978 e consiste na categorização dos doentes através de indicadores críticos, com base na necessidade de cuidados de enfermagem (Ministério da Saúde[MS], 2012). Nas cirurgias de ambulatório, os registos dos cuidados de enfermagem são realizados em suporte de papel, num documento próprio.

Os objetivos específicos deste estágio consistiram na prestação de cuidados às crianças ou jovens e respetiva família, em situações de especial complexidade; promover hábitos de vida saudáveis das crianças ou jovens e ainda intervir nas doenças comuns para cada idade, que afetem a sua qualidade de vida. Além da prestação de cuidados de enfermagem diretamente à criança e jovem, que se encontravam internados no serviço neste momento, nos mais variados contextos desde a patologia médica até à cirúrgica, tendo em conta a parceria de cuidados com os pais/família. Foi também possível elaborar e aplicar as atividades, integradas no projeto desenvolvido, sobre a temática da obesidade infantil. As atividades que foram realizadas ao longo deste estágio, tiveram como linha orientadora a prevenção da obesidade infantil em idade escolar e a promoção da saúde. Pelo que foi elaborada uma sessão de EpS (Apêndice 1) que aborda a temática anteriormente referida, apresentada durante o período em que se realizou este estágio, tendo como população-alvo as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos que se encontravam internadas nesse momento e os respetivos pais ou familiares. Tendo o intuito de os capacitar para aquisição de hábitos de vida saudáveis, para que se promova um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Foi também elaborado um folheto informativo, acerca da temática (Apêndice 2) com conselhos úteis, com base na mais recente evidência científica, sendo realizada uma pesquisa ao longo deste estágio, com vista à promoção da saúde das crianças, onde se aborda a realidade sobre a obesidade infantil em Portugal. Este foi entregue durante o estágio aos pais e crianças, sempre que se considerou adequado e pertinente, tendo sido fornecidos mais exemplares, para serem entregues pelas enfermeiras do serviço. Todas as atividades desenvolvidas foram discutidas e apresentadas tanto à Enfermeira Chefe como à Enfermeira Orientadora, bem como aos restantes Enfermeiros do serviço, com um feedback positivo e com ótima aceitação de toda a equipa.

2.1.2. Estágio Final

Durante o último semestre deste Mestrado decorreu o Estágio Final, precisamente no período entre 16 de Setembro de 2019 e 17 de Janeiro de 2020, estando este dividido em três contextos de estágio, desde o meio hospitalar até aos CSP. O primeiro estágio realizou-se numa UCIN, num período de 4 semanas e o segundo decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica também em 4 semanas. O terceiro e último estágio foi realizado em contexto de CSP, durante um período de 8 semanas, precisamente numa UCSP. Todas as enfermeiras orientadoras dos diversos estágios, eram detentoras da Especialidade em ESIP.

2.1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Este primeiro estágio foi realizado no terceiro semestre do Mestrado, numa UCIN durante um período de 4 semanas, mais propriamente no período entre 16 de Setembro e 11 de Outubro de 2019, encontrando-se esta integrada numa Instituição Hospitalar Pública da Administração Regional de Saúde do Alentejo. A referida instituição tem uma área de influência direta que corresponde ao distrito de Évora, prestando cuidados a cerca de 155 000 habitantes no Alentejo Central. No que se refere à área de influência indireta considera-se toda a região do Alentejo, num total de 473 235 habitantes. A sua missão consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, assegurando padrões elevados de desempenho técnico-científico (HESE E.P.E., 2020a).

A UCIN do hospital onde se realizou o estágio, foi inaugurada em Junho de 1990, tendo como intenção de assegurar a existência de cuidados intensivos neonatais no Alentejo. Foi até Janeiro de 1999 considerada como uma Unidade de Cuidados Intermédios, momento em que passou a funcionar como cuidados intensivos a recém-nascidos, com idade gestacional superior a 30 semanas de gestação. Esta unidade sofreu algumas alterações ao longo do tempo, tendo sido o hospital considerado pela Comissão Nacional de Saúde Materna como uma unidade de Apoio Perinatal. Como tal, esta unidade desde o ano de 2001 funciona como UCIN, passando a Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Considera-se uma unidade de referência para toda a região do Alentejo e recebe recém-nascidos pré-termo e de termo até aos 28 dias de vida, de todos os distritos do Alentejo, tanto de Beja como de Portalegre e ainda de outras regiões do país, desde que não haja vagas nos Hospitais Centrais. Desde o ano de 2007 que integra a rede Europeia de Neonatologia, ano em que passou também a integrar um sistema de segurança

eletrónico (HESE E.P.E., 2020c). É acreditada pela DGS, de acordo com o PNAS, desde dezembro do ano de 2015. Sendo que este modelo se fundamenta num processo de certificação, que visa apurar a forma como são prestados os cuidados de saúde à comunidade, tendo em conta padrões estipulados antecipadamente. Desta forma, tem o intuito de promover a prestação de cuidados de elevada qualidade nas instituições de saúde, permitindo que atinjam elevados padrões de competência técnica e científica, alcançando níveis de excelência (DGS, 2014).

Consideramos que é fundamental compreender quais as taxas de natalidade, referentes à área de atuação da UCIN onde se realizou estágio. Como tal, no ano de 2018 em Portugal, existiram um total de 87 020 nascimentos de nados-vivos, correspondendo a uma taxa bruta de natalidade de 8,5 ‰, com um total de mais 866 nascimentos em relação ao ano de 2017. Em relação ao total de nascimentos em Portugal, foi possível aferir que 44 309 foram nados-vivos do sexo masculino e 42 711 do sexo feminino, o que significa que por cada 100 crianças do sexo feminino nasceram cerca de 104 do sexo masculino. Todas as regiões registaram um aumento da taxa bruta de natalidade, apenas na região Norte o valor se manteve idêntico e na região Autónoma da Madeira uma diminuição (PORDATA, 2020b).

Relativamente à região do Alentejo, em 2018, a taxa de natalidade bruta foi de 7,6 ‰ o que corresponde a um total de 5 383 nascimentos de nados-vivos. Em comparação com os valores do ano de 2017, também na região do Alentejo, a taxa de natalidade era de 7,3 ‰ correspondendo a 5 225 nascimentos de nados-vivos. Em ambos os anos, nesta região, a taxa de natalidade manteve-se inferior à taxa de natalidade a nível nacional (INE, 2019). No Alentejo Central, no ano de 2018, a taxa de natalidade bruta foi igualmente de 7,6 ‰, existindo um total de 1 168 nascimentos de nados-vivos, dos quais 613 foram do sexo masculino e 555 do sexo feminino. Especificamente, em relação ao concelho do referido Hospital do Alentejo Central, onde se realizou o estágio, no mesmo ano, a taxa de natalidade bruta foi de 8,7 ‰ com um total de 456 nascimentos de nados-vivos, em que 238 correspondem ao sexo masculino e 218 ao sexo feminino (PORDATA, 2020b).

Em Portugal, no que se refere à percentagem de nados-vivos de baixo peso, ou seja, com menos 2 500 grama, constatou-se que houve um aumento no ano de 2018 em comparação com ano de 2017. Estes correspondem a 9,0% do total de nascimentos, com um total de 7804 nados-vivos de baixo peso, no ano de 2018. No mesmo ano registam-se a nível nacional, 6 922 nados-vivos prematuros, com menos de 37 semanas de gestação, o que corresponde a uma percentagem de 8,0%. Verificou-se ainda um decréscimo, em relação aos nados-vivos que

resultam de partos gemelares, a nível nacional, pois no ano de 2017 a percentagem era de 3,4%, e no ano de 2018 de 3,2% do total de nados-vivos. Na região do Alentejo, no ano de 2018 registou-se uma percentagem de 2,7% de partos gemelares, valor inferior ao registado a nível nacional, de 3,2% no mesmo ano (INE, 2019).

Em relação ao espaço físico esta UCIN encontra-se no piso 3 do hospital, próximo da Sala de Partos, de modo a permitir uma melhor acessibilidade e transporte, dos recém-nascidos que precisam de cuidados de saúde diferenciados. Esta encontra-se dividida em 3 salas, sendo que a sala A é composta por 3 incubadoras, destinadas à prestação de Cuidados Intensivos aos recém-nascidos. A sala B é composta por 5 incubadoras onde se prestam Cuidados Intermédios, já na sala C existem 4 berços onde são prestados os Cuidados Mínimos aos recém-nascidos, que se encontram na fase de pré-alta (HESE E.P.E., 2020c). A Unidade é ainda constituída por um gabinete onde se prepara a terapêutica, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico e um cantinho da amamentação equipado com todo o material essencial para as mães. No que diz respeito à humanização da Unidade, é de referir que foram criados no ano de 2004 três quartos, destinados à permanência dos pais durante a noite, que se encontram em instalações anexas à UCIN. Toda a Unidade se encontra ilustrada com pinturas nas paredes, nos vários espaços, que permite um ambiente mais confortável e acolhedor, tanto para os recém-nascidos como para os pais ou cuidadores.

Na Unidade onde se realizou o estágio trabalha uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros especialistas, assistentes operacionais e uma funcionária administrativa. Existe ainda o apoio de psicóloga, assistente social, cardiologista pediátrico, cirurgião pediátrico e oftalmologista. Em relação à equipa de Enfermagem existem 23 enfermeiras, onde uma delas é a Enfermeira Chefe, sendo que apenas um dos elementos não têm a especialidade em ESIP. O método de trabalho utilizados pela equipa de enfermagem desta unidade, consiste no método individual, prestando cuidados aos recém-nascidos que se encontram internados, pois “(...) a prestação de cuidados de enfermagem individuais a um ou mais doentes, estando esta responsabilidade circunscrita ao trabalho de um período de tempo, que corresponde regra geral ao trabalho de um turno.” (Mendes, 2012: 141). No que se refere aos registos de enfermagem, são todos realizados em suporte de papel, e posteriormente são arquivados no processo clínico do recém-nascido.

Nas UCIN por vezes existem algumas experiências sensoriais para os recém-nascidos consideradas negativas, que podem ter implicações no seu desenvolvimento a nível cerebral,

especialmente em relação ao ambiente, tanto na exposição à luz como ao ruído a que são expostos, e ainda as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, que geralmente são dolorosas (Guimarães, 2015). Na UCIN onde se realizou o estágio, a equipa de enfermagem tem o intuito de possibilitar aos recém-nascidos, um ambiente acolhedor e calmo, sem que existam ruídos excessivos ou luzes demasiado intensas, sobre os mesmos. Como tal, durante a prestação de cuidados os enfermeiros, tem atenção ao descanso dos recém-nascidos. Todos os procedimentos de enfermagem, mesmo os invasivos e dolorosos, são planeados e realizados a cada 3 horas, no período de tempo entre cada intervenção, o recém-nascido permanece em repouso, sendo posicionados com recurso a um “ninho” e com uma contenção de pano, por forma a que pareça semelhante ao espaço uterino.

Durante a prestação de cuidados, desde que a situação clínica do recém-nascido assim o permita, é fundamental que os pais sejam estimulados a prestar os cuidados básicos aos recém-nascidos, tanto na higiene como na alimentação, sob supervisão e acompanhamento dos enfermeiros. Estabelecendo-se assim uma relação entre os pais e os profissionais de saúde, com base na parceria de cuidados, sendo vista como um componente essencial, que permite capacitar os pais ou famílias, na prestação de cuidados e no estabelecimento de um vínculo afetivo com os recém-nascidos (Gaíva & Scochi, 2005). Relativamente à monitorização dos recém-nascidos, esta UCIN encontra-se equipada com uma central de monitorização, que permite que os sinais vitais dos neonatos sejam captados, nomeadamente os que se encontram nas incubadoras da sala A e B. Posteriormente esses dados são enviados para o gabinete de enfermagem, desta forma os enfermeiros tem a possibilidade, de estar continuamente a manter a vigilância dos mesmos.

O modelo de prestação de cuidados NIDCAP® é o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido, que foi desenvolvido no início dos anos 80 e abrange não só os aspetos físicos do meio ambiente, como os procedimentos envolvidos na prestação de cuidados, e ainda os aspetos sociais (Santos, 2011). Desde o ano de 2015 que se iniciou este projeto, na UCIN onde se realizou o estágio, consistindo num modelo que tem por base uma forma holística de prestação de cuidados, que são centrados tanto no recém-nascido, como na sua família. São definidos como cuidados individualizados para o desenvolvimento, e tem como fio condutor as necessidades de cada recém-nascido, não existindo um protocolo que se possa seguir. Assim, o que é adequado para um recém-nascido, pode não o ser para outro, bem como o que funciona num determinado dia, pode não funcionar de igual forma para o mesmo recém-nascido, no dia seguinte. A sua função consiste em

diminuir as repercussões que as influências negativas, podem ter no cérebro ainda imaturo do recém-nascido, tal como promover os fatores que tem uma influência positiva, por forma a beneficiar o desenvolvimento do cérebro (Guimarães, 2015).

Os pais têm a possibilidade de estar junto aos recém-nascidos, no período das 09h00 às 00h00, estando disponíveis quartos junto da UCIN, para que estes possam permanecer durante a noite no Hospital, desde que a sua morada seja a mais de 30km de distância. No caso dos irmãos podem fazer uma visita por um curto período de tempo, caso não seja em simultâneo com a hora em que são prestados os cuidados, os avós podem também visitar os recém-nascidos, entre as 16h00 e as 17h00. O momento da alta sendo aquele que é o mais esperado pelos pais, pode ser um misto de emoções, estando disponível um guia de alta, onde se encontram algumas informações úteis (HESE E.P.E., 2020c). Permite que se reforce a confiança dos pais, aquando da prestação de cuidados ao recém-nascido no domicílio, sistematizando assim os conhecimentos que foram sendo transmitidos durante todo o internamento.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos: prestar cuidados diferenciados ao recém-nascido que se encontra internado na UCIN; promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, com vista à vinculação e adquirir conhecimentos e intervir nas doenças mais comuns para esta faixa etária. No estágio desenvolvido na UCIN prestaram-se cuidados diretamente aos recém-nascidos, em parceria com os pais ou familiares, nos variados contextos, desde os que se encontravam nos cuidados intensivos até à sala de pré-alta. No momento da prestação de cuidados ao recém-nascido, foram realizadas as mais variadas intervenções, desde a prestação de cuidados de higiene, alimentação com leite adaptado, posicionamento do bebé, sempre que possível e quando os pais estavam presentes em parceria com os mesmo.

Foi ainda possível aplicar as atividades integradas no Projeto de Intervenção, que foram previamente programadas para este local de estágio, mais especificamente correlacionadas com a temática da obesidade infantil. Foi elaborada em consonância com a opinião de enfermeira orientadora, um folheto referente ao aleitamento materno, que poderá ser entregue aos pais, com informação importante (Apêndice 3). Tendo em conta que a temática deste projeto se encontra direcionada para a alimentação saudável em idade escolar, não foi abordado o assunto diretamente durante este estágio. Assim, dirigimos a nossa atuação para a importância de adquirir hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros meses de vida. Como tal, sempre que possível, foram realizados ensinamentos aos pais acerca da importância que esta problemática poderá ter no futuro dos seus filhos, alertando para a realidade atual e as suas consequências. Todas as

atividades que se desenvolveram ao longo do estágio, foram discutidas e apresentadas à Enfermeira Chefe e às restantes Enfermeiras deste serviço, com ótima aceitação e implementação das mesmas.

2.1.2.2. Unidade de Urgência Pediátrica

O estágio intermédio realizou-se no período entre 14 de Outubro de 2019 e 8 de Novembro de 2019, numa UPP de um Centro Hospitalar, que é composto pela fusão de dois Hospitais, fazendo parte da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] e presta cuidados de saúde diferenciados. A sua área de influência direta compreende os concelhos de Palmela, Setúbal e desde Abril de 2013 inclui também o concelho de Sesimbra. Na área de influência indireta o referido hospital fornece apoio a algumas das valências de prestação de cuidados, nomeadamente nos concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Odemira e Sines. Este Centro Hospitalar rege-se pelos seguintes valores, a humanização e não discriminação; o respeito pela confidencialidade e pela dignidade individual; a promoção da saúde da comunidade; a promoção da excelência técnico-profissional; a ética profissional; a promoção da multidisciplinariedade e ainda o respeito pelo ambiente (Centro Hospitalar de Setúbal [CHS], 2013).

A sua missão consiste na promoção da saúde a todos as pessoas, tendo em conta as responsabilidades e capacidades dos hospitais que o constituem, para que desta forma se prestem cuidados de saúde especializados, com vista ao respeito pela dignidade. Consideram ainda fundamental que se promova e estimule o desenvolvimento profissional dos seus funcionários, com o intuito de alcançar a melhor qualidade possível, a eficiência e a eficácia organizativa (CHS, 2016).

Em 2018 na área metropolitana de Lisboa existiam um total de 2 846 332 habitantes, dos quais 452 344 dos habitantes, que corresponde a uma percentagem de 15,9 %, situavam-se na faixa etária entre os 0 e os 14 anos (INE, 2019). Na área de influência direta do hospital onde foi realizado este estágio, que corresponde a 3 municípios, no ano de 2018, existe um total de 231 531 habitantes, dos quais 36 161 habitantes se encontram entre a faixa etária dos 0 aos 14 anos, o que corresponde a 15,62 % da população. Na faixa etária dos 15 e os 64 anos, no mesmo ano, existiam 148 634 habitantes que corresponde a 64,20% da população e 46 736 habitantes, que corresponde a 20,19%, com mais de 65 anos. No ano de 2001, para a mesma área de

influência, o total de habitantes era de 207 741, dos quais 33 528 com uma percentagem de 16,14%, se situam na faixa etária dos 0 aos 14 anos. Já no caso da faixa etária dos 15 e os 64 anos existiam 142 875 habitantes, o que corresponde a 68,78% da população e ainda 31 338 habitantes, que corresponde a 15,09% com mais de 65 anos. Na área de influência indireta, que se considera o Litoral Alentejano, existia no ano de 2018, um total de 93 259 habitantes (PORDATA, 2020a). É possível concluir, que nas faixas etárias dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 64 anos, existe um aumento do número da população residente, no entanto a percentagem diminui em ambos os casos. No que se refere à população com mais de 65 anos, existiu um aumento tanto no número da população residente, como na percentagem, existindo uma diferença entre as percentagens referidas, de cerca de 5%, face ao ano de 2001.

Em relação à taxa bruta de natalidade no ano de 2018, em Portugal, na área metropolitana de Lisboa encontrava-se em 10,4 ‰ que corresponde a um total de 29 538 nascimentos de nados-vivos (INE, 2019). Sendo que na área de influência direta, do hospital onde se realizou o estágio, corresponde a 2 085 nascimentos de nados-vivos, no mesmo ano, dos quais do sexo 1 045 masculino e 1 040 do sexo feminino (PORDATA, 2020b).

A área da Pediatria deste hospital é composta pelo Serviço de Internamento de Pediatria, pela UUP, pela Consulta Externa de Pediatria e ainda pelo Serviço de Neonatologia. No caso específico da UUP, presta cuidados de saúde a crianças e adolescentes, entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de idade e localiza-se no piso 0 do Hospital. Com base os últimos dados do Relatório de Atividades e Contas, em 2013, do Centro Hospitalar em questão, foi possível perceber que nesse ano, o número de crianças e jovens atendidos na UUP corresponde a um total 40 914, cerca de 30,7% do total de pessoas que recorrem às urgências neste hospital, o que equivale a cerca de 112 atendimentos, em média por cada dia (CHS, 2013).

Relativamente ao espaço físico deste serviço é constituído por uma sala de espera, uma sala de triagem, uma sala de emergência, uma sala de aerossóis, três gabinetes médicos de observação, sala de tratamento, uma Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD], uma área de sub-espera, uma sala de pequena cirurgia, uma copa, um gabinete médico, um gabinete do enfermeiro chefe, um gabinete de enfermagem e áreas de apoio funcional. Na UICD existe capacidade total para 5 crianças, entre camas e berços, sendo que uma destas vagas se encontra num quarto de isolamento, toda a unidade se encontra equipada com monitores para monitorização cardiorrespiratória. Na área de sub-espera encontram-se quatro macas disponíveis, destinadas a situações que impliquem, maior vigilância e que necessitem de

supervisão. Este serviço está adequado para receber crianças e jovens, proporcionado um ambiente acolhedor, tendo disponíveis brinquedos, jogos e material de pintura, que permite tornar o serviço mais humanizado, permitindo uma experiência menos assustadora e o mais agradável possível. As unidades de saúde que prestam cuidados às crianças” (...) surgiram como pioneiras na implementação do conceito de humanização no tratamento e conceção dos espaços.” (Bergan *et al.*, 2004: 11)

Em termos de recurso humanos esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar, onde existem enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social e funcionários administrativos. No que se refere à equipa de Enfermagem é constituída por 25 elementos, incluindo o Enfermeiro Chefe e uma Enfermeira Responsável com funções de gestão, os restantes prestam cuidados diretos às crianças e jovens. De todos os elementos da equipa existem 6 que tem a Especialidade em ESIP, 1 elemento com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda outro elemento com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Nesta UUP onde se realizou o estágio, a prestação de cuidados de enfermagem consiste no método de equipa, em que “(...) o corpo de enfermagem possui autonomia e participação nas decisões e com isso aumenta a satisfação profissional e humaniza a assistência.” (Silva, Cantarelli, Fonseca, Resende & Guandalin, 2007: 115). A prestação de cuidados com base neste método, implica que exista um enfermeiro chefe de equipa por cada turno, ou seja, todos os enfermeiros têm o direito de ter auxílio aquando da realização do seu trabalho, sempre com a liderança de um enfermeiro responsável pela equipa. Ao líder da equipa cabe a responsabilidade pelo planeamento e distribuição dos cuidados, coordenado todos os enfermeiros que prestam cuidados, permitindo às pessoas receber o melhor atendimento (Costa, 2004). Desta forma, em cada turno existem entre três a cinco elementos escalados, dependendo do turno, sendo que cada um é distribuído por um posto de trabalho, enquanto o chefe de equipa não tem nenhum posto atribuído, coordena a equipa e presta cuidados sempre que o serviço o exige.

Em relação à triagem das crianças e jovens, aquando da sua chegada à UUP utiliza-se um modelo próprio, que não o sistema de Triagem de Manchester, embora seja realizada no programa informático Alert ®. Este sistema baseia-se num protocolo próprio e interno, em que é feita uma avaliação da criança ou jovem, sendo atribuída posteriormente uma pulseira de acordo com a prioridade, que pode ser emergente, urgente ou pouco urgente. Após a atribuição da prioridade as crianças ou jovens são encaminhadas, para a sala de espera ou sub-espera de

acordo com a gravidade da situação, ou então, para áreas de especialidade específicas, como é o caso da Cirurgia, Oftalmologia ou Ortopedia. Somente a especialidade de Cirurgia é que observa as crianças ou jovens na UPP, numa sala própria para o efeito. Para avaliação pelas restantes especialidades médicas, estas têm de se deslocar para outros espaços físicos no Hospital. Existem protocolos neste serviço, que permitem a atuação dos enfermeiros, nomeadamente para a administração de terapêutica analgésica ou antipirética, tendo em conta a situação, no momento da triagem. Os registos de enfermagem, desde a realização da triagem até às crianças e jovens que se encontram internadas na UICD neste serviço, são elaborados com base no sistema informático Alert ®, sendo ainda registados os sinais vitais e os exames complementares de diagnóstico, que sejam requeridos por outros profissionais de saúde.

Os objetivos deste estágio consistiram em identificar as doenças comuns e situações de risco que afetem a qualidade de vida da criança ou jovem; adquirir conhecimento no processo de triagem; compreender gestão dos cuidados de enfermagem, com base na atuação da enfermeira especialista orientadora do estágio, colaborando nas tarefas e também desenvolver estratégias para a aquisição de estilos de vida saudáveis. Neste estágio foram prestados cuidados de forma direta às crianças e jovens, que recorreram à UPP, nos vários contextos de urgência, passando pela sala de triagem, sala de diretos até à UICD, com base na parceria de cuidados com os pais/família. Foi possível elaborar e aplicar as atividades, relativas ao projeto desenvolvido na área da obesidade infantil, sendo realizada uma sessão de EpS para a equipa de Enfermagem, no sentido de alerta e reforçar sobre a importância da temática referida, durante o período em que se realizou o estágio. Assim, os profissionais estão mais capacitados para esclarecer os pais ou familiares, aquando da visualização de um vídeo que foi elaborado e que foi transmitido na sala de espera com a mesma informação, para assim a informação chegar aos pais ou familiares e às crianças (Apêndice 4).

Elaborou-se também um folheto informativo, acerca da temática (Apêndice 5) que contém conselhos úteis, que visam a promoção da saúde das crianças e que relata a realidade sobre a obesidade infantil em Portugal. Este foi entregue aos pais e crianças, sempre que se considerou adequado e pertinente, mas também com o propósito de continuar a ser fornecido pelos enfermeiros deste serviço. Estas atividades desenvolvidas foram discutidas e apresentadas ao Enfermeiro Chefe e aos restantes Enfermeiros, em articulação com a Enfermeira Orientadora, com implementação das mesmas no serviço.

2.1.2.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O último estágio realizado durante este percurso, decorreu no período entre 11 de Novembro de 2019 e 17 de Janeiro de 2020, sendo o mais longo, com duração de 8 semanas, em contexto de CSP numa UCSP, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] Alentejo Central, integrado na Administração Regional de Saúde do Alentejo. Considera-se que os CSP são a base do sistema de saúde, uma vez que são “(...) o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença.” (MS, 2008: 1182). Os ACES foram criados no ano de 2008, pelo Decreto Lei nº 28/2008, que define que estes são considerados serviços de saúde que tem uma autonomia a nível administrativo, sendo compostos por unidades funcionais, que agregam vários centros de saúde. As várias unidades funcionais são classificadas com as seguintes terminologias: Unidade de saúde familiar [USF], Unidade de cuidados de saúde personalizados [UCSP], Unidade de cuidados na comunidade [UCC], Unidade de saúde pública [USP] e Unidade de recursos assistenciais partilhados [URAP]. A UCSP define-se como uma unidade com estrutura semelhante a uma USF, com o intuito de prestar cuidados de forma personalizada à população da sua área de influência, assegurando a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados (MS, 2008).

O ACES Alentejo Central, que se está sob a direção da ARS Alentejo, com autonomia administrativa, é constituído por várias unidades funcionais, sendo que a área de atuação se estende aos vários concelhos do Distrito de Évora, numa extensão total de 7393 km². A missão passa por assegurar os cuidados de saúde primários, à comunidade de uma área geográfica delimitada, desenvolvendo intervenções que visam a promoção da saúde e prevenção da doença, articulando-se com outros serviços, por forma a permitir a continuidade dos cuidados que devem ser prestados (ARSA, 2017).

A UCSP onde se realizou este estágio, pertence ao ACES Alentejo Central e faz parte de um dos concelhos do distrito de Évora, composto por 2 freguesias e com uma população total de 6 387 habitantes no ano de 2018. Na faixa etária dos 0 aos 14 anos existem 774 habitantes, o que corresponde a 12,12%, entre os 15 e os 64 anos eram 3 995 habitantes, que corresponde a 62,55% da população. Com idade superior a 65 anos existiam 1 618 habitantes, que equivale a 25,33 %, da população nesta região. Em 2001, para a mesma região, o total de habitantes era de 7 294, dos quais 1 000 habitantes se encontram entre a faixa etária dos 0 aos 14 anos, com uma percentagem de 13,71%. No mesmo ano, para a faixa etária dos 15 e os 64 anos, existiam

4 466 habitantes que corresponde a 61,23% da população e 1 828 habitantes, que corresponde a 25,06%, com mais de 65 anos (PORDATA, 2020a). Verificando-se na região referida, uma diminuição no número de habitantes até à faixa etária dos 64 anos de idade, no entanto existe um aumento do número de habitantes, na população com mais de 65 anos.

Em relação ao espaço físico esta UCSP é composta por uma sala de espera com um espaço dedicado às crianças, uma sala de tratamentos, gabinetes médicos, uma sala de vacinação e de consulta de saúde infantil, um gabinete de consulta de saúde materna e planeamento familiar, um gabinete de consulta da diabetes e pé diabético, uma sala de reunião e um gabinete administrativo. Faz ainda parte do centro de saúde outra unidade funcional, especificamente uma UCC, partilhando o mesmo edifício, com um espaço de trabalho próprio. Nesta UCSP são prestados cuidados a toda a comunidade quer na sua sede, como nas diversas extensões dispersas pelo concelho, onde se deslocam os médicos e enfermeiros desta unidade de saúde, com um horário de acordo com as disponibilidades dos profissionais de saúde. Durante este estágio apenas foram prestados cuidados, na sede desta unidade, às crianças e jovens. O horário de funcionamento da sede corresponde ao período, das 09h00 às 21h00 de segunda a sexta-feira, nos fins-de-semana e nos feriados.

As unidades funcionais de saúde são compostas por uma equipa multiprofissional, que tem autonomia organizativa e técnica, existindo uma interligação com as restantes unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (MS, 2008). No caso desta UCSP a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e funcionários administrativos. Entre as equipas da UCSP e da UCC, que partilham o mesmo edifício, existe uma articulação sempre que se justifique, na prestação de cuidados à comunidade. A equipa de enfermagem da UCSP é composta por 4 elementos, incluindo um enfermeiro com funções de coordenação e gestão, sendo que todos prestam cuidados diretos à população. Existem 2 enfermeiros que tem a Especialidade em Enfermagem Comunitária, 1 enfermeiro com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica e ainda outro enfermeiro que não tem Especialidade. De acordo com os dados do Relatório Anual do ano de 2018, referentes ao Acesso a Cuidados de Saúde, existiam neste concelho um total de 6 595 utentes inscritos nesta unidade de saúde (MS, 2018).

O método de trabalho utilizado na UCSP baseia-se no trabalho realizado pela equipa multidisciplinar, que é composta por médico e enfermeiro, utilizando-se assim a metodologia de Enfermeiro de Família, tendo este conceito vindo a desenvolver-se nos sistemas de saúde de

alguns países europeus. Desta forma, valoriza-se a importância dos enfermeiros, em relação à promoção da saúde e prevenção da doença, possibilitando que estes trabalhem em parceria com outros profissionais de saúde, cuidando “(...) da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família.” (MS, 2014: 4070). Cabe ao Enfermeiro de Família a prestação de cuidados de Enfermagem a um certo número de pessoas e às suas famílias, no decurso do ciclo de vida e do ciclo familiar, sendo fundamental a sua presença tanto nas USF como nas UCSP, tendo em conta as necessidades em saúde que existem atualmente, nos vários contextos de prestação de cuidados. Nos dias de hoje, existe um aumento das exigências relativas à qualidade dos cuidados, melhorando-se assim o acesso da população aos cuidados (MS, 2018).

Em relação à taxa bruta de natalidade do concelho onde foi realizado o estágio, no ano de 2018 corresponde a 6,5 ‰ com 42 nascimentos de nados-vivos, dos quais 20 do sexo masculino e 22 do sexo feminino (PORDATA, 2020b). É possível concluir, que o valor da taxa bruta de natalidade neste concelho é inferior à taxa de natalidade bruta na região do Alentejo. Nesta unidade de saúde são prestados cuidados a toda a comunidade do concelho, ou seja, às várias faixas etárias, no entanto tendo em conta os objetivos propostos, para a especialidade em ESIP, apenas se prestaram cuidados às crianças e jovens, bem como à sua família. Com base nos dados referentes ao ano de 2012, foram realizadas nesta UCSP um total de 1 620 consultas na área de saúde infantil (PORDATA, 2020c). Tal como referido, existe nesta unidade um gabinete específico que se destina à saúde infantil, onde se realizam as consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, com um ambiente acolhedor e apropriado a todas as idades, com ilustrações nas paredes e com brinquedos, humanizando desta forma o espaço. A sala de espera tem um espaço destinado às crianças, encontrando-se adequado às necessidades da população-alvo, facilitando e tornado menos assustador o tempo de permanência. Existem horários estipulados para estas consultas, nomeadamente às quartas-feiras de manhã e quintas-feiras e sextas-feiras à tarde, de acordo com o médico de família de cada criança ou jovem. Do mesmo modo, também a vacinação tem dias e horas estipuladas, sendo realizada às segundas-feiras no período da tarde e às quintas-feiras no período da manhã.

As consultas de Saúde Infantil e Juvenil nesta UCSP, têm em consideração as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], tendo-se verificado que a população tem alcançado ganhos em saúde, ao longo destes anos, essencialmente nas duas primeiras décadas de vida. Nos dias de hoje, as instituições de saúde têm demonstrado uma maior preocupação com a vigilância de saúde das crianças e jovens, para promover o seu crescimento

e desenvolvimento saudáveis. Nestas consultas são realizadas inúmeras intervenções, que se materializam num conjunto de objetivos, possibilitando uma melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente avaliar o crescimento e desenvolvimento, registando os dados recolhidos; encorajar os comportamentos promotores de saúde e ainda identificar o mais precocemente possível, situações que comprometam a qualidade de vida da criança e jovens, assegurando assim uma vigilância apropriada da saúde. Existem idades estipuladas para a realização de consultas, não sendo estas rígidas, uma vez que a criança ou jovem se desloque a uma consulta por outra razão, noutra idade que não a idade-chave, deve ser realizado o exame indicado para essa idade (DGS, 2013).

Relativamente aos cuidados antecipatórios devem ser entendidos como um “(...) fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.” (DGS, 2013:7). Nesta UCSP no momento da consulta, entre outros aspetos, avaliam-se os dados antropométricos, a vacinação e o desenvolvimento motor e comportamental, com base na idade e estágio de desenvolvimento, de modo a detetar variações e intervindo ou encaminhado, para outros profissionais de saúde. Bem como a avaliação dos cuidados antecipatórios, para cada faixa etária, capacitando os pais ou família e crianças, para a adoção de comportamentos saudáveis.

No que respeita ao Programa Nacional de Vacinação [PNV] define-se como um programa universal, gratuito e acessível, para toda a população de Portugal, que foi criado no ano de 1965, com o intuito de proteger as populações das doenças, que pudessem ser consideradas um perigo para a saúde pública e individual, sempre que exista uma proteção adequada com a vacinação. Relativamente às metas que devem ser alcançadas para o sucesso deste programa, considera-se essencial que a cobertura atinja os 85% para a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano [HPV] e os 95% para as restantes vacinas (DGS, 2018c). Durante as consultas verificou-se o estado vacinal da criança ou jovem, sendo que caso este não estivesse regularizado, atualizou-se de acordo com o PNV que se encontra em vigor. Nos dias estipulados para a vacinação, prestaram-se também cuidados a inúmeras crianças e jovens, em diversas faixas etárias, no que respeita à administração de vacinas e todos os procedimentos envolventes.

Durante as consultas de Saúde Infantil e Juvenil é fundamental avaliar, entre outros aspetos, os hábitos alimentares das crianças e jovens, sendo que este parâmetro foi sempre questionado, tendo em conta a sua pertinência na temática escolhida para o desenvolvimento do projeto de

intervenção. O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS] tem como finalidade, contribuir para a aquisição de um padrão alimentar saudável por parte da população, promovendo uma alimentação saudável (DGS, 2019a). Em relação aos registos de enfermagem que são realizados tanto nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, como durante a vacinação e em todos os procedimentos efetuados, recorreu-se ao sistema informático Sclínico®, que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], utilizando uma linguagem comum na prestação de cuidados. No que se refere às vacinas, para além de serem registados no Sclínico®, existe um sistema informático exclusivo o Eboletim e ainda no boletim de vacinas, em suporte de papel. O Sclínico® que é utilizado nos CSP, é um sistema que “(..) prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.” (MS, 2018: 158).

Durante este período foi ainda possível realizar um estágio de observação, no Serviço de Consulta Externa de Pediatria de um Hospital na região do Alentejo Central, num total de dois dias, nomeadamente na Consulta de Desenvolvimento Infantil. Este serviço tem como valores, o respeito pelos utentes/família e pela competência técnica e ética dos profissionais de saúde, estando o espaço sinalizado com cores diferentes para cada zona. A Consulta Externa de Pediatria pertence à zona azul, apresentando um balcão de atendimento e espaço próprios, existindo várias tipologias de consulta, desde a consulta de Pediatria Médica, consulta de Pediatria Familiar, consulta de Neonatologia, consulta de Nefrologia, consulta de Desenvolvimento, entre outras. Funciona desde o ano de 1997, num dos edifícios do referido hospital, que em termos de espaço físico possui sete gabinetes de consulta, uma sala de espera, uma sala de tratamentos, um gabinete de enfermagem, uma sala de atividades lúdicas e um balcão de atendimento (HESE E.P.E., 2020b). Também este se encontra ilustrado com pinturas nas paredes, possibilitando assim um ambiente mais adequado e agradável, para as crianças e jovens, que frequentam as consultas neste hospital.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistentes técnicos e assistentes operacionais. A equipa de Enfermagem é composta por dois elementos, onde um Enfermeiro é especialista em ESIP e o outro elemento não tem especialidade. Caso se justifique esta equipa dispõe de assistente social, que intervém como elo de ligação entre os profissionais de saúde, os pais e a comunidade, bem como o apoio de Hospitais Centrais em algumas das especialidades. Independentemente da consulta todas as crianças e jovens, que recorrem são referenciados por outro profissional de saúde, como é o caso médico de família

ou assistente, do Serviço de Internamento de Pediatria, da Cirurgia pediátrica, da UCIN, do Serviço de Urgência ou da UICD (HESE E.P.E., 2020b). Especificamente no que diz respeito à consulta de Desenvolvimento Infantil, efetua-se um seguimento de crianças e jovens, que apresentam alterações referentes ao desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial. Sendo esta consulta realizada por uma médica da área pediátrica, com a colaboração de uma enfermeira que tem como função a avaliação dos parâmetros vitais, bem como o registo dos dados antropométricos das crianças, cooperando com a médica durante a consulta sempre que a sua presença se justifique. Geralmente durante a consulta é elaborada uma avaliação da criança ou jovem, com recusa a escalas próprias, como é o caso da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, a Escala de Avaliação da Competências no Desenvolvimento Infantil (*Schedule of Growing Skills II*) entre os 0 aos 5 anos e ainda a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths.

Neste último estágio os objetivos específicos consistiram em promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; desenvolver conhecimentos na prestação de cuidados de Enfermagem durante as Consultas de Saúde Infantil; adquirir competências na área da vacinação e do PNV e também desenvolver estratégias para a aquisição de estilos de vida saudáveis. Foram prestados cuidados às crianças e jovens, que recorreram à UCSP, tanto no contexto das consultas de Saúde Infantil e Juvenil, bem como na vacinação. Houve também a possibilidade de elaborar e implementar todas as atividades integradas no projeto, sobre a temática da obesidade infantil na idade escolar. Pelo que, foi elaborada uma sessão de EpS intitulada ‘Obesidade Infantil: educação alimentar das crianças em idade escolar – 6 a 10 anos’, apresentada durante o período em que se realizou o estágio, aos pais ou familiares e às crianças desta faixa etária (Apêndice 6). Esta sessão tem o intuito de capacitar, tanto os pais como as crianças, para aquisição de hábitos de vida saudáveis, não apenas no que se refere à alimentação, mas também a hábitos de atividade física adequados, abordando ainda a influência da publicidade/marketing no estilo de vida.

Elaborou-se um folheto informativo (Apêndice 7) sobre a temática do projeto, com informação útil, para a promoção da saúde das crianças, que foi entregue pelos enfermeiros, aos pais e crianças sempre que considerou adequado. Realizou-se ainda um Poster (Apêndice 8) denominado ‘Obesidade Infantil: A realidade em Portugal’, de modo a sensibilizar as crianças, os pais ou família, com informação sobre esta problemática, que se encontra exposto na sala de espera, enquanto aguardam o atendimento. Em conformidade com a opinião da Enfermeira

Orientadora, considerámos ser uma necessidade do serviço, não existindo nada exposto acerca da temática, o que possibilita que a informação se encontre mais facilmente acessível à população-alvo, aproveitando o tempo de espera como uma oportunidade, para sensibilizar sobre esta realidade. As atividades desenvolvidas foram previamente discutidas e apresentadas à Enfermeira Orientadora e aos restantes Enfermeiros, que concordaram com a sua pertinência e a sua aplicabilidade, ficando todas disponíveis e acessíveis para utilização.

2.1.3. Análise Reflexiva das Aprendizagens Clínicas

Todo este percurso foi extremamente estimulante e enriquecedor, possibilitando o desenvolvimento e consolidação de conhecimento tanto a nível teórico como prático, enquanto futura especialista em ESIP, nos diferentes contextos onde se desenvolveram os estágios. Tal como referido anteriormente, os estágios decorreram em vários contextos da prática clínica, desde os cuidados hospitalares aos CSP, o que permitiu prestar cuidados de enfermagem, não só a diversas faixas etárias na área pediátrica, como contactar com diferentes realidades de necessidades de cuidados específicos em saúde. Cada situação deve ser encarada consoante a sua especificidade, pelo que neste período foi possível estar em contacto direto, com recém-nascidos com necessidade de cuidados diferenciados, mas também com crianças e jovens em circunstâncias de doença aguda ou crónica.

No que diz respeito aos cuidados em contexto pediátrico os pais ou famílias, são considerados elementos fundamentais na atuação dos profissionais de saúde, pelo que se teve sempre como foco a parceria entre ambos, adequando-se às particularidades quer individuais, quer culturais dos mesmos. A implementação deste projeto ao longo de todos os estágios, possibilitou desenvolver as competências técnicas e científicas do EEESIP, em contexto de prestação de cuidados à criança ou jovem e família. O crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil têm vindo a ser ao longo do tempo, alvo de maior atenção por parte dos profissionais de saúde. A criança é considerada um organismo em desenvolvimento, onde o crescimento ocorre através de comportamentos e reações que decorrem da interação entre fatores biológicos, anatómicos, psicológicos e sociais (OE, 2010).

Foi possível desenvolver competências no que concerne à humanização dos cuidados, uma vez que em todos os estágios esteve implícita esta preocupação, de modo a tornar o ambiente de prestação de cuidados menos assustador e mais apelativo, para as crianças ou jovens e

famílias, reduzindo assim o impacto negativo, destes ambientes. Durante os estágios foram implementadas inúmeras atividades, referenciadas anteriormente, que se encontravam relacionadas com o projeto que se desenvolveu no âmbito do referido Mestrado, que contribuíram para dinamizar e consolidar as competências comuns Enfermeiro Especialista e do EEESIP. Todas as atividades referidas permitiram que os pais ou famílias e crianças, se tornassem mais conscientes sobre a realidade referente à obesidade infantil, pois alertámos os mesmos para as complicações que daí podem surgir, para que assim os pais ou familiares possam contribuir para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, por parte das crianças. Neste caminho a pesquisa de evidência científica foi um pilar fundamental, pois cada vez mais os enfermeiros são estimulados e incentivados a procurar conhecimento científico, para prestarem cuidados de qualidade às populações. A tomada de decisão por parte destes profissionais baseia-se sempre no conhecimento teórico e científico, que estes possuem, como tal, em ambos os estágios foram elaborados documentos com este carácter.

No Estágio I foi desenvolvido um estudo de caso com base na informação recolhida, junto de uma criança internada no serviço e da respetiva família, durante esse período. O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados em enfermagem, definindo-se como a exploração de um caso obtido com base na colheita de dados detalhada, que pode envolver múltiplas fontes de informação (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Como tal, o estudo de caso permite fundamentar as ações de enfermagem, de modo a assistir o indivíduo de uma forma individual e personalizada. Possibilita que se estude uma situação real, a partir da qual se pode discutir a causa específica do problema, a sua prevenção e as possíveis soluções (Freitas & Carmona, 2011). No Estágio Final elaborou-se uma *Scoping Review* (Apêndice 9) que é uma revisão da literatura, que possibilita que o investigador identifique as lacunas que existem sobre determinado assunto, permitindo que todos os resultados encontrados sobre o tema sejam incluídos na mesma (Ribeiro, 2014).

Em suma, os estágios que foram desenvolvidos possibilitaram o contacto com vários profissionais nos diferentes contextos, com características de trabalho próprias, que contribuíram para a aquisição e consolidação dos conhecimentos e desenvolvimento das competências, que serão abordadas num capítulo seguinte. Considero que estes estágios foram essenciais, não só para reforçar e complementar os meus conhecimentos, refletindo-se na forma como atualmente exerço profissão de Enfermagem, mas também permitindo que atuar com base nas competências de Enfermeira Especialista, na área da ESIP.

2.2. Conceptualização da Metodologia de Projeto

O Projeto de Intervenção tem como temática a ‘Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar’, que se iniciou durante o Estágio I prolongando-se até ao Estágio Final, culminado na realização deste Relatório Final. O referido projeto de intervenção seguiu a Metodologia de Projeto de Trabalho que é definida como uma metodologia associada à investigação, e que assenta na resolução de problemas reais que sejam identificados, tendo por base uma tentativa de intervenção. Esta metodologia implica que exista uma relação entre a teoria e a prática, pois “o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo *et al.*, 2010: 3).

Segundo Ruivo *et al.* (2010) a metodologia de projeto implica que se desenvolva trabalho em grupo, envolvendo todos os investigadores, bem como a população que é abrangida pelo projeto. Existem características que são essenciais nesta metodologia como é o caso de ser uma atividade intencional, que implica a definição de um objetivo por todos os intervenientes, relacionado a um produto final que responde a esse objetivo, e que permite refletir sobre o que foi desenvolvido ao longo do trabalho. Prevê também a iniciativa e autonomia por parte dos intervenientes, a autenticidade pois o projeto deve ter em vista um problema genuíno e com originalidade, envolve complexidade e incerteza na medida em que “(...) são as tarefas complexas e problemáticas que precisam de ser projectadas” e ainda “tem um carácter prolongado e faseado (...)” (Ruivo *et al.*, 2010: 5).

A metodologia de projeto é composta por cinco fases distintas, que se inicia com o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos do projeto, e posteriormente a planificação, a execução das atividades que foram planeadas, e por fim a avaliação e divulgação dos resultados. Como tal, “O trabalho de projecto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de acções práticas.” (Ruivo *et al.*, 2010:5).

Nos subcapítulos que se seguem, efetua-se de uma forma detalhada e minuciosa a descrição e análise de cada uma das etapas do referido projeto de intervenção, com o intuito de perceber como este foi decorrendo, durante todo o percurso, culminando na obtenção dos resultados, e posterior divulgação.

2.3. Diagnóstico de situação

A metodologia de projeto tem como primeira etapa o diagnóstico de situação, que consiste na formulação de um mapa cognitivo acerca da situação ou problema que é identificado, isto é, executar um modelo descritivo acerca da realidade, na qual se tem o objetivo de intervir e causar mudança. É fundamental que o diagnóstico da situação seja elaborado num espaço de tempo curto, de modo a permitir uma intervenção em tempo útil, bem como um processo dinâmico e contínuo, na medida em que “(...) não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade(...) não descurando as dificuldades e complicações inerentes.” (Ruivo *et al.*, 2010:10).

O diagnóstico centra-se em dois conceitos básicos, o de problema e o de necessidade, sendo o problema definido como o estado de saúde, considerado deficiente e a necessidade é vista como a diferença que existe entre o estado atual e aquele que se deseja alcançar. Como tal, nesta etapa deve iniciar-se com a identificação do problema, passando-se seguidamente para a determinação das necessidades “(...) na qual é importante identificar os precursores dos problemas e as consequências dos mesmos.” (Ruivo *et al.*, 2010:11). Em suma, de acordo com os mesmos autores, a definição do problema consiste na fase inicial da concretização de uma investigação, ou então da elaboração de um projeto, com base nas necessidades encontradas.

Na elaboração deste projeto a temática abordada consiste na obesidade infantil em idade escolar, especificamente entre os 6 e os 10 anos, tendo sido delineada a situação-problema com recurso ao método dedutivo. O ponto de partida são as teorias, com início no geral e abstrato e passando-se depois para os fenómenos específicos (Ruivo *et al.*, 2010). Numa fase inicial realizou-se uma pesquisa bibliográfica, com base na literatura existente sobre a temática da obesidade infantil, de modo a perceber quais as lacunas existentes. Apesar de ser uma área já explorada, através da pesquisa realizada percebeu-se que existe uma janela de oportunidade, tendo em conta os dados que foram encontrados em vários documentos. Verificou-se que a obesidade infantil se constitui como um motivo de preocupação, por parte de várias entidades a nível nacional e a internacional. Em todos os locais de estágio, numa fase inicial realizou-se um *Brainstorming*, com a intenção de conhecer as necessidades existentes, referentes a esta temática, com base na opinião das várias equipas, principalmente dos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores, por forma a dar respostas e colmatar as lacunas, que foram identificadas na população-alvo.

Como tal, esta problemática conduziu todas as intervenções realizadas ao longo dos quatro locais de estágio, com o intuito de se sensibilizar tanto as crianças, como os pais ou famílias para esta realidade, atuando-se assim na sua prevenção e aquisição de estilos de vida saudáveis, nos diferentes contextos. A delimitação da faixa etária para a elaboração deste projeto à idade pediátrica, deve-se ao facto de ser entre os 6 e os 10 anos que existe uma maior fragilidade para o desenvolvimento de obesidade infantil. Esta faixa etária é fundamental, pois precede a puberdade e permite que se consiga prever a obesidade na idade adulta, considerando-se que a elaboração de estratégias contribui para a prevenção e diminuição da incidência desta doença, nestas idades é extrema importância. De acordo com Rito *et al.* (2017:3) “O caráter epidémico da obesidade tem o potencial de impedir o desenvolvimento da saúde de uma criança, em toda a sua plenitude.” Deste modo, tendo em conta o que foi referido anteriormente e contextualizado no capítulo do enquadramento teórico, a obesidade infantil é uma realidade cada vez mais presente na sociedade atual, sendo definida como a epidemia do século XXI, atualmente é a doença pediátrica com maior prevalência pediátrica a nível mundial (OMS, 2016).

Considera-se que o problema identificado para a elaboração deste projeto é extremamente pertinente, pois os dados referentes à obesidade infantil são hoje em dia uma realidade cada vez mais preocupante, em Portugal. Com base no que foi anteriormente referido e abordado no enquadramento teórico, este constitui-se como um problema real, pelo que se define como problema: ‘As elevadas taxas de obesidade Infantil na idade escolar em Portugal, a importância do enfermeiro na sua prevenção’. Um marco extremamente importante durante este projeto, foram os diversos pedidos de autorização para a realização deste projeto de intervenção, em todas as instituições onde se desenvolveram os estágios. Nomeadamente a solicitação aos Conselho de Administração e às respetivas Comissões de Ética, de acordo com os modelos que foram solicitados por cada entidade, sendo posteriormente enviadas as respetivas autorizações para implementação. Procedeu-se de igual forma, à solicitação (Anexo 1) para aprovação do referido projeto de intervenção pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], com posterior parecer positivo, tendo sido cumpridas todos os aspetos éticos e legais.

2.3.1. Instrumentos de Diagnóstico

De modo a elaborar o diagnóstico da situação é fundamental que se utilizem instrumentos de diagnóstico, que permitam a “(...) identificação e validação dos problemas, aos quais

pretendemos dar resposta (...)", sendo que a escolha do método que se utiliza depende de vários fatores como é o caso dos objetivos, o tempo disponível, do contexto e os participantes (Ruivo *et al.*, 2010:13). Neste projeto de intervenção decidiu-se utilizar um instrumento, que permitiu realizar a colheita de dados necessária à elaboração do mesmo, ou seja, um questionário à população-alvo, de dois dos locais onde se realizaram os estágios (Apêndice 10), nomeadamente no Serviço de Internamento de Pediatria e na UCSP.

2.3.1.1. Caracterização e análise da população-alvo

Tal como foi referido o instrumento utilizado, para a identificação e validação da problemática em questão, foi o questionário que permite uma objetividade nos dados e tratamento numérico da informação, que permita analisar e tratar estatisticamente os resultados obtidos (Ruivo *et al.*, 2010). O questionário considera-se um instrumento de colheita de dados, sendo o método que os investigadores mais utilizam e "(...) exige da parte do investigador uma definição clara do objetivo do estudo, um bom conhecimento do estado da investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher." (Fortin, 2009:380). Considera-se este um estudo descritivo, uma vez que tem a intenção de perceber a realidade da população-alvo, relativamente á temática abordada. O estudo descritivo tem a finalidade de "(...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação." (Fortin, 2009: 221). Assim, consiste na descrição de um conceito, relativo a uma determinada população, identificando as características da mesma com recurso a um inquérito, ou seja, o facto de se descrever a "(...) incidência de um fenómeno corresponde ao inquérito de investigação, que é um estudo descritivo (...)", recolhendo-se a informação necessário junto da população (Fortin, 2009: 221). Nos estudos descritivos os métodos de colheita e tratamento dos dados podem ser feitos de forma qualitativa ou quantitativa, pelo que neste utiliza-se uma metodologia quantitativa (Fortin, 2009).

Tendo em conta o problema que foi identificado, ou seja, as elevadas taxas de Obesidade Infantil, considerou-se fundamental elaborar e aplicar um questionário como forma de diagnosticar a situação em dois dos serviços onde foi realizado estágio, englobando a população-alvo dessas localidades, nas faixas etárias previamente definidas. Como tal, o questionário foi aplicado aos pais ou familiares e sempre que possível às crianças, com idades entre os 6 e os 10 anos, em dois dos locais onde se realizaram os estágios. No caso das crianças,

dependendo da sua faixa etária, não terem capacidade de preencher de forma autónoma os questionários, foi solicitada a colaboração dos pais ou familiares, uma vez que se devem integrar sempre na prestação de cuidados à criança. É necessário que se defina o conceito, de população-alvo que “(...) é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente (...)” (Fortin, 2009: 311).

Antes de aplicar os questionários à população-alvo, foi exposto o projeto aos enfermeiros chefes e enfermeiros orientadores de cada serviço, validando a pertinência da temática. Os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas, sendo que a questão fechada “(...) é uma questão cuja resposta deve ser escolhida numa lista pré-estabelecida.” (Fortin 2009: 382). Os questionários que foram elaborados, são constituídos por perguntas fechadas, sendo divididos em duas partes: a primeira onde serão abordados os dados antropométricos relativos à criança em idade escolar e a segunda parte que incide especificamente sobre a problemática, por forma a compreender os hábitos de vida da criança, no que se refere à adoção de estilos de vida saudáveis. Segundo Chaer, Diniz & Ribeiro (2011) as perguntas fechadas implicam que existam alternativas próprias, para que o participante escolha uma delas, podendo considerar-se como limitação, o facto de existir uma restrição das possibilidades de respostas, por parte dos participantes.

O questionário foi elaborado pela investigadora principal com a colaboração das respetivas orientadoras, tendo por base a bibliografia existente e tendo em conta a informação, que se considerou relevante recolher acerca do tema do projeto. Foi realizado um pré-teste a este questionário, no primeiro local onde foi aplicado, no Serviço de Internamento de Pediatria, sendo distribuído a três dos pais ou familiares e crianças em idade escolar, que se encontravam internados nesse período no serviço, de modo a verificar se as questões eram compreensíveis e não causavam dúvidas durante o seu preenchimento. Deste modo, os questionários que foram utilizados como pré-teste, incluíram-se no respetivo estudo. O pré-teste consiste na prova que permite verificar a eficácia e o valor do mesmo, tendo por base uma amostra reduzida da população-alvo (Fortin, 2009). O tempo estimado de preenchimento do referido questionário é de 10 a 15 minutos, especificamente durante o período em que se encontrem internados, num momento oportuno tanto para os pais ou familiares como para as crianças que no caso do Serviço de Internamento de Pediatria. Já na UCSP estes são preenchidos durante as consultas de saúde infantil ou nos períodos de vacinação das crianças em idade escolar, pelo que não comporta nenhum custo monetário, nem prolonga o tempo de permanência na referida unidade de saúde, aproveitando-se o período de espera da após a administração de vacinas preconizado

pela DGS ou espera pela consulta médica. Em ambos os casos, estes foram realizados em sala própria onde apenas permanecem os pais ou familiares, as crianças e a investigadora principal, sendo a recolha dos mesmos feita de imediato e colocados em pasta própria devidamente selados e devidamente acondicionados, em pasta devidamente selada.

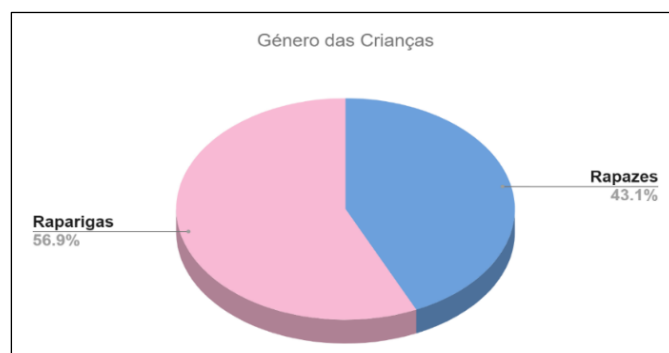
De acordo com Junior (2014) define-se amostragem como sendo uma técnica estatística, que consiste na extração de informação de uma determinada população ou de uma amostra dessa população, de modo a avaliar determinadas características da mesma. A população-alvo deste estudo, foi selecionada tendo por base uma amostragem acidental ou de conveniência, que consiste em crianças com idades entre os 6 e os 10 anos, da região do Alentejo Central. A amostragem acidental ou de conveniência é um método não probabilístico, formada por indivíduos que se encontrem facilmente acessíveis, nem determinado local e num momento específico (Fortin, 2009). No caso da amostra não é probabilística, todos os dados têm de ser analisados à luz do contexto, em que foram colhidos. Como tal, a amostra deste projeto é composta por crianças entre os 6 e os 10 anos, que se encontravam internados no Serviço de Internamento de Pediatria e que recorreram à UCSP, ambos da região do Alentejo Central, durante o período dos estágios. A amostra que foi selecionada teve em conta, tanto a disponibilidade como a acessibilidade das populações, que foram selecionadas para a elaboração deste projeto. Desta forma, definiram-se alguns critérios de inclusão na elaboração deste estudo, como é o caso: ser crianças na faixa etária dos 6 aos 10 anos, recorrer aos serviços onde se realizou o estudo na região do Alentejo Central e ainda recorrer aos serviços durante o período em que foi realizado o estágio, em cada um dos contextos.

Antes da análise dos dados os questionários foram codificados, recorrendo a números de forma aleatória. Todos os questionários realizados serão armazenados num arquivo fechado a cadeado e os resultados guardado em pasta própria, no computador pessoal de utilização exclusiva da investigadora principal e protegido por palavra-chave. Estes dados foram armazenados e guardados, posteriormente serão destruídos por trituradora de papel e eliminados do computador pessoal. Todos os custos que o estudo implique serão suportados pela investigadora principal, sem qualquer custo para os participantes. Para a análise dos dados que foram obtidos através da aplicação do questionário, utilizou-se o programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS 26.0], realizando-se uma análise estatística e descritiva das variáveis utilizadas, bem como, sempre que se considerou fundamental, utilizaram-se algumas medidas de tendência central, como é o caso da média, moda ou mediana. As variáveis são consideradas como as qualidades, as propriedades ou as características das

peçoas, e são vistas como “(...) situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo”, ou seja, são as “(...) unidades de base da investigação.” (Fortin, 2009: 171). Seguidamente serão analisadas as várias variáveis, que correspondem às respostas do questionário aplicado à população em questão, pelo que foram agrupadas de acordo com o assunto que é abordado em cada uma das partes que compõem o questionário.

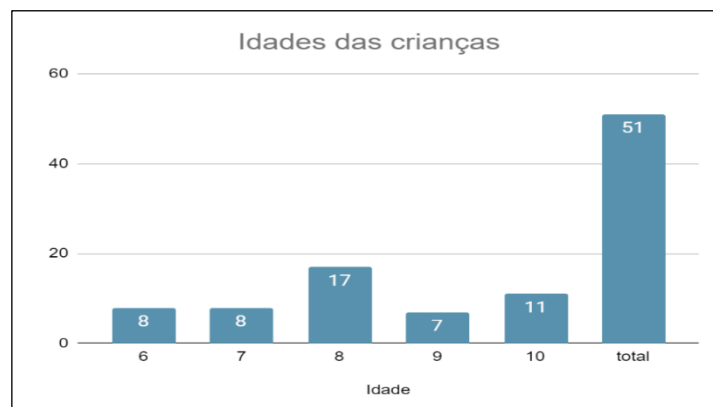
A amostra de participantes neste estudo, ou seja, o número total de respostas ao questionário foi de 51 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, na região do Alentejo Central. No que se refere à primeira parte do questionário que foi aplicado, diz respeito aos dados pessoais relativos à amostra que participou no estudo, particularmente os dados antropométricos e o aleitamento materno exclusivo. Como tal, em relação ao género das crianças, é possível perceber pela análise que existem 22 rapazes, o que corresponde a uma percentagem de 43,1% e que 29 são raparigas, o que corresponde a 56,9% (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o género



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 2 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade

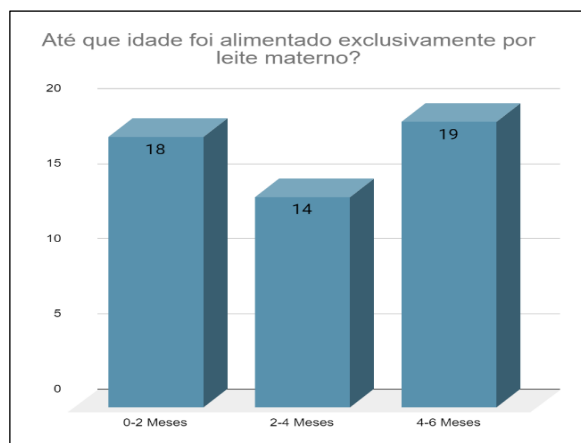


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Relativamente à idade das crianças deste estudo, existem oito que se encontram na faixa etária dos 6 anos o que corresponde a uma percentagem de 15,69%, oito das crianças encontram-se na faixa etária referente aos 7 anos, correspondendo a uma percentagem de 15,69% e com 8 anos existem 17 crianças o que equivale a 33,33%. Com 9 anos corresponde um total de sete crianças, sendo a percentagem de 13,73% e ainda com 10 anos existem 11 crianças com uma percentagem de 21,57% (Gráfico 2).

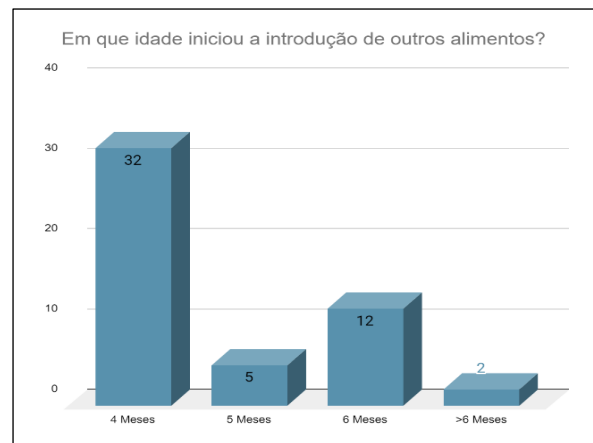
Tendo em conta as questões relativas ao aleitamento materno exclusivo e à introdução dos alimentos, durante o primeiro ano de vida, foi possível perceber que 32 das crianças iniciaram a introdução de alimentos aos 4 meses de vida, o que corresponde a uma percentagem de 62,75%. Verificou-se de igual forma que as crianças, que foram alimentadas com leite materno exclusivo até aos 4 meses, correspondem a um total de 32 crianças. Pelo que, destas crianças 18 ou não foram alimentadas com leite materno exclusivamente, ou então até aos 2 meses o que corresponde a 35,29% e 14 destas corresponde a aleitamento materno exclusivo entre os 2 e os 4 meses, com uma percentagem de 27,45% (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade em que foi exclusivamente alimentado por leite materno



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 4 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a idade em que se iniciou a introdução de alimentos



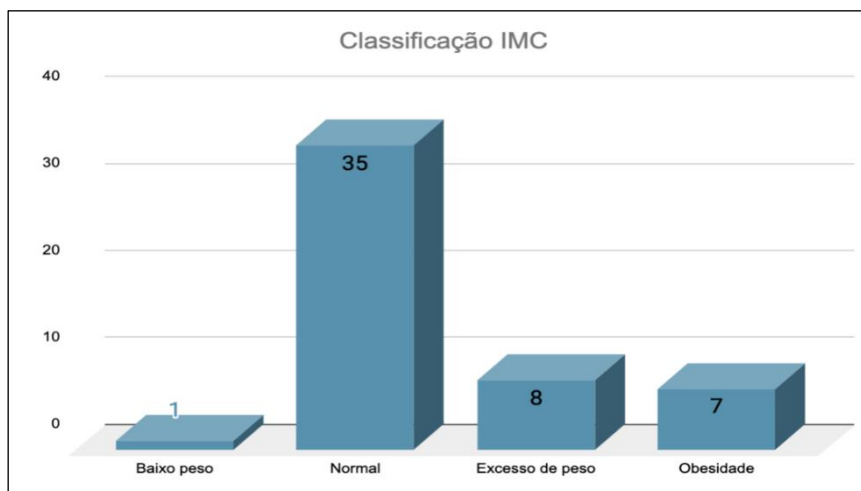
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Relativamente à introdução alimentar, 5 crianças iniciaram outros alimentos aos 5 meses, ou seja, 9,8% da amostra total, 12 das crianças iniciou aos 6 meses, que corresponde a 23,53% e 2 iniciaram depois dos 6 meses, o que equivale a 3,92% (Gráfico 4). Foi ainda possível concluir que 19 das crianças foi alimentada exclusivamente com leite materno entre os 4 e os 6 meses, com uma percentagem de 37,25% (Gráfico 3). Tendo em conta a literatura encontrada

sobre este assunto e abordada anteriormente, de acordo com a OMS as crianças, devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses (DGS, 2019a).

De acordo com os dados que foram recolhidos referentes ao peso e altura, com base nos questionários analisados, foi possível calcular o IMC de cada uma das 51 crianças, valores esses que foram colocados posteriormente nas respetivas curvas de crescimento (Apêndice 11), permitindo ter uma perceção mais correta relativamente ao IMC destas crianças. Tendo como base as curvas de crescimento adotadas no PNSIJ para a faixa etária dos 5 anos e os 19 anos (Anexo 2), pelo que posteriormente se elaborou um gráfico que classifica o IMC das crianças, atribuindo as categorias de baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade. Conclui-se que na categoria de baixo peso apenas se encontra 1 criança, com uma percentagem de 1,96% e que na categoria com peso normal existiam 35 crianças, o que equivale a uma percentagem de 68,63%. No entanto, tendo em conta o que se define no enquadramento teórico, relativamente às definições tanto de excesso de peso como de obesidade infantil, existem 8 crianças nesta amostra que apresentam excesso de peso, sendo a percentagem correspondente de 15,69% e com obesidade 7 crianças, o que corresponde a 13,73% (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o IMC



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Com os dados que foram obtidos nos questionários referentes ao peso, altura e IMC, das crianças entre os 6 e os 10 anos, foi-nos possível analisar tanto as médias, como as medianas para cada uma das faixas etárias em questão, bem como de acordo com o género. Por exemplo a média do IMC das raparigas com 6 anos corresponde a 15.40Kg/m² e a mediana do IMC das raparigas com 6 anos é de 15.66 Kg/m². No que se refere aos dados relativos ao peso e à altura

concluímos que a média do peso das raparigas com 6 anos corresponde a 19.24Kg e da altura 111.70cm, bem como a mediana do peso das raparigas com 6 anos é de 20Kg e da altura é de 113 cm. Deste modo, todos estes dados foram agrupados na Tabela 1 em Apêndice 12, onde se encontram todos os valores para cada uma das idades, por forma a analisar mais facilmente estas medidas de tendência central.

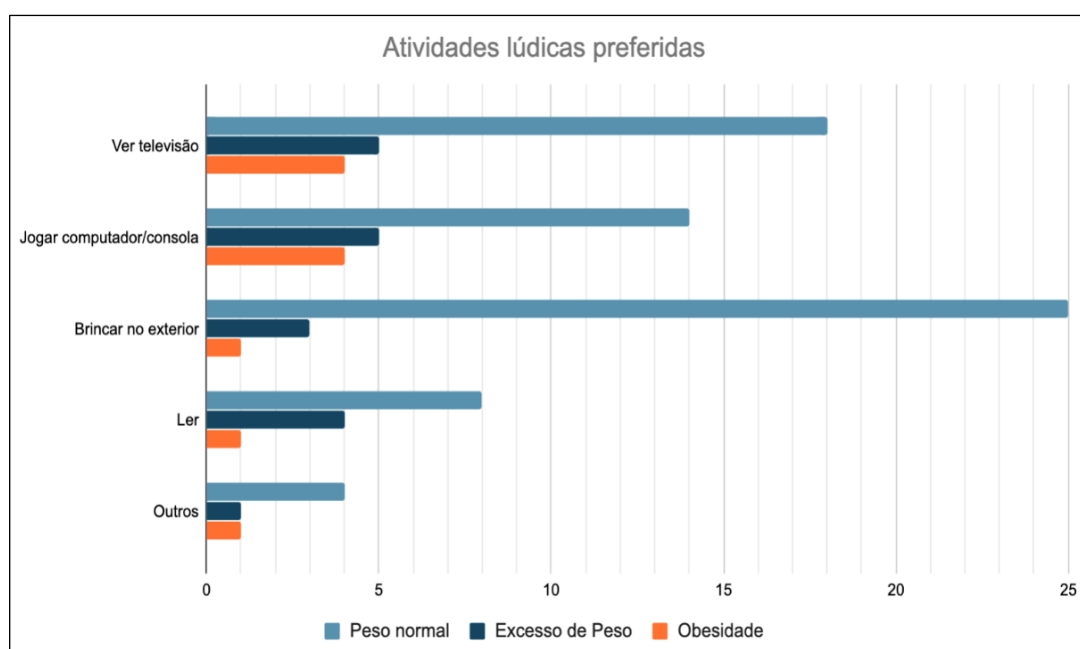
Tendo em conta a realidade em Portugal no ano de 2019, relativa às taxas de obesidade infantil e excesso de peso, que foram abordadas no enquadramento teórico, conclui-se que o excesso de peso nesta amostra, tem um valor inferior quando comparado ao que se encontra estipulado a nível nacional. No que se refere à obesidade infantil, considera-se que o valor da amostra, é ligeiramente superior à realidade a nível nacional, que foi encontrada na literatura. Com base nos dados obtidos pela relação entre o valor do IMC e o género, que se encontra representado no Gráfico 14, foi possível concluir que do total de 22 rapazes que responderam ao questionário, 5 rapazes apresentam obesidade, o que corresponde a uma percentagem de 23,81%, e ainda 1 rapaz tem excesso de peso com uma percentagem de 4,76%. Em relação às raparigas, de um total de 29, conclui-se que 7 raparigas tem excesso de peso com uma percentagem de 33,33% e 2 raparigas obesidade o que equivale a 9,52% (Apêndice 13).

No que se refere à segunda parte do questionário, considerou-se essencial caracterizar tanto os hábitos de vida das crianças, como o seu padrão alimentar, pelo que de seguida foram abordados estes dois aspetos, de forma detalhada. Em relação aos hábitos de vida, através das questões realizadas, tentou-se perceber a frequência de atividade física praticada pelas crianças e as horas de sono por dia, nos Gráficos 15,16 e 17 em Apêndice 14. No que concerne à prática de atividade física verificou-se que 37 das crianças referem praticar entre 30 a 60 minutos por dia, 1 criança refere que pratica menos de 30 minutos por dia, entre 60 a 90 minutos de atividade física por dia corresponde a um total de 11 crianças e ainda 2 destas crianças praticam mais de 90 minutos de atividade física por dia, estando estes valores representados em gráfico.

Na questão referente ao número de vezes por semana, que praticam atividade física, quer curricular, quer extracurricular 21 crianças praticam 1 a 2 vezes por semana, 24 crianças praticam 3 a 4 vezes por semana e ainda 5 ou mais vezes corresponde a 6 crianças. Em relação ao número de horas de sono por dia 31 crianças referem que dorme entre 8 a 9 horas por dia, 17 crianças entre 9 a 12 horas, somente 3 crianças referem dormir menos de 8 horas por dia e nenhuma refere dormir mais de 12 horas por dia.

Foram também abordadas as atividades lúdicas preferidas das crianças, tendo em conta as categorias que foram anteriormente referidas, ou seja, peso normal, excesso de peso e obesidade, sendo que cada criança tinha a possibilidade, de selecionar mais do que uma das hipóteses estipuladas. Com base nos dados obtidos, constatou-se que as crianças com peso normal, referem que brincar no exterior é a atividade lúdica que o maior número de crianças prefere, sendo escolhida por 25 destas, logo a seguir 18 crianças escolheram ver televisão e por último ler foi a menos escolhida, por apenas 8 crianças. No caso das crianças com excesso de peso, ver televisão e jogar no computador/consola foram as mais escolhidas com 5 crianças em cada uma das atividades, sendo que o mesmo se verifica no caso das crianças com obesidade, existindo 4 crianças em cada uma destas atividades. Conclui-se ainda que brincar no exterior é a atividade menos escolhida por estas duas categorias, com apenas 3 crianças com excesso de peso e 1 criança com obesidade (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com as atividades lúdicas, por categoria de peso normal, excesso de peso e obesidade

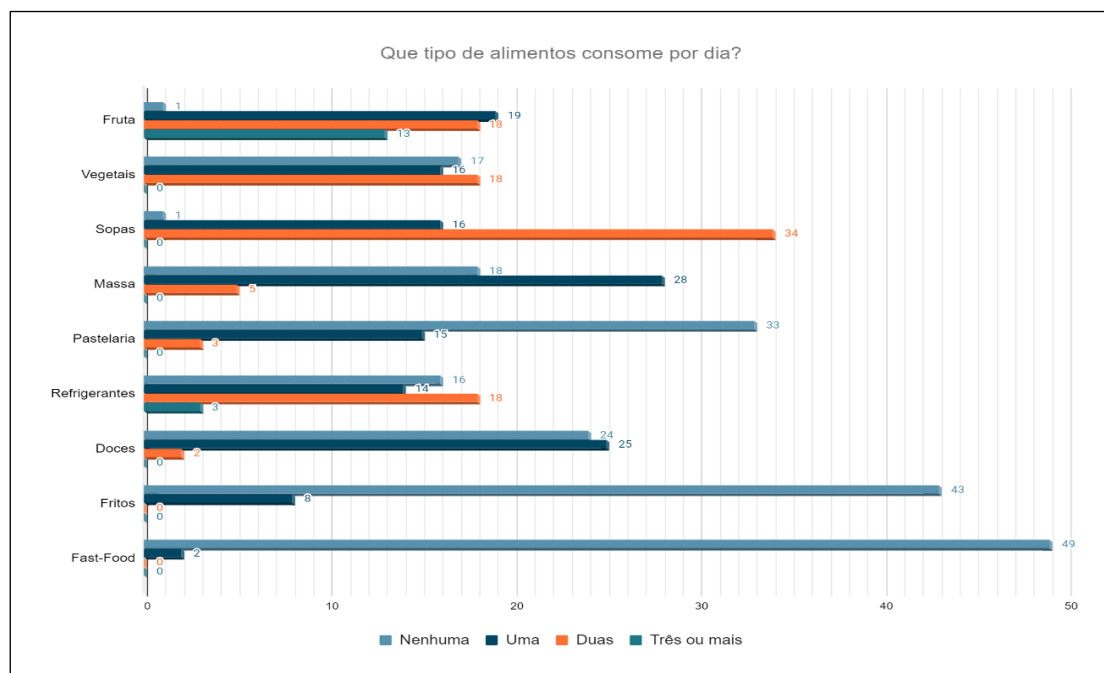


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Relativamente ao padrão alimentar das crianças que compõem a amostra, foi possível abordar questões que se consideraram fundamentais, tais como o consumo diário de água, se toma ou não o pequeno-almoço antes de sair de casa, quantas refeições faz por dia e os tipos de alimentos consumidos por dia. Como tal, relativamente aos alimentos que as crianças consomem ao longo do seu dia (Gráfico 7), com base na análise dos dados recolhidos,

constatou-se que do total das 51 crianças que compõem a amostra, apenas 1 criança não come nunca fruta, 19 come uma vez por dia, 18 ingerem fruta duas vezes em cada dia e ainda 13 comem três ou mais vezes fruta por dia. Na ingestão de sopa é onde os resultados são mais unânimes, ou seja, 34 das crianças come duas vezes por dia, 16 ingere uma vez por dia e apenas uma não ingere nunca, também de referir que nenhuma ingere três ou mais vezes por dia. Relativamente aos doces é perceptível, pela análise dos dados, que 24 das crianças não come doces nenhuma vez por dia, no entanto 25 crianças ingerem doces uma vez por dia e ainda 2 crianças duas vezes por dia, não tendo sido selecionada a opção três ou mais vezes por dia. No caso específico dos refrigerantes 16 crianças referem que nunca ingerem, embora existam ainda 14 crianças que ingerem uma vez por dia, 18 crianças que bebem duas vezes por dia e 3 crianças três ou mais vezes por dia, sendo esta uma realidade preocupante, pois ainda existe um grande número crianças que refere ingerir pelo menos uma vez por dia.

Gráfico 7 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com os hábitos alimentares



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

No que diz respeito aos hábitos alimentares das crianças que apresentam excesso de peso, representados no Gráfico 18 - Apêndice 15, referente ao consumo de fruta verifica-se que 5 das crianças come uma vez por dia, enquanto que 1 criança nunca come fruta, 1 crianças como duas vezes e ainda outra ingere três vezes por dia. A sopa é ingerida por 5 das crianças duas vezes por dia e três come sopa uma vez por dia, em relação às massas existem 7 crianças consomem

uma vez por dia e apenas 1 criança nunca consome. De referir que as 8 crianças com excesso de peso referem que nunca comem *fast-food*, bem como os fritos em que 7 crianças nunca ingerem e somente 1 criança consome uma vez por dia.

Já em relação às 7 crianças que responderam ao questionário e que apresentam obesidade infantil, no que se refere aos hábitos alimentares, representados no Gráfico 19, concluiu-se que 3 crianças consomem fruta uma vez por dia, 3 crianças consomem duas vezes por dia e 1 criança come fruta três vezes por dia. No consumo de vegetais 5 das crianças afirmaram não comer vegetais nenhuma vez, e apenas 2 crianças ingerem uma vez por semana, enquanto que no consumo de sopa 5 crianças comem duas vezes por dia, e apenas 1 refere que nunca come sopa e 1 criança come uma vez por dia. De salientar que no consumo do *fast-food* 4 crianças referem não comer nunca, mas 3 crianças referem ingerir uma vez por dia. Nos refrigerantes apenas 3 crianças referem ingerir uma vez por dia, e nos doces apenas 1 também refere ingerir uma vez por dia as restantes referem nunca ingerir (Apêndice 16).

Em relação ao consumo diário de água, 40 crianças desta amostra referem que ingerem entre 0,5 a 1l de água por dia; 11 crianças entre 1 a 1,5l por dia e não existem respostas entre 1,5l e 3 l por dia. Tendo em conta a questão que foi colocada, sobre se as crianças tomam ou não o pequeno-almoço antes de sair de casa, através dos dados obtidos 48 crianças referem que comem sempre antes de sair de casa de manhã, sendo que apenas 3 referem não tomar o pequeno-almoço antes de sair de casa. Quanto ao número de refeições que fazem por dia, 23 crianças fazem 5 refeições por dia, 18 fazem um total de 6 refeições por dia, 6 crianças fazem mais de 6 refeições por dia, e apenas 4 das crianças fazem 4 refeições, sendo que nenhuma faz apenas 3 refeições por dia. Estes dados encontram-se representados em forma de gráfico no Apêndice 17 (Gráficos 20, 21 e 22). Posto isto, existem questões desta segunda parte do questionário, em que os dados foram analisados e elaborados os respetivos gráficos 23, 24, 25, 26 e 27. No entanto, não se considerou relevante abordar de forma mais minuciosa, os dados neste capítulo do projeto, optando-se por colocá-los em Apêndice 18.

Em suma, de acordo com os dados obtidos e pela análise de todas as variáveis deste questionário, foi possível concluir que em relação ao excesso de peso, o valor obtido nesta amostra é inferior quando comparado ao que se encontra estimado a nível nacional. Já em relação à obesidade infantil, considera-se que o valor da amostra, é ligeiramente superior à realidade a nível nacional. No caso específico das crianças com excesso de peso e obesidade, as atividades lúdicas de maior relevância são ver televisão e jogar no computador/consola, no

caso das crianças com peso normal essas atividades correspondem ao brincar no exterior e ver televisão. Relativamente aos hábitos alimentares destas crianças, verificou-se que no caso da ingestão de fruta e sopa apenas uma criança refere que não come nunca, e nos vegetais 17 crianças não comem nunca. A situação do consumo de refrigerantes é bastante preocupante nesta amostra, uma vez que, apenas 16 crianças referem nunca beber refrigerantes e as restantes ingerem no mínimo uma vez por dia. No que concerne aos fritos e *fast-food* não se pode concluir que as crianças não ingerem estes alimentos, mas sim que não o fazem diariamente, ou seja, poderão fazê-lo de uma forma esporádica.

Tal como foi referido anteriormente, para se proceder à recolha dos dados, no que se refere aos questionários destinados à população em idade escolar, existiu sempre um pedido de autorização formal, previamente à sua aplicação, nomeadamente às instituições de saúde e respetivas comissões de ética (Anexo 3 e 4), dos dois locais de estágio onde este foi aplicado, com base nos aspetos éticos e legais, inerentes a estes processos. A realização deste projeto necessitou da autorização ao Encarregado de Proteção de Dados [EPD] do IPP (Anexo 5). Este projeto teve como referência a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, de acordo com Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, respeitando sempre os aspetos deontológicos e éticos inerentes, ou seja, que devem ser cumpridos em todos os trabalhos de investigação (World Medical Association, 2018).

2.4. Definição de objetivos do projeto

Após se elaborar o diagnóstico da situação, definem-se os objetivos do projeto, que se centram nos resultados a alcançar, e que podem “(...) incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico”. Estes devem ser “(...) claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração.” (Mão de Ferro (1999) citado por Ruivo *et al.*, 2010:18). De acordo com Fortin (2009: 52) após a definição do problema, é fundamental que se formule de forma clara “(...) o objetivo da investigação e de determinar o que se propõe fazer para realizar o estudo”. Na definição dos objetivos de um projeto, considera-se fundamental que os problemas sejam definidos, de forma claro e sucinta, sendo que os objetivos da metodologia de projeto, se consideram “(...) representações antecipadoras centradas na acção (...)”, apontando desta forma, para os resultados que se pretendem atingir (Ruivo *et al.*, 2010:18).

Para a elaboração deste projeto foi traçado um objetivo geral e os respetivos objetivos específicos, que segundo com Mão de Ferro (1999), citado por Ruivo *et al.*, (2010) os objetivos gerais tem o intuito de descrever os resultados que são esperados, fornecendo indicações do que é possível esperar após ter concluído o percurso formativo. Os objetivos específicos são indicativos do conhecimento e aptidões, que se devem adquirir ao longo de todo o projeto. Seguidamente serão descritos os objetivos, que foram delineados para o projeto de intervenção.

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção da saúde, aquisição de hábitos de vida saudáveis e prevenção da obesidade na criança em idade escolar.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar as crianças [idade escolar – 6 a 10 anos] e os pais ou familiares, sobre a realidade das elevadas taxas de obesidade infantil, bem como as formas que permitam a sua redução.
- Desenvolver competências e capacidades, como forma de ampliar os conhecimentos, no âmbito da problemática da Obesidade Infantil
- Otimizar estratégias e recursos nas instituições de saúde, para capacitar as crianças [idade escolar – 6 a 10 anos], os pais ou familiares, na adoção de estilos de vida saudáveis.
- Caracterizar as crianças da UCSP, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, através dos dados relevantes para a temática, no ano de 2019.

O planeamento decorre do estabelecimento entre um “(...) compromisso entre os objetivos e os recursos.” (Ruivo *et al.*, 2010:18). Em suma, após a definição dos objetivos, quer geral, quer específicos deste projeto, procede-se seguidamente à caracterização das atividades que se desenvolveram ao longo dos estágios nos diversos contextos clínicos.

2.5. Planeamento do projeto

A terceira etapa da metodologia de projeto é o planeamento, que consiste na elaboração de um plano, de forma detalhada, daquilo que se pretende alcançar, ou seja, define-se como a realização de “(...) um plano detalhado do projecto (...)”. Como tal, nesta etapa é fundamental

realizar “(...) um levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho.” (Ruivo *et al.*, 2010:20). O planeamento encontra-se diretamente relacionado com os objetivos específicos, que devem ser previamente traçados na etapa anteriormente referida, uma vez que “(...) a utilização e escolha das actividades, meios e estratégias (...)” a executar se encontram intimamente, relacionados com os mesmos (Miguel, 2006, citado por Ruivo *et al.*, 2010:20).

No que diz respeito ao projeto, numa fase inicial foi submetida uma Proposta de Projeto de Estágio, tendo como base um modelo fornecido pelo IPP, que se destina à obtenção de aprovação do projeto, por esta instituição (Apêndice 19) obtendo-se desta forma, um parecer favorável, e respeitando-se os aspetos éticos e legais, para o desenvolvimento do projeto. Para as atividades desenvolvidas no contexto do projeto de intervenção, torna-se essencial esclarecer que existem uma vasta possibilidade de intervenções, desde a elaboração de folhetos, posters, sessões de EpS, protocolos, normas, atividades ao ar livre ou filmes educativos (Ruivo *et al.*, 2010). O planeamento do presente projeto foi direcionado para os objetivos específicos que foram inicialmente traçados, sendo que nesta fase é essencial que se definam as atividades a realizar, as estratégias e os meios necessários para atingir cada um deles. Esta etapa culmina com a elaboração de um cronograma, que integra todas as etapas que se desenvolveram ao longo deste projeto de intervenção. De seguida procede-se à descrição das atividades que foram realizadas, em cada um dos contextos de prestação de cuidados, bem com as estratégias e os meios que se consideram necessários, articulando com os objetivos específicos delineados:

1º Objetivo Específico - Sensibilizar as crianças [idade escolar] e os pais ou familiares, sobre a realidade das elevadas taxas de obesidade infantil, bem como as formas que permitam a sua redução e respetivas complicações associadas.

Com base no diagnóstico da situação e tendo em conta a pesquisa bibliográfica, que foi realizada numa fase anterior, bem como os dados relativos às taxas que refletem esta problemática, é imprescindível abordar a temática de modo a sensibilizar os pais e as crianças para esta realidade, cada vez mais preocupante, sendo a prevenção a melhor forma de atuação. Por forma a atingir este objetivo específico uma das atividades a que se recorreu, foi a elaboração de sessões de EpS dirigidas às crianças na faixa etária dos 6 aos 10 anos e pais ou familiares das mesmas, tanto no Estágio no Serviço de Internamento, como na UCSP. Nestas sessões foram abordados os conteúdos, que se considerem mais pertinentes e em que apresentem maior défice de conhecimento sobre a temática da Obesidade Infantil, tendo-se

sempre em conta a articulação com os enfermeiros chefes e as enfermeiras orientadoras, em cada um dos estágios. De acordo com Bernardino *et al.* (2009) as sessões de EpS tem como intenção a transmissão de conhecimento e informação relevante, à população a que se destinam. Estas devem ser vistas como uma forma de promoção da saúde privilegiada, onde todos as pessoas de uma comunidade têm um papel primordial, no entanto são os enfermeiros que tem de desempenhar uma função de relevo. No fim de cada uma das sessões que foram apresentadas, nos diferentes contextos e estágio, foram aplicados questionários para avaliação das mesmas, por forma a compreender a sua pertinência.

Existiram igualmente outras atividades utilizadas para que fosse possível alcançar este objetivo específico, nomeadamente a elaboração de folhetos com vista a fornecer informação fundamental para os pais ou familiares e as suas crianças, referente à obesidade infantil. Em relação à UCSP resolveu-se também elaborar um cartaz, que foi exposto no respetivo serviço, com a informação que se considerou relevante acerca da temática. No caso concreto da UPP procedeu-se à elaboração de vídeo, que foi transmitido na sala de espera da respetiva unidade, tendo em conta a opinião da enfermeira orientadora e enfermeiro chefe, pois tratando-se de um Serviço de Urgência a população não se encontra com a mesma disponibilidade, e tempo que possam despende a assistir a uma sessão de EpS.

Foi ainda possível elaborar, em dois dos estágios clínicos realizados neste percurso, dois jogos didáticos distintos, acerca da temática em questão. Com a intenção de permitir que durante o tempo que as criança ou jovens se encontrem nas salas de espera das respetivas unidades, possam adquirir conhecimentos acerca dos hábitos alimentares, mas também ser um fator de distração, tornando menos penoso os tempos em que se encontram nestes locais.

2º Objetivo Específico – Desenvolver competências e capacidades, como forma de ampliar os conhecimentos, no âmbito da problemática da Obesidade Infantil.

Considerou-se essencial a realização de uma pesquisa detalhada e minuciosa sobre a literatura existente, tendo em conta a temática abordada neste projeto de intervenção, de modo a desenvolver conhecimento, com base nos estudos mais atualizados e com a informação mais fidedigna. Tendo em conta que a revisão da literatura tem dois objetivos essenciais, sendo eles “(...) determinar o que foi escrito sobre o tema que se propõe examinar e esclarecer a forma como um problema foi estudado.” (Fortin, 2009: 87).

Durante o Estágio Final foi proposta a realização de um artigo científico, com base na literatura consulta, atendendo à lacuna que se verificou decidiu-se realizar uma *Scoping Review*, acerca da temática do marketing/publicidade relativo aos alimentos, denominada ‘A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil : Uma realidade?’ (Apêndice 9). Esta foi realizada segundo a avaliação da qualidade metodológica, com base na avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute* [JBI], para posterior publicação numa revista científica. Como tal, a revisão da literatura constitui-se como imprescindível para que seja possível definir o problema de forma correta, ter uma ideia sobre o estado atual do conhecimento relativo a uma temática e as suas lacunas, assumindo-se como “(...) um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação.” (Fortin, 2009: 87). Todo o percurso desde o início desta etapa foi pautado pelo desenvolvimento de conhecimento e competências, tanto de Enfermeiro Especialista, como de Mestre, sendo este projeto de intervenção uma das vertentes que contribui para o sucesso deste processo. Cada vez mais, nos dias de hoje, os enfermeiros são incentivados a procurar a melhor e mais recente evidência científica, para desenvolver o seu trabalho com vista à prestação de cuidados de elevada qualidade, sendo isto que se verificou ao longo deste percurso.

3º Objetivo Específico - Otimizar estratégias e recursos nas instituições de saúde, para capacitar as crianças [idade escolar – 6 a 10 anos], os pais ou familiares, na adoção de estilos de vida saudáveis.

De modo a alcançar este objetivo, tal como foi referido anteriormente, numa fase inicial e em cada um dos contextos de estágio, sempre que se reuniram as condições, começou-se por realizar o *Brainstorming*, com a intenção de conhecer as lacunas existentes acerca da temática, na população. Este consiste numa técnica de grupo, que tem a intenção de recolher as ideias ou sugestões, de todos os intervenientes acerca de um determinado tema (Machado & Viegas, 2012). Tendo em conta as necessidades que foram sentidas em cada um dos serviços de saúde, relativamente à temática, foi possível capacitar os pais ou familiares e crianças, para a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

No caso específico da UUP onde se realizou o estágio, tendo em conta o contexto em questão, ou seja, um Serviço de Urgência, encontra-se inerente “(...) muitas vezes a prestação de cuidados realizada de forma acelerada.” (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016: 30). Tratando-se de um ambiente propício a fatores geradores de stress e ansiedade, resolveu-se aproveitar a temática, pela sua pertinência, para realizar uma formação em serviço para os

enfermeiros do serviço, em consenso com a enfermeira orientadora e o enfermeiro chefe. Segundo Tojal (2011) a utilização de formação tem o intuito de sensibilizar os profissionais, para aquisição ou aprofundamento de conhecimentos, pelo que a formação em serviço tem a finalidade de suprir as necessidades de formação, por parte das equipas.

Uma outra atividade utilizada para atingir este objetivo, no estágio que se desenvolveu na UCSP, passou pela elaboração de uma *checklist* destinada a avaliar os hábitos alimentares, para a Consulta de Saúde Infantil (Apêndice 20). Apesar do programa informático utilizado abordar os erros alimentares das crianças e jovens, considerou-se essencial elaborar, de acordo com a opinião da enfermeira orientadora, uma lista mais completa, com maior diversidade de alimentos. Foi igualmente sugerida a necessidade de se elaborar, um Guia que abordasse a introdução dos alimentos durante o primeiro ano de vida, intitulado ‘Alimentação no Primeiro Ano de Vida - Guia para iniciar a Alimentação do seu bebé!’ (Apêndice 21), com base nas recomendações mais recentes. Decidiu-se elaborar este documento, de acordo com literatura o mais atual possível, considerando que se enquadra na obesidade infantil. No estágio realizado na UCIN, tendo em conta a temática escolhida e com base nas necessidades recolhidas no serviço, decidiu-se elaborar um folheto informativo, direcionado aos pais sobre o aleitamento materno exclusivo (Apêndice 3).

4º Objetivo Específico – Caracterizar as crianças da UCSP, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, através dos dados relevantes para a temática, no ano de 2019.

Para permitir a concretização deste objetivo, decidiu-se elaborar um Estudo Observacional, com base numa grelha de extração de dados (Apêndice 22), onde se pretende recolher os dados antropométricos das crianças com idades entre os 6 e 10 anos de um concelho do Alentejo Central, especificamente da UCSP onde se realizou o estágio, bem como os hábitos alimentares e os diagnósticos de Enfermagem relacionados com a problemática. Esta grelha de observação foi elaborada pela investigadora principal e com supervisão das professoras, em função dos dados que se pretendiam recolher, no programa informático da UCSP. Tal como foi referido anteriormente, foi solicitada uma autorização à Comissão de ética para a Saúde da ARS Alentejo, tendo em conta os princípios éticos e legais. Os dados foram analisados com base no programa SPSS, sendo posteriormente enviados os resultados obtidos, para a respetiva UCSP. Como tal, todas as atividades referidas anteriormente, foram inicialmente propostas e discutidas com os respetivos enfermeiros orientadores, enfermeiros chefes e ainda com as docentes responsáveis, foram posteriormente todas efetivadas.

Para calendarizar todas as atividades que foram descritas, deve-se elaborar um “(...) cronograma do projeto, pode ser um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas actividades a desenvolver durante o projeto.” (Fortin, 2009:20). Assim, realizou-se um cronograma (Apêndice 23), onde se encontram todas as atividades planeadas, uma vez que este se considera um elemento de extrema importância, ao longo de todo o projeto, permitindo ter uma noção sobre o percurso.

2.6. Execução do projeto

A quarta etapa da metodologia de projeto é a execução, uma vez que se coloca em prática tudo aquilo que foi anteriormente delineado, ou seja, “(...) o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (Ruivo *et al.*, 2010: 23). Sendo que as técnicas de colheitas de dados nesta fase são a observação, as entrevistas, os questionários, e consulta de documentos, registos escritos, gravações áudio ou vídeo, entre outras formas de recolhas de dados. Considera-se uma fase imprescindível, pois permite que se executem as vontades e as necessidades, tendo por base todas as ações que foram planeadas na fase anterior. Nesta fase é fundamental a “(...) procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema.” (Ruivo *et al.*, 2010: 23).

Durante a execução podem existir algumas limitações, pelo que se existirem alterações ao que foi planeado inicialmente, é necessário analisar as possibilidades de recuperação, para que os objetivos não fiquem comprometidos. Como tal o investigador deve estar preparado para a possibilidade de acontecerem contratempos que são imprevisíveis, de modo a superar essas dificuldades (Ruivo *et al.*, 2010).

Na fase de execução deste projeto de intervenção, que foi desenvolvido ao longo dos estágios nos vários contextos de prestação de cuidados às crianças e recém-nascidos, ou seja, desde o Estágio I ao Estágio Final, concretizaram-se as várias atividades que tinham sido previamente delineadas, na fase anteriormente referida, pelo que seguidamente serão descritas cada uma destas de forma detalhada.

2.6.1. Estudo Observacional: ‘Hábitos alimentares e dados antropométricos das crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos’

Este estudo trata-se de um Estudo Observacional do Tipo Transversal, pois o estudo observacional constitui-se como a colheita de dados com base na observação, sendo um meio favorável para medir os comportamentos humanos ou acontecimentos. Considera-se, portanto, este estudo do tipo transversal, pois o estudo transversal “(...) tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus factores de risco numa dada população.” (Fortin 2009: 252). Desta forma, o estudo foi realizado com base na metodologia quantitativa que se caracteriza “(...) pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.”, pois considera-se que este método “(...) visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos.” (Fortin 2009: 27).

Neste estudo foram definidas variáveis, que são consideradas as unidades básicas de uma investigação, sendo “(...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo.” (Fortin 2009: 171), devendo desta forma ser mensuráveis. Estas podem ser classificadas como dependentes ou independentes, com base na função que tem na investigação. A variável independente consiste num elemento, que “(...) é introduzido e manipulado numa situação de investigação (...)” que tem efeito numa outra variável (Fortin 2009: 171). Definiram-se como variáveis independentes no referido estudo: Idade, Género, Peso, Altura, Erros Alimentares e os Diagnósticos de Enfermagem. Em relação às variáveis dependentes, considera-se que são aquelas que sofrem influência das variáveis independentes, produzindo assim um resultado, estando desta foram estas duas variáveis relacionadas entre si (Fortin 2009). Como variáveis dependentes do estudo foram definidas: o IMC e ainda a classificações de “Baixo Peso”, “Peso Normal”, “Excesso de Peso” e “Obesidade”, que dependem das variáveis anteriormente delineadas.

Toda a investigação tem início na elaboração de uma questão, definindo-se esta como sendo “(...) uma pergunta explicita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco (...)” (Fortin 2009: 72). Considerou-se essencial definir a questão de investigação para o referido estudo ‘Qual a realidade da Obesidade Infantil em crianças na faixa etária dos 6 aos 10 anos, num concelho da região do Alentejo Central ?’, alcançando desta forma o objetivo de

‘Caracterizar as crianças de um concelho do Alentejo Central, relativamente à Obesidade Infantil, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, em 2019’.

De acordo com Fortin (2009: 55) a população define-se como sendo “(...) um conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão”, sendo essencial que se selecione a população-alvo, que se considera a população “(...) que o investigador quer estudar e a propósito da qual pretende fazer generalizações.”. Neste estudo como população-alvo consideram-se todas as crianças, que estejam inscritas na UCSP de um Concelho do Alentejo Central, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, durante o ano de 2019. Os critérios de inclusão definidos consistem: crianças que se encontrem na faixa etária dos 6 aos 10 anos; pertencer ao concelho do Alentejo Central e ainda estarem inscritas na UCSP onde se realizou o estágio. Os critérios de exclusão consistem na inexistência de nenhuma avaliação referente aos dados antropométricos, nomeadamente nas variáveis do peso, altura e IMC, no período entre os 6 e os 10 anos de idade; e também a ausência de avaliação relativa aos hábitos alimentares.

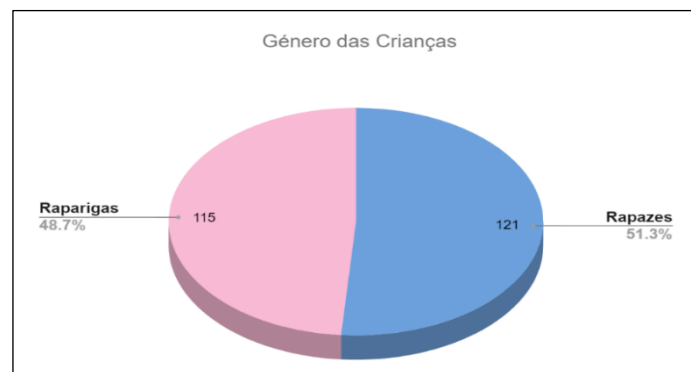
A população-alvo deste estudo, consiste num total de 236 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, num Concelho da região do Alentejo Central. Foram recolhidos os dados referentes à idade e ao género, da totalidade das crianças, no caso dos erros alimentares apenas 98 das crianças, apresentavam dados. No entanto, relativamente às variáveis peso, altura e IMC apenas foi possível recolher os dados referentes a 141 crianças, uma vez que as restantes não apresentavam avaliações destas variáveis de acordo com os critérios de exclusão referidos anteriormente. A colheita dos dados é uma etapa fundamental no processo de investigação, considerando-se que os dados “(...) são os elementos de informação colhidos junto dos participantes.” (Fortin 2009: 57), tendo por base a utilização do instrumento mais adequado. Como tal, neste estudo consultaram-se os dados considerados relevantes para a temática, recorrendo ao programa informático SClínico®, que é utilizado nos CSP onde se realizou o último estágio, das crianças que tivessem na faixa etária dos 6 e os 10 anos, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2019, com base nos critérios de inclusões definidos.

Foi elaborada uma grelha de extração de dados (Apêndice 22), que permitiu a recolha dos dados anteriormente referidos, com o objetivo de recolher os dados antropométricos, a idade e género, bem como os hábitos alimentares e ainda os diagnósticos de Enfermagem que se encontravam no respetivo programa informático. Inicialmente foi solicitada a autorização às entidades responsáveis, neste caso específico à ARS Alentejo e só depois foi feita a consulta e

recolha dos dados. Seguidamente foi realizada a análise destes dados, tendo em conta as variáveis, recorrendo ao programa SPSS 26.0. Pelo que, sempre que se considerou essencial, foram utilizadas algumas medidas de tendência central, nomeadamente a média e a mediana.

Desta forma, com base na análise dos dados que foram recolhidos, recorrendo à grelha de extração de dados, no referido concelho, no que diz respeito ao género das 236 crianças que se encontram registadas nesta UCSP, com idades entre os 6 e os 10 anos, conclui-se que existe um total de 121 crianças que são rapazes, o que corresponde a uma percentagem de 51,3% e ainda que 115 são raparigas, o que corresponde a uma percentagem de 48,7% (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com o



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

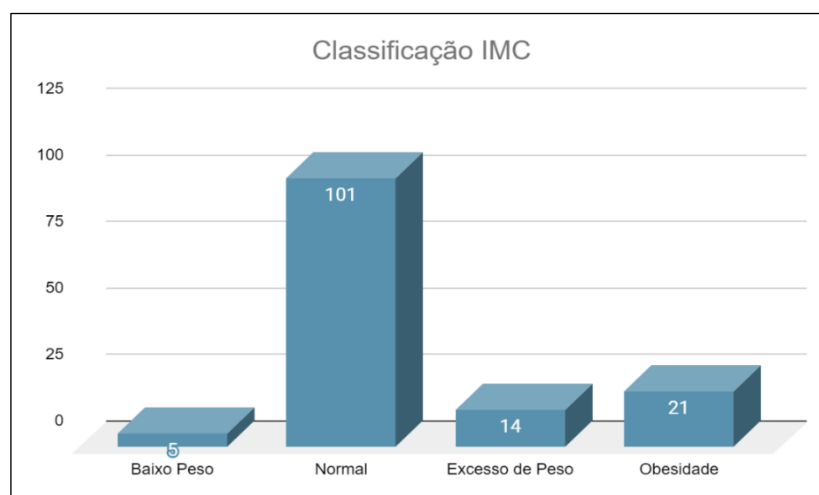
Tal como foi referido anteriormente, tendo em conta o número total de crianças entre os 6 e os 10 anos neste concelho, que se encontravam inscritas na referida UCSP, apenas 141 destas crianças apresentam dados registados relativos ao peso, à altura e ao IMC. Posto isto, conclui-se que desse total, existem 61 crianças que são do género feminino, o que corresponde a uma percentagem de 43,26% e ainda que 80 crianças são do género masculino, sendo 56,74% a percentagem correspondente.

Relativamente ao valor do IMC, referente às crianças entre 6 a 10 anos deste concelho, através do valor recolhido no programa informático, foi possível colocar esses dados nas respetivas curvas de crescimento adotadas no PNSIJ (Apêndice 24). Essas curvas são referentes ao IMC, para a faixa etária dos 5 anos e os 19 anos, com base no género, permitindo-nos perceber qual o percentil de cada uma das crianças. Posteriormente, de acordo com o percentil que foi obtido, todas as crianças foram classificadas com as categorias de “baixo peso”, “peso

normal”, “excesso de peso” e “obesidade”, tendo em conta as definições que a OMS estabeleceu para cada uma dessas categorias, que se encontram mencionadas no enquadramento teórico.

Como tal, com base nos dados obtidos e após a sua análise, conclui-se que na categoria de baixo peso apenas existem 5 crianças, o que corresponde a 3,55%. Na categoria com peso normal encontram-se 101 crianças, o que equivale a uma percentagem de 71,63%. Relativamente ao excesso de peso existem 14 crianças, com uma percentagem correspondente de 9,93% e com obesidade 21 crianças, o que corresponde a 14,89% (Gráfico 9). Tendo em consideração a realidade das taxas de obesidade infantil e excesso de peso, em Portugal em 2019, é possível concluir que no que concerne ao excesso de peso, a percentagem é inferior em comparação ao valor a nível nacional. Relativamente à obesidade infantil, no referido concelho do Alentejo Central, a percentagem é ligeiramente superior à realidade a nível nacional.

Gráfico 9 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os valores do IMC



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

No que diz respeito aos dados obtidos pela relação que existe entre o valor do IMC e o género, foi possível concluir que dos 80 rapazes que apresentam dados antropométricos, 10 rapazes apresentam obesidade infantil, o que corresponde a 12,50% e ainda 8 rapazes tem excesso de peso com uma percentagem de 10,00%. Tendo em conta as 61 raparigas com dados antropométricos, conclui-se que 6 raparigas tem excesso de peso com uma percentagem de 9,84% e 10 raparigas obesidade o que equivale a 16,39% (Apêndice 25 - Gráfico 28).

Com base nos dados obtidos, decidiu-se utilizar as medidas de tendência central, tornando-se possível concluir que, por exemplo a média do IMC das raparigas com 6 anos corresponde a

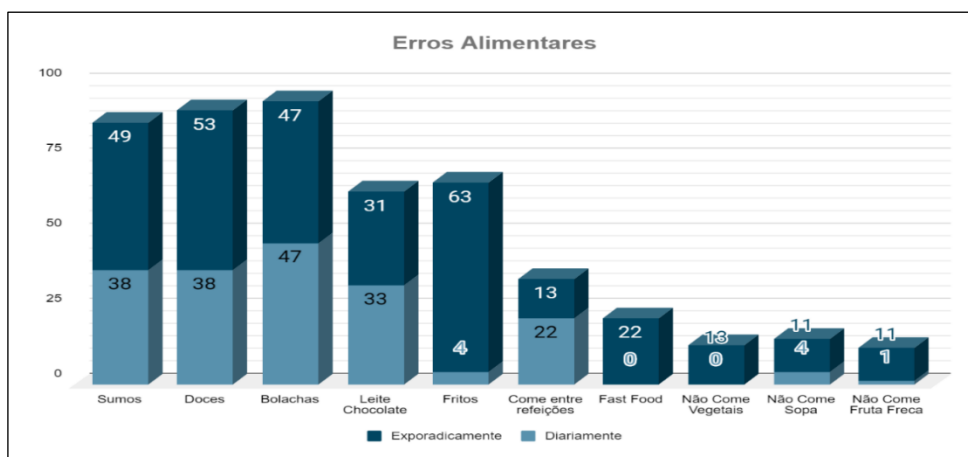
16.05 Kg/m² e a mediana do IMC das raparigas com 6 anos é de 14.96 Kg/m². Relativamente ao peso e à altura destas crianças, verificou-se que a média do peso das raparigas com 6 anos corresponde a 20.69 Kg e a média da altura 113.53cm. A mediana do peso das raparigas com 6 anos corresponde ao valor de 20Kg, já no caso da altura esse valor é de 114.50 cm. Assim, os dados foram agrupados na Tabela 2 em Apêndice 26, onde estão os valores para cada uma das idades e género, para que se possa analisar de uma forma mais pormenorizada.

Em relação aos erros alimentares, que é um dos parâmetros avaliado durante a consulta de Saúde Infantil, registado no programa informático SClínico®, considerou-se fundamental recolher os dados referentes aos hábitos alimentares, destas crianças. Desta forma, existem apenas duas categorias possíveis para resposta, ‘Esporadicamente’ ou ‘Diariamente’, consoante a avaliação do consumo de cada um dos alimentos ou dos comportamentos alimentares. Estes fazem parte de uma lista que está pré-definida no programa, composta por ‘Sumos’, ‘Doces’, ‘Bolachas’, ‘Leite com chocolate’, ‘Fritos’, ‘*Fast-food*’, ‘Come entre as refeições’, ‘Não come vegetais’, ‘Não come sopa’ e ‘Não como fruta fresca’.

Nesta UCSP verifica-se que nem todas as crianças entre os 6 e os 10 anos, tem esta avaliação registada no programa informático, sendo que apenas 98 destas crianças apresenta dados referentes aos erros alimentares. Das crianças com dados na variável erros alimentares, tendo em conta o valor do IMC que foi anteriormente calculado, foi possível concluir que existem 67 crianças que se encontram na categoria do peso normal, sendo que 12 crianças estão na categoria do excesso de peso e ainda 19 com obesidade infantil.

Assim, foi possível concluir que na ingestão de sumos existem 49 crianças, que referem beber esporadicamente e 38 bebem diariamente, no caso dos doces 53 crianças referem consumir esporadicamente e 38 diariamente, já no consumo de fritos apenas 4 crianças consomem diariamente, estes alimentos e 63 consome esporadicamente. Considera-se relevante abordar o consumo de *fast-food* nesta população, pois nenhuma criança refere consumir diariamente e apenas 22 referem consumir esporadicamente. Já em relação à sopa, vegetais e fruta, conclui-se que existem poucos dados, sendo que 13 crianças referem que não come vegetais esporadicamente, o que se conclui que essas crianças consomem vegetais diariamente. No consumo de fruta, apenas 1 criança refere que não come fruta diariamente, e 11 destas crianças refere que ingerem este alimento esporadicamente (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

Através da análise e tratamentos dos dados, optou-se por fazer uma análise mais detalhada, relacionando-se algumas variáveis deste estudo, para obter dados referentes aos erros alimentares das crianças deste concelho do Alentejo central, entre os 6 e os 10 anos. Do total das 98 crianças com dados referentes aos erros alimentares, decidiu-se analisar esses dados de acordo com o valor do IMC, tendo em conta se tem peso normal, excesso de peso ou obesidade, elaborando gráficos representativos desta realidade. Relativamente aos erros alimentares das crianças com peso normal, que se encontra ilustrado no Gráfico 29, conclui-se que no consumo de sumos 34 destas crianças refere consumir esporadicamente e 20 diariamente, nos doces 45 consomem esporadicamente e 15 diariamente. Nos fritos apenas uma criança refere consumir diariamente, bem como no consumo de *fast-food* em que nenhuma refere consumir diariamente e apenas 13 esporadicamente. Os dados referentes ao “não come vegetais”, “não come sopa” e “não come fruta”, consideramos que não são muito relevantes, pois são poucas as crianças que tem dados nestas categorias (Apêndice 27).

Tendo em conta as crianças que apresentam excesso de peso neste concelho, elaborou-se o Gráfico 30, constatando-se que 8 crianças referem que comem bolachas diariamente e 3 crianças esporadicamente. No consumo de doces, verificou-se que 6 crianças comem diariamente e 5 crianças esporadicamente. Já no consumo de alimentos fritos foi possível aferir que 8 crianças consomem esporadicamente, embora nenhuma criança os consuma diariamente. No que diz respeito ao consumo de *fast-food* nenhuma criança o faz diariamente, embora 3 crianças consumam esporadicamente. Relativamente ao “não come vegetais” e “não come fruta”, apenas 2 e 3 crianças respetivamente, refere esporadicamente (Apêndice 27).

No caso das crianças com obesidade com base no Gráfico 31, verificou-se que no consumo de sumos existem 12 crianças que bebem diariamente e 6 esporadicamente. Na ingestão de doces 15 crianças consomem diariamente e 2 esporadicamente. No consumo de bolachas e leite com chocolate, constatou-se que 11 e 9 crianças respetivamente, consomem estes produtos diariamente. No consumo de fritos existem 12 crianças que comem esporadicamente e apenas 3 diariamente, no consumo de *fast-food* nenhuma criança come diariamente, este tipo de produtos e 6 crianças esporadicamente. Os dados disponíveis sobre as seguintes categorias: “não come vegetais”, “não come sopa” e “ não come fruta” não são muito relevantes, também nas crianças com obesidade, uma vez que apenas 2 crianças têm dados (Apêndice 27).

Com base na análise destes dados, conclui-se que a população dos 6 aos 10 anos do concelho do Alentejo Central onde foi realizado este estudo, no que diz respeito ao **excesso de peso** existem **14 crianças**, com uma percentagem correspondente de **9,93%** e com **obesidade 21 crianças**, o que corresponde a **14,89%**. Sendo a percentagem de obesidade infantil ligeiramente superior, nesta população e a de excesso de peso inferior, em comparação com as taxas a nível nacional. Nos hábitos alimentares constatou-se que existem uma maior proporção de crianças com obesidade infantil a referir ingerir diariamente determinados produtos alimentares, como é o caso dos sumos, doces, bolachas, em comparação com as crianças com peso normal, que referem ingerir esses produtos, no entanto a maioria apenas o faz de forma esporádica. Os dados que foram recolhidos com este estudo foram divulgados e fornecidos à respetiva UCSP, uma vez que os estudos que são elaborados a nível regional, possibilitam compreender a realidade acerca das taxas referentes à obesidade infantil, nesse determinado local. Estes dados permitem que os profissionais de saúde tenham uma melhor perceção, sobre as características da população à qual prestam cuidados, por forma a que se tornar possível fornecer informação estruturada e organizada. Posto isto, estes profissionais têm a possibilidade de implementar estratégias, que permitam prevenir esta problemática, contribuindo para a qualidade de vida e aquisição de hábitos de vida saudáveis das crianças.

2.6.2. Sessão de sensibilização às crianças, aos pais e aos profissionais de enfermagem

Ao longo deste percurso, foram elaboradas sessões que permitiram sensibilizar as crianças dos 6 aos 10 anos, bem como os pais ou familiares sobre a temática, tendo em conta as necessidades que foram identificadas previamente em cada estágio. Inicialmente foram

elaborados os respetivos planos de sessão para cada uma das EpS (Apêndices 28, 29 e 30), de acordo com as particularidades de cada um dos contextos. Tanto no Serviço de Internamento de Pediatria, como na UCSP, as sessões foram realizadas para as crianças e os pais ou familiares, com a intenção de promover a aquisição de hábitos de vida saudáveis por parte destes, alertando para a problemática da obesidade infantil, neste caso específico em idade escolar. O objetivo geral destas duas sessões foi ‘Sensibilizar crianças em idade escolar e os respetivos pais ou familiares, sobre a prevalência da obesidade infantil e formas de prevenção’ e os seus objetivos específicos consistem em ‘Fomentar a aquisição de conhecimentos das crianças e dos pais ou familiares, sobre a constituição da nova roda dos alimentos’, ‘Abordar os riscos e complicações associados à obesidade infantil’, ‘Identificar os comportamentos alimentares dos pais ou familiares e das crianças’, ‘Incentivar a prática de exercício físico e os seus benefícios’ e ainda ‘Promover o envolvimento dos pais ou familiares, na aquisição comportamentos alimentares saudáveis’.

O método expositivo foi o método pedagógico utilizado, nas sessões que foram realizadas em todos os contextos de estágio, sendo este “(...) utilizado como atividade didática principal na transmissão de conceitos e informações.” (Andrade *et al.*, 2016:330). Neste método o formador tem a função de explicar e demonstrar os conhecimentos, ou seja, é este que detém a decisão da ação educativa, enquanto que o formando é quem recebe os conhecimentos, mas não de forma passiva, podendo intervir (Paim, Iappe & Rocha, 2015). Deste modo, nas várias sessões que foram apresentadas, optou-se não só por expor os conhecimentos científicos acerca da temática abordada, mas também possibilitar a participação e partilha de experiências e conhecimentos, entre o formado e os formandos. No final de cada sessão existia um momento dedicado a sugestões e questões referentes à sessão. Todas as sessões de EpS que foram elaboradas com recurso ao programa informático *Power Point*, bem como o vídeo que foi realizado para a UUP.

No caso da sessão de EpS (Apêndice 1) que foi realizada no Serviço de Internamento de Pediatria, abordou-se a temática da obesidade infantil, de modo a alertar os pais ou famílias e as crianças, que se encontravam no momento internadas no serviço, para esta realidade. Desta forma, decidiu-se apresentar os valores mais recentes referentes à obesidade infantil, as suas complicações, a importância dos pais na criação de hábitos alimentares saudáveis das crianças, bem como da escola e ainda a importância da prática de atividade física. Durante o Estágio Final realizado na UCSP do Alentejo Central, foi igualmente realizada uma sessão de EpS (Apêndice 6), que para além de se abordar todos os aspetos anteriormente referidos, foi

abordada a realidade acerca do marketing/publicidade alimentar em Portugal e a sua influência na obesidade infantil.

Relativamente à sessão que foi realizada na UUP (Apêndice 4), tendo em conta que é um contexto de urgência, não se considerou conveniente direcionar para as crianças e pais ou família. Como tal, pela pertinência do tema, decidiu-se realizar uma sessão de esclarecimento e formação, para os profissionais de enfermagem que compõem a equipa deste serviço. Esta sessão era composta pelos mesmos conteúdos das sessões anteriormente referidas, tendo o objetivo geral de ‘Sensibilizar a equipa de Enfermagem sobre a prevalência da obesidade infantil e formas de prevenção’ e os objetivos específicos ‘Demonstração da sessão que dá origem à elaboração do vídeo para a sala de espera do serviço’, ‘Abordar a temática, bem como os riscos e complicações associados à obesidade infantil’ e ‘Promover o envolvimento da equipa de Enfermagem nesta temática, de modo a transmitir a informação aos pais/cuidadores e crianças que se desloque ao serviço’. Inicialmente pensou-se que esta sessão fosse incluída no plano de formação do serviço, no entanto, decidiu-se que seria nas passagens de turnos da equipa de enfermagem, de modo a abranger o maior número de colegas possível e minimizando o tempo que os profissionais tivessem de despendar. Foi realizado posteriormente um vídeo sobre esta temática, destinado às crianças e pais ou familiares, com o mesmo conteúdo da sessão referida anteriormente, que foi transmitido na televisão da sala de espera do serviço.

Por fim, foram realizados questionários em todas as sessões, que tiveram como objetivo avaliar o grau de satisfação da sessão e compreender se os conteúdos que foram abordados contribuíram para a aquisição de conhecimentos. Como tal, os resultados desta avaliação serão apresentados e discutidos, no capítulo seguinte deste relatório final. De modo a sensibilizar as crianças e os pais ou familiares para esta problemática, elaborou-se ainda um folheto para cada um dos três dos contextos de estágio, com o intuito de fornecer informação fundamental para os pais ou familiares e as suas crianças, relativamente à temática da Obesidade Infantil. Estes folhetos abordam as complicações da obesidade infantil, os dados relativos a esta realidade, bem como inúmeros conselhos importantes para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, por parte das crianças.

No estágio que se decorreu na UCSP elaborou-se um Poster (Apêndice 8) com informação fundamental sobre a temática, de modo a sensibilizar os pais ou familiares e as crianças, sobre a realidade a nível nacional da Obesidade Infantil, enquanto aguardam na sala de espera desta unidade, onde este se encontra exposto. As atividades lúdicas são também uma forma de se

sensibilizar as crianças, neste caso utilizou-se no âmbito de promover hábitos de vida saudáveis, pelo que foram elaborados dois jogos distintos, em dois contextos de estágio, intitulados ‘Semáforo da Alimentação’ e ‘Jogo da Alimentação’ (Apêndice 31). Estes jogos são destinados às salas de esperas, das respetivas unidades de saúde, para que permitam tornar o tempo de espera menos cansativo e desgastante para as crianças, e permitam a distração das mesmas, visto que em ambas as unidades existem espaço lúdicos destinados a este efeito.

2.6.3. Otimização de estratégias para capacitar as crianças e os pais ou familiares, na adoção de estilos de vida saudáveis

Considera-se esta uma atividade que foi transversal a todos os estágios, sendo desenvolvida nos vários contextos, desde o Estágio I até ao Estágio Final, num momento inicial existiu o cuidado de perceber, quais as características da população e conhecer o método de trabalho dos vários serviços, compreendendo a articulação entre os vários profissionais da equipa. Deste modo, considerou-se fundamental definir as necessidades dos serviços, no que diz respeito à problemática abordada neste projeto, possibilitando-nos planear as formas de intervenção adequadas a cada realidade encontrada, consoante as lacunas existentes.

Na UCIN onde se realizou o estágio na região do Alentejo Central, em articulação com a enfermeira orientadora, considerou-se fundamental a elaboração de um folheto, sobre o aleitamento materno exclusivo. Isto porque, nesta unidade não existia qualquer tipo de suporte, que tivesse a informação essencial e o mais atualizada possível, que permitisse a capacitação dos pais, sobre esta temática. Este folheto contém assim, toda a informação necessária para os pais, particularmente nestes casos em que os recém-nascidos se encontram internados por longos períodos, nomeadamente acerca das formas de extração de leite materno, as vantagens que este tem para o desenvolvimento e crescimento do bebé, bem como as formas de conservação do mesmo. Este folheto destina-se a ser entregue aos pais, no momento da alta do recém-nascido, juntamente com o guia de alta que é fornecido pela respetiva unidade, com o intuito de esclarecer dúvidas que estes tenham sobre o aleitamento materno, abordando a importância da aquisição de bons hábitos alimentares desde o nascimento.

No que se refere, aos CSP mais especificamente na UCSP de um concelho do Alentejo Central, onde se realizou o último estágio, tendo em conta a informação que foi recolhida acerca das necessidades sentida nesta unidade, decidiu-se elaborar uma *checklist*, que permite avaliar

os hábitos alimentares das crianças, que recorrem à Consulta de Saúde Infantil. Embora já fossem questionados os hábitos alimentares durante estas consultas, considerou-se que as questões referentes à temática que se encontram no programa informático, especificamente no que se refere aos ‘Erros Alimentares’, são insuficientes. Bem como se verificou através da recolha dos dados para o estudo observacional, realizado nesta unidade, que existem ainda um número elevado de crianças que não tem informação relativa aos hábitos alimentares. Desta forma, esta *checklist* que é composta por um conjunto variado de alimentos, considera-se um elemento fundamental, sendo realizada com base na literatura relativa a esta temática.

Foi ainda elaborado para a UCSP um guia com a informação essencial, no que se refere à introdução dos alimentos durante o primeiro ano de vida do bebé, uma vez que nesta unidade não existia nenhum documento destinado à capacitação dos pais nesta área, denominado a ‘Alimentação no Primeiro Ano de Vida - Guia para iniciar a alimentação do seu bebé!’. Este guia deve ser entregue aos pais, durante a consulta de saúde infantil e contém respostas a algumas dúvidas que preocupam os pais, nesta fase de transição, proporcionado o crescimento e desenvolvimento dos filhos, por forma a incutir hábitos alimentares saudáveis. Todas as atividades que foram desenvolvidas, ao longo dos estágios, tiveram uma aceitação e balanço positivo, pois foram todas aprovadas e implementadas nos diversos serviços, para as quais foram elaboradas e aceites pelas várias equipas, bem como enfermeiros chefes e orientadores, constituindo-se desta forma as várias atividades como uma mais-valia.

2.6.4. Desenvolvimento de competências e capacidades acerca da temática

Ao longo de todo este percurso formativo, existiu sempre preocupação com a aquisição de conhecimentos, competências e capacidades, relativamente à problemática da obesidade infantil. A busca de conhecimento científico foi uma constante durante este curso de Mestrado, pelo que se desenvolveu uma pesquisa na literatura mais recente possível, que servisse de pilar para este projeto. Como tal, a revisão da literatura faz parte de “(...) todas as etapas da conceptualização da investigação (...)” (Fortin, 2009: 87), baseando-se nos conhecimentos existentes sobre um determinado tema, de modo a permitir que se adquiram novos. A pesquisa na literatura materializou-se na realização de uma revisão da literatura, especificamente uma *scoping review* acerca da temática da obesidade infantil, mais especificamente a sua relação com o marketing/publicidade aos alimentos. Este assunto ainda se encontra pouco desenvolvido

em Portugal, apesar de recentemente ter sido publicado um decreto de lei que aborda esta problemática, considera-se que existe um longo caminho a percorrer.

Este artigo foi elaborado com base na avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados, recorrendo a ferramentas de avaliação crítica de *Joanna Briggs Institute*, onde foram incluídos 5 estudos, agrupados pela abordagem metodológica, todos de natureza quantitativa. Definiu-se como objetivo geral mapear a evidência científica, que se encontra disponível relativamente à relação, entre o marketing/publicidade alimentar e a obesidade infantil. Os artigos relacionam o marketing alimentar com a obesidade infantil, tendo em conta as várias formas de marketing/publicidade às quais as crianças estão expostas nos dias de hoje, assim, três dos estudos estão relacionados com o impacto da publicidade televisiva nas escolhas alimentares das crianças; outro com o impacto da publicidade na Internet e por último um com o impacto da publicidade que existe junto das escolas. As conclusões que foram possível retirar pela análise dos estudos, referem que existe evidência de que as crianças, passam cada vez mais tempo a ver televisão, tendo mais facilmente acesso à internet. Como tal, deixam-se mais facilmente influenciar pelos anúncios a alimentos, regulando assim os seus hábitos de vida pelo que é anunciado, portanto, é imprescindível que existia uma maior regulamentação e restrição da publicidade alimentar. O artigo foi realizado de acordo com as normas de publicação, da Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento [RIASE].

Através da realização das referidas atividades, com o intuito de capacitar os pais ou familiares e as respetivas crianças, para o facto de ser fundamental adquirir estilos de vida saudáveis, foi-nos possível contribuir para a prevenção das elevadas taxas de obesidade infantil e excesso de peso. Todas estas atividades realizadas nos vários contextos, bem como os respetivos profissionais de saúde de cada unidade de saúde, foram cruciais para a elaboração deste projeto, com vista a que estes possam dar continuidade às atividades, acreditando que tenhamos desta forma, conseguido alertar todos os intervenientes, para esta problemática.

2.7. Avaliação e discussão dos resultados obtidos

A quinta etapa é a avaliação que tem de ser realizada em vários momentos do projeto, sendo um processo contínuo, ou seja, tem de se efetuar uma avaliação intermédia que deve ser feita em paralelo com a fase de execução e uma avaliação final em que é avaliado todo o processo que teve de se percorrer bem como o produto final (Ruivo *et al.*, 2010). Deste modo, foi

realizada uma avaliação intermédia, de modo a compreender as lacunas e as necessidades de readaptar os objetivos e as atividades que se encontravam delineadas, sendo esta efetuada entre as fases de planeamento e execução do projeto, permitindo uma reflexão sobre tudo o que foi elaborado. A avaliação deve ter a capacidade de proporcionar os elementos fundamentais que permitam melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia, bem como uma “(...) retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos (...)” (Carvalho *et al.*, 2001, citado por Ruivo *et al.*, 2010: 24). No que se refere à avaliação final, foi efetuada após a materialização das várias fases que compõem este projeto.

A avaliação do projeto foi realizada de várias formas, através da avaliação dos objetivos, das atividades efetuadas, e ainda pela apreciação global do respetivo projeto. Inicialmente com base na análise dos questionários, que foram aplicados nos diferentes contextos às crianças, aos pais ou familiares, e que permitem perceber quais os hábitos de vida adotados por estas crianças, especificamente em idade escolar, bem como a realidade acerca da obesidade infantil nos diversos locais de estágio. Por forma a compreender melhor os dados recolhidos, decidiu-se relacionar algumas das variáveis do questionário, que permitem interpretar os dados com base na informação que se pretende, tal como foi referido anteriormente, na fase do diagnóstico da situação. Nomeadamente as atividades lúdicas que as crianças referem como preferidas, com as categorias de peso normal, excesso de peso e obesidade, concluindo-se que as crianças com excesso de peso e obesidade, tem preferência nas atividades lúdicas que contribuem para um maior sedentarismo, enquanto nas crianças com peso normal as atividades lúdicas preferidas, são as que implicam brincar no exterior. Através da relação entre o peso e a altura das crianças, calculou-se o IMC das crianças, o que permitiu inferir a percentagem de obesidade infantil nesta amostra é ligeiramente superior à realidade a nível nacional, por sua vez, a percentagem com excesso de peso é inferior.

Foi também possível retirar conclusões dos dados relativos aos hábitos alimentares destas crianças, de forma a compreender estes dados à luz do valor do IMC e respetiva classificação de excesso de peso e obesidade, embora se tenha considerado que existiram algumas lacunas. Após a análise dos dados relativos aos hábitos alimentares, verificou-se que deveria ter sido criada uma categoria intermédia entre as categorias ‘Nenhuma’ e ‘Uma vez por dia’, considerando-se esta uma limitação do estudo, não tendo sido detetada numa fase anterior, pelo que se considera fundamental refletir sobre a mesma. Assim, algumas das respostas que se encontram na categoria ‘Nenhuma’, poderiam encontrar-se numa outra categoria, caso existisse uma categoria intermédia, ou seja, por exemplo ‘Uma vez por semana’ ou ‘Uma a três vezes

por semana'. Durante todo o período da aplicação dos questionários, pretendia-se compreender o consumo de alimentos tendo em conta o seu consumo diário e não semanal, verificando-se apenas mais tarde, que poderia ter sido igualmente benéfico para o estudo. Esta situação aplica-se mais especificamente no que se refere aos alimentos de pastelaria, fritos e *fast-food*, em que a grande maioria das crianças respondeu 'Nenhuma', embora algumas ingerem estes alimentos algumas vezes por semana e não diariamente. Existe também outra limitação encontrada neste estudo, pois foi utilizado o método de amostragem não probabilística, ou seja, uma amostragem por conveniência ou acidental, sendo que esta representa uma lacuna, uma vez que "(...) não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra." (Fortin, 2009: 321). Consideramos que o número total da amostra obtida, que corresponde a 51 participantes é também uma limitação para este estudo, uma vez que não permite que se façam generalizações dos resultados obtidos, embora tenha permitido realizar o diagnóstico da situação.

Pela efetivação da atividade que nos permitiu a caracterizar as crianças da UCSP, ou seja, o estudo observacional realizado, verificou-se que na população dos 6 aos 10 de um concelho do Alentejo Central, no ano de 2019, a percentagem de excesso de peso é inferior à realidade a nível nacional, no entanto a percentagem de obesidade infantil é ligeiramente superior nesta população. Os dados obtidos neste estudo permitiram aferir quais os hábitos alimentares, das crianças deste concelho, com base nas respostas fornecidas e registadas no programa informático, possibilitando ter uma noção geral acerca dos alimentos que estas ingerem diariamente. Desta forma constatou-se que, existe uma maior proporção de crianças com obesidade infantil a referir ingerir diariamente produtos como sumos, doces, bolachas, do que as crianças com peso normal, que referem ingerir esses produtos apenas esporadicamente.

Existem algumas limitações neste estudo, sendo que uma delas consiste no facto de as avaliações que se encontram registadas, referentes aos dados antropométricos de cada criança no programa informático, não estarem atualizadas. Ou seja, existem crianças que não tem registadas qualquer avaliação e outras que apenas tem registadas avaliações de peso, altura e IMC nos primeiros anos de vida. Deste modo, apenas foram consideradas as crianças, que tinham pelo menos uma avaliação entre os 6 e os 10 anos, que fosse a mais atual. Teria sido mais adequado se tivesse sido possível recolher estes dados referentes à idade correta de cada criança, neste preciso momento. Outra limitação que se considerou foi o facto de não existirem muitos registos referentes aos hábitos alimentares destas crianças no programa informático, ou seja, durante as consultas deveriam ser sempre registados estes dados e abordada esta temática.

O modo como as questões se encontram delineadas no programa, não permitem uma avaliação adequada e completa dos hábitos alimentares. Isto porque, deveriam ser integrados mais alimentos no programa, e as respostas não se deveriam limitar a ‘Esporadicamente’ ou ‘Diariamente’, dando apenas a noção do que ingerem diariamente ou não, caso se pretendesse compreender melhor os hábitos deveria existir respostas mais precisas e detalhadas.

Posteriormente, na fase de execução do projeto, o indicador de avaliação consistiu na adesão às sessões de EpS realizadas, bem como o impacto das mesmas nos diversos contextos de estágio. Assim a avaliação foi feita com base na aplicação de questionários próprios, entregues aos participantes no final das sessões sobre a temática e que permitem materializar, o grau de satisfação face ao que foi apresentado. O questionário de avaliação do grau de satisfação da sessão (Apêndice 32) é composto por 4 questões fechadas, onde o grupo A corresponde aos conteúdos e métodos, B à avaliação da formadora, C à organização da sessão, D à avaliação global da formação, sendo que cada uma das questões se encontram depois subdivididas. Cada questão é avaliada de acordo com 4 itens: 1 - Insuficiente, 2 - Suficiente, 3 - Bom e 4 - Muito Bom. E ainda uma questão aberta, que corresponde à letra E onde existia espaço para críticas, comentários ou sugestões, como não existiram respostas, esta questão não foi contabilizada.

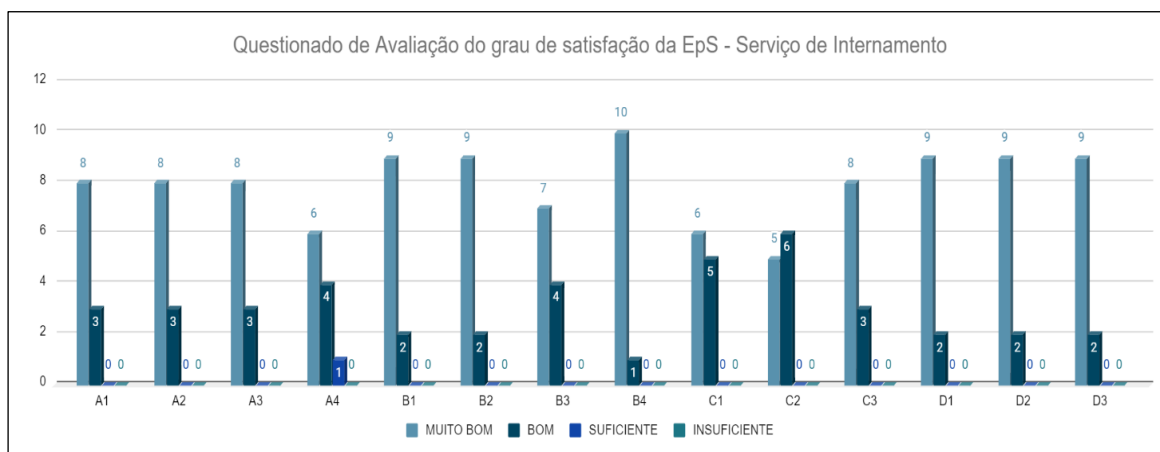
Assim, no serviço de internamento estiveram presentes na sessão um total de 11 elementos, ou seja, pais e as respetivas crianças que se encontravam internados no serviço, durante o período em que se realizou estágio. Já no caso da UCSP assistiram à sessão 9 formandos, também os pais e as respetivas crianças, sendo que foram convocadas crianças em idade escolar do concelho do Alentejo Central, e apenas esse número compareceu no dia da formação. Na UUP a sessão de formação foi realizada aos enfermeiros da equipa, tendo em conta a particularidade do serviço, decidiu-se abordar esta problemática aos profissionais, de forma a rever conteúdos, 7 elementos assistiram à formação.

Pela análise do questionário que foi aplicado, no final das sessões e com base no tratamento dos dados obtidos, recorrendo ao programa SPSS 26.0, obtiveram-se os gráficos que se apresentam de seguida, com todas as respostas dos formandos, em cada um dos contextos de estágio. Desta forma, optou-se por analisar de uma forma detalhada duas das questões do questionário, para cada um dos estágios, ou seja, a questão A mais especificamente a A3: Interesse dos conteúdos abordados e a questão D nomeadamente D2: Possibilitou a aquisição

de novos conhecimentos sobre a Obesidade Infantil. Na Tabela 3 estão os restantes resultados obtidos da análise do questionário, para cada uma das questões encontram-se em Apêndice 33.

No caso do serviço de internamento analisando a questão, que se refere ao interesse dos conteúdos abordados durante a sessão, 3 dos formandos que corresponde a 27,27% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e 8 formandos que equivale a 72,73% o score 4 ‘Muito Bom’. Na questão sobre se esta sessão possibilitou a aquisição de novos conhecimentos sobre a Obesidade Infantil, conclui-se que 2 dos formandos que corresponde a 18,18% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e 81,82%, ou seja, 9 dos formandos o score 4 ‘Muito Bom’. Nestas duas questões verificou-se que a maioria dos formandos, atribuiu a pontuação máxima na escala definida (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada no Serviço de Internamento



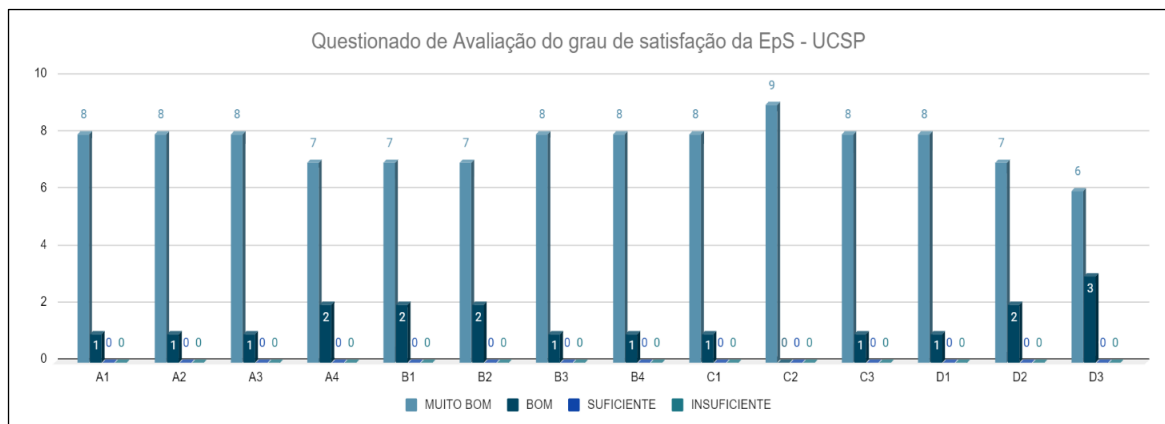
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados aos formandos após a EpS

Na UCSP a questão referente ao interesse dos conteúdos abordados durante a sessão, 1 dos formandos que corresponde a 11,11% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e 8 formandos que equivale a 88,89% o score 4 ‘Muito Bom’. Já na questão sobre se esta sessão possibilitou a aquisição de novos conhecimentos acerca da obesidade infantil, constatou-se que 2 dos formandos correspondendo a 22,22% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e ainda 77,78% dos formandos o que corresponde a um total de 7 atribuiu o score 4 ‘Muito Bom’. Nesta unidade de saúde, também nas duas questões se verificou que a maioria dos formandos, atribuiu a pontuação máxima na escala que foi inicialmente definida (Gráfico 12).

Com base na sessão realizada na UUP aos profissionais de saúde, decidiu-se igualmente analisar a questão referente ao interesse dos conteúdos abordados durante a sessão, onde 3 dos formandos que corresponde a 42,86% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e 4 formandos que equivale

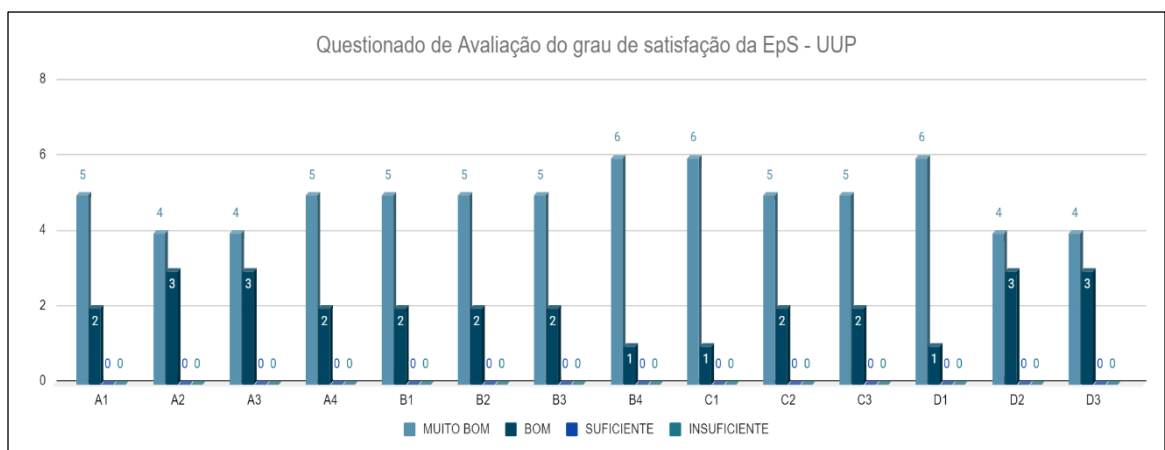
a 57,14% atribuíram o score 4 ‘Muito Bom’. Na questão sobre se esta sessão possibilitou a aquisição de novos conhecimentos sobre a obesidade infantil, conclui-se que 3 dos formandos que corresponde a 42,86% atribuíram o score 3 ‘Bom’ e ainda 4 formandos o que equivale a 57,14% o score 4 ‘Muito Bom’. Como tal, em ambas as questões abordadas, a maioria dos formandos atribuiu a pontuação máxima na escala que foi definida (Gráfico 13).

Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada na UCSP



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados aos formandos após a EpS

Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos formandos ao questionário de avaliação do grau de satisfação da EpS realizada na UUP



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados aos formandos após a EpS

Para além deste questionário, foi ainda entregue no final de cada sessão um questionário para avaliação do formando, relativamente aos conteúdos que foram abordados na sessão de EpS. Este é composto por 5 questões fechadas de escolha múltipla, no caso das sessões realizadas no Serviço de Internamento e da UUP (Apêndice 34), e por 6 questões fechadas na sessão realizada na UCSP (Apêndice 35), atribuindo-se uma percentagem de 100% quando

todas as respostas estiverem corretas. Os dados deste questionário, foram posteriormente analisados e sistematizados, de acordo com as percentagens médias de respostas certas, para cada uma das questões (Apêndice 36 - Tabela 4). Decidindo-se referir apenas as percentagens médias de perguntas que os formandos acertaram, deste modo no serviço de internamento esse valor corresponde a 76,7% e na UCSP foi de 79,6%. Especificamente no caso da UPP onde a sessão foi realizada aos profissionais de saúde, a percentagem média de perguntas certas é de 91,4% (Apêndice 36 - Gráfico 32). Com base nos dados referidos anteriormente é possível concluir que as sessões de EpS que foram realizadas, tiveram um impacto positivo, permitindo a aquisição de novos conhecimentos relativos aos hábitos de vida saudáveis, nas populações-alvo dos serviços de saúde onde se realizou estágio. Estas sessões revelaram-se, assim um indicador de sucesso do projeto que foi desenvolvido.

Por último, os resultados obtidos com este estudo serão divulgados, através da elaboração do presente Relatório Final, onde se encontram todos os dados que foram recolhidos e posteriormente analisados. A metodologia de projeto termina quando se executa a divulgação dos resultados que se obtiverem com a implementação do projeto, pois permite que a população em geral tenha conhecimento do projeto de intervenção, bem como o percurso percorrido. Uma das formas de divulgação dos resultados de um projeto consiste na elaboração de um relatório final que “(...) constituí, um aspecto fundamental na transmissão de informação (...)”. No que respeita à área da saúde, a divulgação dos resultados é muito importância, pois é “(...) uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre caminho a seguir, delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema nos vários contextos.” (Ruivo *et al.*, 2010: 32). Esta etapa deve ser corretamente planeada, de modo a fornecer informação ao público em geral, possibilitando a discussão das estratégias utilizadas na resolução do problema.

Deste modo, após a implementação deste projeto de intervenção conclui-se que todas as atividades que foram propostas inicialmente, foram realizadas de acordo com o planeado, bem como os objetivos traçados na fase inicial foram alcançados. A efetivação deste projeto permitiu compreender os hábitos de vida, das populações-alvo, de cada um dos contextos de estágio onde foi aplicado o questionário. Permitiu também sensibilizar e promover estilos de vida saudáveis, às crianças que se encontravam nas várias unidades de saúde, tendo em conta as sessões de EpS desenvolvidas, bem como todas as atividades implementadas.

3. ANÁLISE REFLEXIVA: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE GENERALISTA A ESPECIALISTA E MESTRE

Enquanto disciplina do âmbito da ciência, a profissão de enfermagem“(...) estuda o cuidado humano e que se materializa como trabalho exercido (...)” implicando, assim, um desenvolvimento de conhecimentos permanente, por parte dos profissionais. A enfermagem tem o dever de contribuir, constantemente, para a construção de conhecimento, que sustente “(...) ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes (...)” (Pires, 2009:744). Deste modo, considera-se fundamental que os enfermeiros, tenham como linha orientadora o constante aperfeiçoamento profissional, que não é apenas considerado como uma simples atualização de conhecimentos. Este deve ser visto como o “(...) caminho da construção de competências (...) e entende-se que as formas de operacionalização e promoção do desenvolvimento pessoal e profissional (...)” devem ter em consideração a formação continua, uma vez que, a aprendizagem ao longo da vida é entendida, como forma de atualização e desenvolvimento profissional (OE, 2015a: 43).

O conceito de competência é entendido como um conjunto de saberes, que são mobilizados em contexto de trabalho, considerando-se como componentes o saber, o saber fazer e ainda o saber ser. Desta forma, o conceito de saber pode ser compreendido como os factos ou regras, bem como o saber fazer diz respeito aos procedimentos empíricos, que se desenvolvem na prática quotidiana de uma profissão. Enquanto que o saber ser é visto como o saber social ou senso comum, “(...) que mobiliza estratégias e raciocínios complexos, interpretações e visões de mundo.” (Vieira & Luz, 2005: 97). A competência profissional do enfermeiro divide-se em três tipos de competências essenciais, ou seja, a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional. Assim, a competência cognitiva que se encontra relacionada com o processo de enfermagem, composta pela identificação das necessidades do utente, a análise e interpretação dos dados recolhidos, a planificação das atividades tendo em conta as prioridades, a justificação das intervenções e ainda a avaliação do progresso da situação clínica dos utentes. Relativamente à competência técnica que está associada execução, ou seja, efetuar de forma adequada os procedimentos com base nas normas estabelecidas. Já a competência comunicacional encontra-se relacionada com o “(...) saber ouvir; comunicar de forma adequada

às características do cliente/família (...)” realizar ensinamentos adequados, registar toda a informação pertinente de forma sintética, fornecer informações corretas, bem como a construção de uma relação de ajuda com os utentes (Alarcão & Rua, 2005:375).

Os estágios clínicos são essenciais para o desenvolvimento de competências e habilidades, sendo considerados momentos de observação, bem como intervenção nos vários contextos de serviços de saúde, que tem como intuito o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, por parte dos estudantes (Alarcão & Rua, 2005). Considera-se que a reflexão assume um papel preponderante no processo de aprendizagem, pelo que, a prática reflexiva em enfermagem é vista como fundamental no decorrer da aprendizagem profissional, assumindo-se assim como essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. A prática reflexiva é considerada como uma habilidade imprescindível nos contextos clínicos, pois possibilita que os estudantes sejam autoconscientes e prestem cuidados de qualidade, sempre com atitudes de reflexão nas várias etapas. A reflexão torna-se fundamental desde os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer do percurso formativo, mas também durante a tomada de decisão na prática de cuidados em contexto prático (Peixoto & Peixoto, 2016).

Com base no plano de estudos que se encontra em vigor para este Mestrado, foram realizados dois estágios clínicos, o Estágio I e Estágio Final, em vários contextos clínicos de prestação de cuidados à criança ou jovem e família, relacionando-se a componente teórica com a prática. Estes estágios proporcionaram uma consolidação dos conhecimentos teóricos que foram alcançados, numa fase anterior durante o período de aulas teóricas contemplado no plano de estudos, bem como a aquisição de novos saberes e competências.

Considera-se que o exercício profissional que tem por base proporcionar cuidados de qualidade, apenas será praticável caso se desenvolvam as competências, na sua plenitude e sustentando sempre em conhecimento científico, mais atualizado e recente. É crucial que se adquira capacidade de reflexão crítica acerca das competências que foram alcançadas, para que seja possível demonstrar a concretização dos objetivos que foram propostos para este projeto. Neste capítulo realiza-se uma descrição e reflexão das competências comuns de especialista, as específicas do EEESIP e as competências de Mestre, que foram adquiridas, com base no que foi experienciado, nos diferentes contextos. Demonstrando-se uma capacidade de reflexão sobre os acontecimentos, fundamentando as decisões tomadas nos conhecimentos teóricos e evidência científica, tal como a descrição dos diversos passos que culminaram na implementação deste projeto de intervenção.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Nos dias de hoje, a prestação de cuidados de Enfermagem, tem vindo a adquirir cada vez mais importância, bem como uma enorme exigência técnica e científica, deste modo tanto a diferenciação como a especialização, são consideradas uma realidade para os enfermeiros. Tendo em conta o que se encontra estipulado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, também este tem acompanhado esta exigência, atribuindo o título de enfermeiro especialista, em seis especialidades distintas, cada uma com as suas particularidades (OE, 2019). Com base no regulamento n.º 140/2019 que se intitula de ‘Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista’, define-se enfermeiro especialista como sendo o profissional de saúde na área de Enfermagem:

“(…) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que viu ser -lhe atribuído (…) o título de Enfermeiro especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2019: 4744).

Posto isto, para que se atribua o título de enfermeiro especialista é fundamental que além da aquisição de competências específicas de cada uma das Especialidades em Enfermagem, enunciadas nos respetivos regulamentos, os enfermeiros compartilhem um conjunto de competências comuns, que são:

“(…) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2019: 4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista possibilitam a execução de várias ações por parte dos enfermeiros, desde a educação para a saúde dos utentes e formação dos pares, passando também pela orientação e aconselhamento dos mesmos. Existe ainda o dever por parte dos enfermeiros, em disseminar e efetivar diversas formas de investigação relevantes e pertinentes, através de um conjunto de competências comuns e transversais, proporcionando uma melhoria dos cuidados de enfermagem. Assim, as competências clínicas especializadas permitem, que o enfermeiro especialista adquira novos conhecimentos, capacidades e habilidades, tendo em conta as necessidades das populações, por forma a atuar nos diferentes contextos da sua vida e nos diversos níveis de prevenção (OE, 2019).

Este capítulo aborda inicialmente as competências dos enfermeiros, partindo do geral para posteriormente no capítulo seguinte se centrar nas competências específicas da área de

especialização, pelo que se procede à análise reflexiva acerca competências comuns do enfermeiro especialista. Como tal, procede-se à análise das referidas competências, que foram efetivadas ao longo de todo o processo académico, nomeadamente durante os estágios clínicos, com base nos quatro domínios das competências comuns, ou seja, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e ainda o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No caso do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considera-se necessário que se alcancem duas competências, a primeira consiste em desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, com base nas normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e a segunda competência refere-se ao facto de se garantir as práticas de cuidados que respeitem tanto os direitos humanos, como as responsabilidades inerentes à profissão (OE, 2019). O desenvolvimento da profissão de enfermagem tem ocorrido a vários níveis, com especial ênfase na compreensão da responsabilidade ética e deontológica, por parte de todos os enfermeiros, constituindo-se um pilar para a sua prática (OE, 2015a).

As populações-alvo dos cuidados que foram prestados, ao longo dos vários estágios, são crianças e jovens, bem como as respetivas famílias, pelo que se teve em consideração as suas características específicas, referentes tanto ao seu desenvolvimento como crescimento, e ainda particularmente pela sua vulnerabilidade. Existiu em todos estes momentos o respeito pelos direitos da criança, que se encontram na Convenção dos Direitos da Criança, elaborado pela Unicef no ano de 1989, particularmente no que diz respeito ao interesse superior da criança, que foi sempre salvaguardado em todos os momentos. Os cuidados que foram prestados durante este percurso, tiveram em conta também, os direitos da criança hospitalizada, contemplados na Carta da Criança Hospitalizada (Levy, 1996) que visa assegurar um conjunto de direitos durante a sua estadia no hospital.

A tomada de decisão por parte do enfermeiro, implica que este identifique as necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas e comunidades, de modo a reconhecer o problema e implementar as respetivas intervenções de enfermagem (OE, 2001). O enfermeiro especialista deve prestar cuidados, com base num exercício profissional e ético, através do processo de tomada de decisão ética e deontológica, tendo em conta a avaliação das melhores práticas e das

necessidades dos utentes (OE, 2019). Considera-se que o processo de tomada de decisão, se encontra estreitamente associado tanto às questões éticas, como às deontológicas inerentes à prática clínica dos enfermeiros, permitindo que se prestem cuidados de forma segura. Nos vários contextos de estágios, aquando da prestação de cuidados, durante a tomada de decisão, foram sempre tidos em consideração os princípios do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], tal como os valores, direitos e deveres que se encontram estipulados pelo Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O processo de tomada de decisão esteve presente em todos os contextos de estágio, desde a identificação dos problemas, passando pela sua resolução com base no conhecimento e experiência, até à avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão. Existiram determinadas situações, nas quais estivemos incluídos na tomada de decisão das várias equipas dos serviços onde se realizaram os estágios, nomeadamente no Serviço de Internamento, na UCIN e ainda na UCSP, sustentando-se todas as atividades desenvolvidas na deontologia profissional. Em todos estes locais de estágio, existiu a necessidade de avaliação das aptidões das famílias, para a prestação de cuidados às crianças, que se apresentavam em situações particulares, sendo estes acontecimentos sempre discutidos em equipa, por forma a encontrar estratégias de resolução dos problemas, em parceria com as famílias. Concretamente pelo facto de algumas das crianças se encontrarem internadas nos serviços devido à sua situação familiar, implicou o levamento das necessidades das mesmas e posteriormente uma intervenção adequada. Em alguns casos existiu a necessidade de referenciação destas para equipas mais específicas, para uma avaliação mais pormenorizada e respetivo acompanhamento. Deste modo, considera-se o EEESIP como sendo um elemento essencial, durante o processo de tomada de decisão ética e deontológica, em todas as circunstâncias de prestação de cuidado à criança ou jovem e à sua família, independentemente do contexto.

Tal como foi anteriormente referido, a profissão de enfermagem rege-se por um conjunto de documentos essenciais para a prática clínica, nomeadamente o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde constam todos os artigos que definem o funcionamento da organização e ainda a deontologia profissional. Ao longo de todo o percurso formativo, foi possível rever e aprofundar conhecimentos referente a alguns desses documentos, que se consideram o pilar da profissão, tanto durante os semestres teóricos deste Mestrado, por exemplo pela unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, bem como na prática clínica.

Em todos os locais de estágio, durante a prestação de cuidados à criança, jovem e família, foram tidos em conta todos os aspetos referidos pela deontologia profissional, bem como pelos princípios éticos básicos, ou seja, o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Tendo em conta que todos os enfermeiros têm em consideração a Deontologia Profissional, como sendo um documento imprescindível para a sua prestação de cuidados, considerou-se fundamental abordar o artigo 99º do Capítulo VI, que refere:

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. São valores universais (...) a igualdade; a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e aperfeiçoamento pessoal.” (OE, 2015b:8078).

Considera-se fundamental que o enfermeiro especialista tenha “(...) uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados (...)” (OE, 2019:4746). Com base na Deontologia Profissional consideramos que seria pertinente refletir sobre os pontos que mais se enquadram na prestação de cuidados nos vários estágios. Assim, decidimos analisar o Artigo 102º que diz respeito aos valores humanos, onde:

“ O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; b) Salvar os direitos das crianças, protegendo -as de qualquer forma de abuso; (...) e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida (...)” (OE, 2015b: 8079).

Na prestação de cuidados à criança ou jovens e à sua família, demonstramos em todos os contextos o respeito pelos seus valores, sem qualquer tipo de discriminação ou juízo acerca do seu comportamento ou forma de viver. Uma situação que recordamos e que espelha esta realidade, passou-se tanto na UCSP, como no serviço de internamento onde foram prestados cuidados a diferentes etnias, vários extratos sociais, também com escolhas religiosas distintas, pelo que, se teve sempre em conta as particularidades de cada família, nunca tecendo qualquer tipo de juízo de valor, discriminação ou impondo as nossas crenças pessoais. Uma outra situação refere-se ao assunto do aleitamento materno ou alimentação com leite artificial, que se considera um assunto onde demonstramos sempre respeito pelas escolhas das famílias, embora tenham sido fornecidas informações com base na melhor e mais atual evidência científica. Tal como foi referido anteriormente, foram sempre respeitados os direitos das crianças.

Tivemos também como preocupação o cumprimento do Artigo 105.º que se refere ao dever de informação, uma vez que o enfermeiro tem o dever de: “(...) a) Informar o indivíduo e a

família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (...)” (OE, 2015b: 8079). Nos vários momentos de prestação de cuidados às crianças ou jovens e família, teve-se sempre em atenção a importância de explicar todos os passos dos procedimentos que foram realizados nos diversos locais, tanto à família como às crianças ou jovens, de modo o que existisse a liberdade para colocarem as suas questões. Foi utilizada sempre linguagem e termos adequados a cada criança, jovem ou família, por forma a facilitar a compreensão da informação fornecida, e assim não existissem dúvidas. Os questionários (Apêndice 10) que foram aplicados no projeto de intervenção, tiveram como fundamento um consentimento informado, com linguagem adequada, pelo que também este direito foi sempre contemplado ao longo dos estágios. Uma outra situação específica que recordamos, consiste no consentimento informado que é preenchido pelos pais aquando das intervenções cirúrgicas, que eram realizadas às crianças e jovens no serviço de internamento. Bem como, o consentimento informado referente a outros procedimentos que eram realizados, nomeadamente o serviço de internamento ou na UPP, como no caso das transfusões de sangue que eram aplicadas às mesmas.

Relativamente ao Artigo 106.º que aborda o dever de sigilo profissional, por parte do enfermeiro, sendo que este se encontra:

“(...) obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, (...) a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (...) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (OE, 2015a: 8079).

Sendo o sigilo profissional um dever do enfermeiro, é possível analisar este artigo tanto durante a prestação de cuidados de forma direta à criança ou jovem e família, como no processo de colheita de dados junto dos mesmos para efeitos de investigação ou académicos. No que diz respeito à prestação direta de cuidados, em todos os locais de estágio toda a informação referente à situação clínica das crianças e dos jovens, apenas foi facultada aos pais, ou então aos cuidadores que detinham a responsabilidade legal sobre os mesmos na ausência dos pais. Toda a informação que foi fornecida aos familiares, aconteceu apenas de forma presencial, ou seja, nunca foi facultado qualquer dado referente às crianças e jovens, que recorreram aos serviços de saúde onde se realizaram os estágios, nem relativa à família dos mesmos, através de nenhum meio de comunicação. Durante o processo de colheita dos dados das crianças para a elaboração deste projeto, tanto na grelha de observação como nos questionários, com fins académicos e de investigação, foram respeitadas todas as questões éticas e legais, e ainda mantidos os princípios de anonimato e confidencialidade dos participantes. Foram também

solicitadas todas as aprovações às comissões de ética das instituições, para que todas as atividades delineadas, fossem executadas com sucesso.

Acreditou-se que é igualmente pertinente refletir acerca do Artigo 107.º, que se refere ao respeito pela intimidade, sendo que o enfermeiro tem o dever de:

“(…) a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (OE, 2015b: 8080).

Em todos os momentos de prestação de cuidados nos diversos contextos de estágio, teve-se sempre como foco o respeito pela intimidade e dignidade de cada criança ou jovem, bem como da família. Deste modo, ao longo de todo o nosso percurso tivemos em consideração a privacidade e intimidade, como no caso da UPP onde a triagem era realizada numa sala própria, em que se encontravam apenas os enfermeiros, a criança e um acompanhante. Outro exemplo passa pelo serviço de internamento, onde a prestação de cuidados, ou seja, execução dos procedimentos de enfermagem são realizados numa sala própria, onde apenas se encontra a criança e os pais, permitindo privacidade e salvaguardando a sua intimidade. No entanto, em alguns casos específicos como na Unidade de Neonatologia, nem sempre se cumpriu rigorosamente estes pressupostos, por ser um serviço muito pequeno e pela proximidade física entre os recém-nascidos e os pais, era por vezes difícil que os diálogos estabelecidos fossem perceptíveis por todos. Deste modo, houve sempre um enorme cuidado por todos os elementos da equipa em manter a máxima privacidade e intimidade. Como forma de conseguirmos superar essa lacuna utilizamos várias estratégias, como o tom de voz utilizado e a maior proximidade possível. Quando a particularidade do assunto o exigia, os pais eram encaminhados para uma sala à parte, onde existia privacidade e poderiam ser abordados os temas mais delicados e pessoais.

Por fim, o Artigo 110º que se refere à humanização dos cuidados, em que se considera que o enfermeiro tem o dever de “(…) a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (OE, 2015b:8080). Os cuidados de enfermagem que foram prestados a todas as crianças e jovens, tiveram sempre como premissa a humanização dos mesmos, pois existem dois modelos nos quais se devem basear todas as práticas, o modelo da parceria de cuidados e ainda os cuidados centrados na família. Deste modo, durante a prestação de cuidados, em todos os locais onde se desenvolveram os estágios, considerou-se sempre a família como fundamental devendo ser incluída nos cuidados,

participando assim de forma ativa nos mesmos. Um exemplo de situações que espelham a humanização dos cuidados, nos vários serviços, passa pela decoração dos espaços de acordo com as faixas etárias, uma vez que se trata tanto de crianças e jovens, onde as ilustrações nas paredes com desenhos, bem como as salas com jogos e brinquedos, possibilitam um ambiente mais acolhedor e propício ao seu desenvolvimento. Outro exemplo desta realidade, consiste no caso específico da UCIN, onde existe um ambiente acolhedor, tivemos sempre uma preocupação com os ruídos e a luminosidade, que incidem nas incubadoras dos recém-nascidos, de modo a regular também a temperatura, proporcionando o seu bem-estar e participação ativa dos pais nos cuidados.

Assim, acreditamos que as competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, implicam que os profissionais de saúde tenham uma noção aprofundada sobre os direitos humanos, em particular os direitos das crianças, dos princípios éticos, bem como, de todos os documentos que regulam a profissão. A nossa atuação teve sempre como fundamento estes pressupostos, sendo que os pilares da prática e a experiência anterior como generalista, o conhecimento teórico desta área específica adquirido ao longo deste percurso e ainda a prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias, permitem que asseguremos de forma plena e segura, a aquisição das competências deste domínio.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Define-se qualidade em saúde como sendo “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (MS, 2015:13551). Atualmente existe cada vez mais a necessidade de implementar sistemas de qualidade, tanto a nível internacional por recomendações da OMS, como por organizações a nível nacional. Desta forma, a qualidade implica que se realize uma reflexão acerca da prática clínica, definindo-se os objetivos e delineando-se as estratégias que permitam que estes sejam alcançados, ou seja, é necessário tempo para refletir sobre os cuidados prestados. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram definidos pela OE (2001) têm como intuito, orientar todos os enfermeiros em Portugal na busca pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados, posteriormente estes deram origem à definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Assim, os Padrões de Qualidade dos Cuidados

Especializados em ESIP, são para os enfermeiros especialistas desta área, um instrumento que delimite a qualidade dos cuidados especializados, “(...) que sirva como referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade.” (OE, 2017: 2).

No domínio da melhoria contínua da qualidade consideram-se três competências que devem ser alcançadas pelos enfermeiros especialistas, nomeadamente a competência B1 que corresponde ao garantir um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; a competência B2 relacionada com o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e ainda a competência B3 que consiste em garantir um ambiente terapêutico e seguro durante a prestação de cuidados (OE, 2019:4745).

Foi desenvolvido e implementado o projeto de intervenção intitulado a ‘Obesidade Infantil: A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar’, que visa promover a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo os hábitos alimentares, numa determinada população-alvo, possibilitando o desenvolvimento de práticas de qualidade, bem como estratégias de liderança, planeamento e colaboração de programas de melhoria continua. Existiu em todos os estágios uma preocupação por compreender as lacunas existentes nas instituições, bem como as características e necessidades das populações-alvo, face à temática em estudo, para que se conseguissem colmatar e desenvolver ações adequadas. Assim, a efetivação deste projeto através da realização tanto dos estudos observacional e descritivo, pelas formas de sensibilização que foram utilizadas para as populações-alvo e ainda todas as atividades que foram desenvolvidas na área, possibilitaram a aquisição das competências B1 e B2, ao longo dos vários contextos de estágio.

Uma das atividades que foram desenvolvidas em três dos contextos de estágio, que permitiram a aquisição das referidas competências, foram realizadas sessões de EpS por forma a sensibilizar as crianças entre os 6 e os 10 anos e os pais ou familiares, acerca das consequências da obesidade infantil e de que forma esta doença pode afetar a qualidade de vida das crianças. No caso do estágio realizado na UCSP realizou-se uma *checklist* (Apêndice 20) composta por um conjunto de alimentos, que permitem fazer uma avaliação dos hábitos alimentares das crianças, durante a Consulta de Saúde Infantil. Sentimos essa necessidade, com base na opinião junto da enfermeira orientadora e enfermeiro coordenador, uma vez que apesar de se abordar o tema da alimentação, esta não era questionada de forma minuciosa. Assim,

surgiu este documento em forma de grelha de registo de dados, como complemento ao que se encontra estipulado nesta unidade de saúde, por forma colmatar esta necessidade e melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área da alimentação. Na UUP garantimos sempre o cumprimento do indicador correspondente à avaliação da dor nas crianças e jovens, tivemos igualmente preocupação no cumprimento deste procedimento, indicativo de qualidade, durante o estágio realizado no serviço de internamento.

Deste modo, ainda relativo ao serviço de internamento acreditado desde o ano de 2015, pelo modelo de certificação que reconhece a qualidade das instituições de saúde, promovendo a melhoria contínua, consolidando a importância da qualidade e segurança na prestação de cuidados (DGS, 2014). Foi possível compreender e aceder a todas as normas, durante o estágio neste serviço, que tinham sido revistas aquando do processo de acreditação, e cumpridas de forma adequada, promovendo e garantindo a qualidade e a melhoria contínua dos cuidados prestados. Outro exemplo no que se refere à melhoria contínua da qualidade diz respeito ao facto de termos utilizado o SCD/E, também no serviço de internamento, que permite a melhoria da qualidade durante a prestação de cuidados de enfermagem.

Foi possível alcançar os critérios de avaliação de competência “B1.1.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” e “B2.2.4. Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática” (OE, 2019: 4747), através da elaboração de um guia com informação sobre a introdução de alimentos no primeiro ano de vida, durante estágio que foi realizado nos CSP, que foi entregue aos pais para esclarecimento e apoio, nesta fase da vida dos seus filhos. Na UICN foi elaborado um folheto acerca do aleitamento materno, existindo já um projeto do cantinho da amamentação no hospital e na unidade um espaço próprio, onde as mães podem proceder à extração do leite. Consideramos este folheto como um contributo importante, tendo um conjunto de informação imprescindível, que foi entregue aos pais no momento da alta, onde toda a equipa se encontra já disponível para esclarecer as dúvidas e fornecer apoio.

Tendo em conta, a competência B3 que se refere ao facto de ser imprescindível garantir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019) em todos os contextos de estágio, tentamos promover um ambiente físico, psicológico, social, cultural e espiritual, que permita a segurança e proteção das crianças ou jovens e das respetivas famílias. O percurso decorrido ao longo dos estágios, possibilitou que esta unidade de competência fosse desenvolvida, tendo em conta que cada região tem características próprias, tivemos contacto com crianças, jovens e famílias de diversas

culturas e com diferentes necessidades. Na prestação de cuidados adotamos uma conduta de respeito pelo contexto cultural e espiritual de cada um, promovendo um ambiente de sensibilidade para com as populações a quem se prestaram os cuidados, proporcionando-se assim um ambiente seguro e de bem-estar.

A unidade de competência que consiste na gestão do risco ao nível das instituições, foi desenvolvida em todos os locais de estágios, prevenindo riscos ambientais, bem como a organização do trabalho por forma a diminuir a probabilidade de erro humano. São exemplos específicos, destas situações, a aplicação e respeito pelas normas relativas à execução de procedimentos, de cada um dos locais de estágio. A administração de terapêutica é outro exemplo, onde se teve sempre em consideração as recomendações da DGS (2015) acerca dos 5 certos durante a administração da medicação, pois a utilização segura do medicamento implica uma redução da prevalência dos incidentes. Relativamente às medidas de prevenção e controlo da infeção, estas foram implementadas em todos os locais estágios, especificamente aquando do uso de material de proteção individual de acordo com a necessidade, nos resíduos hospitalares foi sempre tida em conta a correta utilização de acordo com os grupos. No que diz respeito ao cumprimento das orientações de boas práticas de higienização das mãos de acordo com a DGS (2019d), foi sempre realizada tendo em contas os cinco momentos preconizados.

Com a realização das diversas atividades que foram referidas, foi possível desenvolver competências na área da melhoria da qualidade, colaborando em programas de melhoria da qualidade nas instituições de saúde ao longo do caminho percorrido, mantendo-se sempre um ambiente terapêutico favorável e seguro, com vista à gestão do risco e segurança do doente. Posto isto, considera-se que as competências neste domínio foram alcançadas, demonstrando ser uma mais-valia, pois é fundamental refletir acerca das práticas desenvolvidas. Este foi um processo recorrente em todos os estágios, não só de forma individual, mas também recorrendo aos enfermeiros orientadores e orientadores pedagógicos, na procura constante pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O domínio que diz respeito à gestão dos cuidados, engloba duas competências que consistem: (C1) na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa em articulação com a equipa multidisciplinar e ainda (C2) na adequação dos estilos de liderança

adequados a cada situação, gerindo os recursos às necessidades de cuidados, de modo a garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

De acordo com Mororó, Enders, Lira, Silva & Menezes (2017) a gestão de cuidados em enfermagem implica o planeamento, a organização e o controle na prestação de cuidados, de forma oportuna, segura e abrangente, considera-se que a gestão do cuidado de enfermagem é um requisito, para que existam cuidados de qualidade e qualificados por parte dos profissionais. Os enfermeiros com funções de gestão têm de ter uma intervenção ao nível da gestão das equipas de saúde, da estruturação e a organização do trabalho, por forma a que seja possível proporcionar condições adequadas, para a execução dos cuidados. Deste modo, na gestão dos cuidados, é fundamental que estejam presentes um conjunto de competências, que permitem aos enfermeiros realizar uma gestão eficaz e eficiente dos recursos que estão disponíveis, possuindo habilidades e atitudes que permitem uma execução de cuidados de enfermagem de qualidade (Silva & Menegat, 2014).

A liderança encontra-se intimamente relacionada com a gestão dos cuidados, sendo a comunicação imprescindível, e considerada a base da liderança, ou seja, um elemento imprescindível para esse processo (Mororó *et al.*, 2017), ao longo de todos os estágios, esta foi experienciada com o acompanhamento das enfermeiras orientadoras. Ao longo dos contextos de estágio não existiu oportunidade de orientar decisões de forma autónoma, devido à responsabilidade que está implícita. No entanto, estes momentos de aprendizagem são claramente uma oportunidade de adquirir experiência, através da observação e apoio na execução das tarefas. Como tivemos oportunidade de realizar estágio em diversos contextos de prestação de cuidados, com realidades muito distintas e particulares, bem como com populações com necessidades específicas. Como tal, foi-nos permitido compreender a gestão dos cuidados em todos os locais de estágio, colaborando-se nas decisões de cada equipa, por forma a encontrar soluções para os problemas.

Na nossa opinião, a melhor ocasião que nos foi proporcionada para a aquisição deste domínio de competências, aconteceu no estágio realizado na UUP, uma vez que a enfermeira orientadora era chefe de equipa e também acumulava o cargo de responsável do serviço com funções de gestão. Cabe ao enfermeiro chefe da equipa a responsabilidade dos cuidados, detendo o controlo e recorrendo a técnicas de supervisão, auxiliando os elementos nas suas obrigações, para as realizarem com a melhor capacidade possível (Costa, 2004). Isto permitiu-nos observar e participar na gestão dos cuidados desta unidade, ajustando os recursos às

necessidades encontradas, para os utilizar da melhor forma e mais adequada possível, permitindo prestar cuidados de qualidade. Sendo este um serviço onde a equipa é composta por um maior grupo de profissionais e onde é necessário um maior número de recursos, consideramos que a gestão é mais complexa. Tendo em conta que uma grande dificuldade passa pela gestão dos recursos humanos, tanto pela sua escassez, pelo número de insuficiente de enfermeiros em alguns dos turnos, como também complexidade ao nível da distribuição dos elementos, pelos postos de trabalho com base na sua experiência. Outro exemplo foi a aquisição de conhecimento sobre as aplicações informáticas que são utilizadas na instituição, desde os pedidos de recursos materiais que são necessários, até à sua reposição nos diferentes espaços na unidade, bem como no que se refere aos produtos farmacêuticos. Conseguimos apreender e compreender os aspetos inerentes à gestão dos cuidados nesta unidade, sempre com o apoio e suporte da enfermeira orientadora, que nos possibilitou deste modo, a aquisição das competências referentes a esta função.

Relativamente ao estágio realizado na UCSP a enfermeira orientadora era a responsável pela Saúde Infantil, e única especialista nesta área, como tal todos os turnos que foram realizados nesta unidade possibilitaram cooperar na gestão de cuidados e organização do material essencial e do espaço físico, para a prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias. As consultas de saúde infantil são agendadas previamente, no programa informático utilizado nesta unidade de saúde, permitindo que se faça um planeamento de acordo com as necessidades de cada criança ou jovem e família. Tendo em conta que a enfermeira orientadora tem acompanhado ao longo dos últimos anos as crianças desta unidade, quer como enfermeira de família ou de referência nesta área, foi mais fácil fazer o levantamento das necessidades da população-alvo, gerir a prestação de cuidados e dos recursos materiais para cada uma das situações. No caso da vacinação não existiam agendamento prévio, existiam dias específicos para a realização das mesmas com base na planificação, assim foi possível compreender a dinâmica e a gerir o tempo e os recursos, para a execução desta atividade desenvolvida.

No serviço de internamento e na UCIN foi possível realizar um turno, em cada uma das respetivas unidades de saúde, com as enfermeiras responsáveis dos serviços, de modo a compreender as especificidades destes serviços, no que diz respeito às aplicações informáticas utilizadas, tanto para os pedidos recursos materiais, como para as requisições de produtos farmacêuticos. Adquirindo conhecimentos ao nível da gestão de cuidados, por parte das enfermeiras responsáveis pela gestão de cada um destes serviços. Na prática diária de cuidados em ambos os serviços, tendo em conta o método de trabalho individual que é utilizado na

prestação de cuidados pelas equipas de enfermagem, tivemos a possibilidade de gerir cada turno consoante as necessidades das crianças, jovens e recém-nascidos que se encontravam á responsabilidade das enfermeiras orientadoras. Deste modo, foi-nos possível planear os cuidados prestados aos recém-nascidos durante a sua permanência na UCIN, incluindo o momento da alta, e a realização dos ensinios ao longo de todo o internamento, aos pais ou famílias. Também no serviço de internamento em todos os turnos realizados, foram planeados os cuidados prestados às crianças ou jovens e gerido o tempo da melhor forma, com base nas necessidades encontradas. Ainda neste contexto existiram certos turnos destinadas às cirurgias programadas, onde nos foi permitido compreender a gestão de cuidado implícita nesta área de prestação de cuidados, desde a admissão e acolhimento, passando pelos procedimentos pré-operatórios, desde a medicação e a punção de veia periférica para colocação de cateter venoso periférico, até aos cuidados no pós-operatório.

Todas as atividades que foram desenvolvidas e a colaboração nos diferentes estágios, com enfermeiras orientadoras todas com Especialidade e em alguns dos casos chefes de equipa, permitam que se alcançassem os seguintes critérios de avaliação de competência: “C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa de saúde; C2.1.4. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; C2.1.5. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.” (OE, 2019: 4748).

Considero que a delegação e supervisão de tarefas eram até este momento, situações com as quais não me encontrava habituada a lidar diariamente, na minha prática profissional. Isto porque, no serviço onde exerço a minha profissão não me deparo diariamente, com questões referentes à organização e liderança da equipa, bem como na gestão dos recursos, por não ser especialista e ser um dos elementos com menos tempo de permanecia no serviço.

Posto isto, a aquisição de competências na gestão dos cuidados, constituiu-se como uma mais-valia, durante este percurso, pois para que seja possível prestar cuidados de forma eficiente e de qualidade é fundamental que exista uma adequada gestão de cuidados, tanto ao nível dos recursos humanos como materiais. Assim, podemos afirmar que foram executadas todas as atividades para a aquisição desta competência com êxito, permitindo que estejamos mais capacitados para desempenhar este papel futuramente, no contexto onde realizamos a nossa prática diária, assumindo as intervenções nesta área.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo a OE (2019: 4745) o domínio referente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, contempla duas competências essenciais, sendo elas: o desenvolvimento do “(...) autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).”, uma vez que cabe aos enfermeiros procurar o conhecimento científico mais atualizados possível, com vista a prestar cuidados de qualidade.

Considera-se fundamental que o enfermeiro especialista demonstre “(...) a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem (...)” (OE, 2019: 4749), pelo que o conceito de autoconhecimento se define como a capacidade de reconhecimento que cada pessoa tem sobre si próprio, bem como as suas aptidões e capacidades, sendo importante reconhecer também os seus limites (Minto, Pedro, Netto, Buglian & Gorayeb, 2006). Deste modo, a reflexão que o enfermeiro faz acerca do seu autoconhecimento, tanto a nível pessoal como profissional, é extremamente relevante para a prática clínica. Esta reflexão foi contaste ao longo de todos os estágios, não foi apenas realizada de forma individual, mas com o apoio das enfermeiras orientadoras e orientadores pedagógicos, permitindo-nos otimizar a capacidade de autoconhecimento. Segundo Peixoto & Peixoto (2016) a reflexão é entendida como um elemento imprescindível para a aprendizagem, tendo um enorme reconhecimento por parte dos enfermeiros, não só por servir de apoio à sua prática. Mas também porque permite que estes reconheçam, os pontos que podem ser melhorados, como as suas capacidades, assumindo-se como uma forma de capacitação dos estudantes e profissionais.

Relativamente à gestão de sentimentos e emoções implicam sempre, por parte do profissional experiência e maturidade suficientes, para que se consiga lidar e gerir estas situações. Indo de encontro aos seguintes critérios de avaliação de competência: “D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; D1.2.3. Atua eficazmente sob pressão.” (OE, 2019: 4749). Nos diversos estágios existiram algumas situações, que impuseram uma gestão sobre aquilo que sentimos, possibilitando uma resposta da nossa parte adequada e profissional. Como por exemplo, um caso que aconteceu no serviço de internamento, onde se encontrava uma criança com diagnóstico de diabetes inaugural. Embora já tivéssemos tido contacto com esta realidade na nossa prática, esta foi a primeira vez que acompanhamos o processo desde a fase inicial, com todo o misto de sentimentos que os pais demonstraram. Acompanhar o sofrimento destes pais tornou-se emocionalmente difícil de gerir em certos momentos, no entanto exigiu da nossa parte a capacidade de gestão de emoções e sentimentos.

Conseguimos entender o nosso potencial e também quais são os nossos limites, enquanto pessoa e profissional, uma vez que face às situações que foram para nós exigentes, aprendemos a lidar com estas, mesmo em momentos em que nos encontrávamos sob pressão.

De acordo com a Deontologia Profissional, especificamente no artigo 109º relativo à excelência do exercício profissional, considera-se um dever que o enfermeiro tem de garantir “ (...) a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (OE, 2015b: 8080). Posto isto, considera-se que a atualização continua dos conhecimentos não se deve ser vista somente como um dever por parte dos enfermeiros, mas também como uma necessidade para que estes adquiram conhecimento, prestando cuidados de qualidade e baseando a sua prática na evidência científica mais atualizada. Este processo implica que exista uma pesquisa constante, adquirindo sempre novos conhecimentos, que foram demonstrados ao longo dos estágios, durante a prestação de cuidados às crianças, jovens e família.

Aquando da realização da pesquisa constata-se que apesar do tema relativo à obesidade infantil ter sido abordado, com base na informação realizada foram identificadas necessidades de atuação, sendo consideradas como oportunidades de investigação. Em todo este processo foi realizada pesquisa avançada, tendo em conta a evidência científica, que serviu de base ao desenvolvimento de todo o projeto. Realizamos também a *Scoping Review* que aborda a temática da influência do marketing/publicidade sobre a obesidade infantil, possibilitando adquirir novos conhecimentos nesta área. Estas duas formas constituíram-se como uma oportunidade de consolidação e aquisição de novos conhecimentos, com contributos para a nossa prática clínica.

Durante a efetivação deste projeto de intervenção exercemos a função de formadores em três dos contextos de estágio, realizando sessões de formação para os profissionais de saúde num dos serviços e ainda sessões de EpS para a comunidade noutros dois dos locais de estágio. Com base no diagnóstico prévio das necessidades em termos de formação, planeámos e executamos as sessões, permitindo-nos atingir os seguintes critérios de avaliação de competência: “D2.1.1 atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.1.2. diagnostica necessidades formativas; D2.1.3. concebe e gera programas e dispositivos formativos; D2.1.5. avalia o impacto da formação.” (OE, 2019: 4749). Assim, considerando os resultados da avaliação anteriormente apresentados, de todas as sessões realizadas, podemos concluir que favorecemos a aprendizagem dos formandos, e ainda contribuímos para o

desenvolvimento de habilidades e competências no caso específico dos enfermeiros, do contexto onde realizamos a formação em serviço. Possibilitamos também a aquisição de novos conhecimentos, às comunidades onde foram efetivadas as sessões de EpS.

Neste percurso, durante o contexto prático, pareceu-nos pertinente participar em congressos, jornadas ou formações, que contribuíssem para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados especializada. Desta forma, assistimos a duas jornadas que abordavam conteúdos na área da pediatria, em dois momentos distintos, as ‘Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras’ (Anexo 7) e ainda nas ‘VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira’ (Anexo 6).

Nas jornadas realizadas pelo Hospital CUF Torres Vedras os temas abordados consistiram na nutrição, especificamente a alimentação no primeiro ano de vida, passando pelas atualizações acerca desta temática, que consideramos muito pertinente para a temática que abordamos neste projeto de intervenção. Foram ainda abordadas as dietas alternativas, diversificação alimentar e os suplementos alimentares, com base nas mais recentes atualizações ou evidência científica que existem. Relativamente aos temas das alergias alimentares e da evicção de lactose e glúten, consideramos também bastante pertinente, pois permitiu-nos adquirir novos conhecimentos acerca destes assuntos. No decorrer do estágio no serviço de internamento esteve internada uma criança com intolerância ao glúten, e assim estes temas permitem que adquiramos uma bagagem científica para lidar com estas situações, caso surjam nos contextos de prática. No que se refere às alergias alimentares, que são situações que ocorrem com alguma frequência na prática diária, os conteúdos que foram abordados tornaram-se bastantes úteis, permitindo uma prática de cuidados de qualidade. Consideramos também que o tema das ‘vacinas em dia’ abordado nestas jornadas, foi uma mais-valia para a nossa prestação de cuidados. Permitiu-nos rever conhecimentos acerca da vacinação e consolidar outros já existentes, nomeadamente porque posteriormente realizámos estágio no contexto de CSP, onde era essencial desenvolver conhecimentos nesta área.

Em relação às Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira foram abordados temas relacionados com as ‘crianças no mundo global’, referimos especificamente as temáticas acerca da prematuridade e do desenvolvimento, que foram assuntos que despertaram a nossa atenção. Tendo em conta, que no momento em que decorreram estas jornadas nos encontrávamos a realizar estágio na UCIN, esta temática permitiu-nos aprofundar conhecimentos na área de cuidados ao recém-nascido prematuros.

Posto isto, considera-se crucial que o enfermeiro mantenha constantemente os seus conhecimentos atualizados, procurando a mais recente evidência científica, através da efetivação tanto do projeto de intervenção, como pela realização dos estágios nos diversos contextos. Todas as atividades que foram desenvolvidas, contribuíram para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que possibilitaram uma prestação de cuidados com qualidade e segurança. Assim, consideramos ter adquirido as competências referentes a este domínio, primando por uma prática baseada na evidência.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com a OE (2019: 4745) considera-se que as competências específicas do enfermeiro especialista, são:

“(..) as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

Deste modo, particularmente na prestação de cuidado o EEESIP que tem por base o modelo centrado no binómio criança/jovem e família, atuando sempre com o intuito da parceria com a criança/jovem e família, independentemente do contexto onde estes se encontrem. Estes profissionais prestam cuidados à criança e jovem, quer estejam saudáveis ou doentes, proporcionando-lhes educação para a saúde, recorrendo à identificação e mobilização dos recursos de suporte às famílias, com o intuito de permitir que a população alcance o mais elevado estado de saúde. A atuação do EEESIP tem como premissa tanto a avaliação, como a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem:

“(...) com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018: 19192).

A população-alvo dos cuidados dos enfermeiros especialistas nesta área, consiste na fase do ciclo de vida que corresponde desde o nascimento até aos 18 anos, em situações particulares, caso se considere necessário podem-se prestar cuidados, além dos 18 anos. O propósito do

EEESIP passa por fornecer uma resposta adequada face a situações de complexidade, nas várias áreas como a aquisição de conhecimentos e capacidades que permitam responder a situações de emergência, realizando uma avaliação da família para fazer face às necessidades (OE, 2018).

A prestação de cuidados à criança, jovem e família por parte do EEESIP, implica a aquisição de três competências específicas, que se encontram posteriormente subdivididas em unidades de competências, que possuem critérios de avaliação, sendo elas:

“(…) a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. “(OE, 2018: 19192).

Assim, neste capítulo, pretendemos realizar uma análise reflexiva, acerca da aquisição de cada uma das competências nesta área específica, ao longo do percurso formativo, tendo como ponto de partida os vários estágios realizados, até à efetivação deste projeto.

3.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Em relação à primeira competência, tivemos em consideração as particularidades da criança em termos da sua dependência, ficando ao longo do tempo cada vez mais autónomas, tendo sempre em conta o binómio criança/família, para a prestação de cuidados com base na “(...) parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (OE, 2019:19192).

Tendo em consideração a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2019:19192), foi-nos possível desenvolvê-la em todos os locais de estágio, pela relação estabelecida com as crianças, jovens e famílias, durante a prestação de cuidados. No entanto, esta unidade de competência foi particularmente adquirida durante o Estágio I, realizado no serviço de internamento, aquando da elaboração de um estudo de caso. Define-se estudo de caso como um método de pesquisa organizado, que pode ser utilizando em diversas situações, por forma a permitir que se desenvolvam conhecimentos (Andrade *et al.*, 2017), ou seja, consiste numa pesquisa empírica, que visa pesquisar fenómenos dentro de um contexto de vida real (Martins, 2008). O período de internamento da criança alvo

do referido estudo de caso, permitiu-nos não só planear os cuidados prestados, como avaliar a execução dos mesmos, à criança e família.

O estudo de caso permite que se elabore uma análise detalhada dos problemas e necessidades de uma família ou comunidade, possibilitando aos enfermeiros selecionar a melhor estratégia, por forma a resolver e solucionar os mesmos. Permite que se adquiram conhecimentos úteis para a tomada de decisão, desenvolvendo-se um corpo de conhecimento próprio em enfermagem, com o intuito de se observar, entender, avaliar e descrever uma situação real, elaborando diagnósticos e um plano de cuidados para cada população-alvo (Galdeano *et al.*, 2003). Este foi efetivado através da recolha de dados, junto de uma família nuclear composta por quatro elementos, a criança alvo dos cuidados que se encontrava internado no período do estágio, o irmão e os pais, através de uma entrevista realizada à mãe, bem como pela consulta das informações disponíveis durante o período de internamento no Alert®, programa informático utilizado neste serviço.

Assim, a realização do estudo de caso, bem como a elaboração do respetivo plano de cuidados, possibilitou-nos alcançar alguns critérios de avaliação, desta unidade de competência, nomeadamente:

“(…) E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.” (OE, 2019:19192).

No que se refere à avaliação da família do estudo de caso, utilizou-se o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família, tendo em conta as três subcategorias a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto, onde a família se insere. Foi também utilizada a Escala de *Graffar* para avaliar o nível socioeconómico desta família, através da profissão dos membros, do nível de instrução, da fonte do rendimento, o conforto do alojamento e o local da residência. A avaliação da criança realizou-se inicialmente através de uma entrevista realizada à mãe, pelo exame físico realizado à criança com base na faixa etária e ainda através da recolhida informação que se encontra no Boletim de saúde Infantil e Juvenil. Na avaliação do desenvolvimento da criança, foi utilizada como referência a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, tendo em consideração os parâmetros de referência para a idade da criança. Finalmente, com os dados relativos à família agrupados e analisados, considerou-se o processo de enfermagem como linha orientadora, elaborando-se um plano de cuidados para a criança e família, de acordo com a

linguagem CIPE, onde foram identificados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem. Para avaliar o plano de cuidados, tivemos em conta todos os momentos que a criança e família recorreram ao Hospital de Dia, de forma pontual, bem como o período em que a criança se encontrou internada no serviço de internamento.

Relativamente ao estágio realizado em contexto de CSP, consideramos que a colaboração nas consultas de saúde infantil, foi imprescindível para a aquisição desta unidade de competência. Permitindo que tivéssemos uma interação com os recém-nascidos, crianças, jovens e famílias, realizando assim uma avaliação das mesmas com o contributo e apoio da enfermeira orientadora. Ao longo das consultas de saúde infantil foram também utilizadas ferramentas, que já tinham sido abordadas e foram alvo de pesquisa bibliográficas, durante a realização do estudo de caso, como é o caso da escala de *Mary Sheridan*. Foi ainda possível recorrer ao PNSIJ onde se encontram os parâmetros a avaliar e dos cuidados antecipatórios, para cada faixa etária nestas consultas. Tal como, a avaliação da dinâmica da família ou rede de apoio sociofamiliar, que se considera essencial avaliar em todos os contactos com a criança ou jovem e a família, pelo que nos fomos adaptando a cada realidade e contexto familiar encontrado, de modo a responder às suas necessidades.

Neste contexto de estágio existiu a possibilidade de contactar com o PNV, fornecendo informação e aconselhamento às famílias acerca da necessidade do seu cumprimento, pelo que, consideramos igualmente uma forma de maximizar a saúde da criança e jovem. O critério de avaliação “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.” (OE, 2018:19193), referente a esta unidade de competência, foi desenvolvido em todos os locais de estágio, pois, sempre se estabeleceu um diálogo com base nas características de cada população-alvo.

Em relação à unidade de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (OE, 2018:19193), consideramos que foi sendo desenvolvida em todos os contextos de estágio que realizamos, particularmente no Estágio Final, na UUP e na UCIN, aquando da prestação de cuidados.

Durante o estágio na UUP tivemos oportunidade de contactar com o sistema de triagem utilizado, o que se demonstrou extremamente importante para o desenvolvimento da capacidade, que nos permitiu identificar as doenças comuns para cada idade, para que seja possível implementar respostas de enfermagem adequadas, face às necessidades encontradas

na população. Tendo em conta, que é no momento da triagem que o enfermeiro tem o primeiro contacto com as crianças, jovens e famílias, sendo desde logo realizada a primeira avaliação e observação das mesmas, onde são identificadas quaisquer alterações que possam colocar a criança ou jovem em risco, de modo a estipular as prioridades de atendimento, de acordo com a atribuição de uma cor que corresponde à gravidade da situação clínica e assim encaminhar a criança para o local de atendimento mais adequado. Por ser um momento crucial, na prestação de cuidados na UUP, o processo de triagem utilizado neste serviço permitiu-nos adquirir novos conhecimentos, por ter uma estrutura diferente à utilizada no contexto onde prestamos cuidados diariamente. Desta forma, foi-nos possível identificar as situações consoante a sua gravidade no momento da triagem, e fazer o respetivo encaminhamento, contactando assim com diversas situações que colocavam as crianças e jovens em risco e atuando em conformidade.

Nos estágios que foram realizados na UCIN e no Serviço Internamento foi-nos possível consolidar esta unidade de competência, já que em ambos existiram algumas situações de risco para as crianças, jovens e recém-nascidos internados. Nomeadamente uma criança no serviço de internamento, que apresentou inúmeros episódios de convulsão, situação com risco para a sua vida, e atuamos em concordância e em parceria com toda a equipa multidisciplinar. Tal como, nas doenças comuns para cada faixa etária, como por exemplo as crianças com diagnóstico de bronquiolite, que se encontravam internadas no serviço, uma patologia comum que necessita de vigilância e cuidados adequados.

Em todos os estágios aplicamos o Projeto de Intervenção relativo à obesidade infantil, considerada uma situação de risco que afeta de forma negativa a vida ou qualidade de vida das crianças, sendo que identificamos esta realidade aquando do contacto com as crianças e agimos sempre de acordo com as indicações, de cada serviço e da enfermeira orientadora. Permitindo-nos também alcançar esta unidade de competência e promover a maximização da saúde das crianças, que sofrem desta patologia, adquirindo melhor qualidade de vida. Por tudo isto e com base no que foi descrito anteriormente foi-nos possível atingir alguns critérios de avaliação, da referida unidade de competência, especificamente “E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.” (OE, 2018:19193).

Assim, podemos afirmar que os estágios realizados em contextos distintos e com necessidades específicas, contribuíram para adquirir conhecimentos que possibilitam assistir as

crianças, jovens e recém-nascidos, com diversas patologias, contribuindo para a promoção e maximização da saúde dos mesmos, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados, alcançando a referida competência com sucesso.

3.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

No que diz respeito à segunda competência específica do EEESIP, considera-se fundamental que este mobilize os “(...) recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (OE, 2018:19193). Tendo em conta que três dos estágios decorrerem em contextos hospital, em serviços com diferentes características e populações, esta competência foi amplamente desenvolvida nestes períodos.

Deste modo, foi-nos possível colaborar na prestação de cuidados em situações particularmente complexas, pelo que a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018:19193) foi especialmente adquirida em dois dos contextos de estágios, ou seja, na UCIN e na UPP. No que diz respeito à UCIN prestamos cuidados a um recém-nascido pré-termo, com cerca de 800 gr, que apresentava instabilidade das funções vitais e imaturidade a nível cardíaco e pulmonar, encontrando-se monitorizado e com vigilância contínua, por parte de toda a equipa. Foi possível assistir à colocação de um cateter epicutâneo e este recém-nascido, uma vez que era fundamental administrar terapêutica endovenosa, uma técnica com a qual nunca tínhamos tido oportunidade de contactar, “(...) apresentando-se como alternativa adotada para a manutenção de acesso venoso profundo e prolongado nos recém-nascidos de alto risco.” (Freitas & Nunes, 2009:216). O cateterismo epicutâneo é conhecido como cateter venoso central de inserção periférica, e apresenta algumas vantagens como a redução do número de punções venosas, terapia intravenosa por tempo prolongado, no entanto constata-se que esta técnica apresenta alguns riscos associados (Prado, Silva, Costa & Delgado, 2018). Esta situação permitiu-nos desenvolver novos conhecimentos e realizar pesquisa, para melhor compreender os cuidados prestados ao recém-nascido, fundamentais para identificar situações de instabilidade, adequando a nossa resposta às necessidades, da forma mais rápida possível.

Relembramos ainda outro exemplo que ocorreu nesta unidade, o caso de dois gémeos pré-termo em que num turno um dos recém-nascidos, teve um agravamento do seu estado clínico e

houve necessidade de ser transferido para a sala C desta unidade, por apresentar sinais de dificuldade respiratória, sendo conectado ao modo de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas [CPAP]. Este é utilizado para o tratamento de crianças e recém-nascidos com patologias respiratórias, nas UCIN como suporte ventilatório especificamente nos recém-nascidos pré-termo (Nunes *et al.*, 2012). Esta situação permitiu-nos desenvolver inúmeros conhecimentos sobre esta técnica, bem como compreender o modo de prestação de cuidados a recém-nascidos, que se encontram em situações complexas. No entanto, foi também uma situação emocional complexa, uma vez que foi necessário gerir as emoções, bem como prestar apoio e suporte aos pais, que ficaram extremamente abalados e preocupados com o facto de uma dos recém-nascidos ter agravado o seu estado clínico. Consideramos que a competência de cuidar da criança em especial complexidade, para o EEESIP vai para além da prestação de cuidados direta, mas sim prestar cuidados e suporte a toda a família, a vários níveis, incluindo o domínio emocional, acabando por nos fortalecer enquanto profissionais e a nível pessoal.

No caso do estágio realizado na UUP foi-nos possível contactar com crianças, que apresentavam várias necessidades, desde situações em que por infeções respiratórias, se encontravam com instabilidade a nível respiratórios, com sinais de dificuldade respiratória, sendo encaminhadas conforme a sua prioridade e realizado o tratamento adequado. No entanto, frisamos o exemplo de uma criança que recorreu ao serviço por apresentar um episódio de convulsão febril, uma situação de emergência médica, em que a duração da mesma condiciona o prognóstico (Bentes & Pimentel, 2003), sendo um dos problemas neurológicos mais comum durante a infância (Alencar, 2015). Para além do estado clínico da criança ao qual temos de dar resposta é fundamental prestar apoio aos pais, por ser uma situação extremamente angustiante para estes, “(...) portanto é primordial que eles sejam mantidos informados durante todo o atendimento.”, pois geralmente são momentos de muito stress e angústia para quem está a assistir (Brito, Vasconcelos & Almeida, 2017: 61). Perante esta situação consideramos ter reagido em conformidade, respondendo de forma adequada às necessidades desta criança e da família, por forma a prestar cuidados a uma situação considerada complexa.

Durante este percurso tivemos a oportunidade de realizar o curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico [SAVP], indo de encontro ao critério de avaliação da unidade de competência, anteriormente abordada:” E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.” (OE, 2018: 19193). Foi para nós uma mais-valia enquanto futuros enfermeiros especialistas nesta área, permitindo-nos desenvolver um conjunto de conhecimento fundamentais para prestação de cuidados à criança em situações complexas, e que necessitem

de manobras de suporte avançado de vida. Assim, sentimo-nos mais confortáveis e confiantes, para uma atuação conforme os protocolos definidos, em situações extremamente complexas.

A unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018: 19193), foi desenvolvida ao longo de todos os estágios, independente do contexto de prestação de cuidados. Tendo em conta que em todos realizámos procedimentos invasivos, onde foi necessário utilizar tanto medidas farmacológicas, como não farmacológicas para alívio da dor. Exemplos desta realidade são a administração de vacinas no estágio realizado na UCSP, onde tivemos sempre em consideração medidas não farmacológicas de controlo da dor, como a amamentação, a sucção não nutritiva e a distração. Já nos restantes serviços foram utilizadas outras medidas durante procedimentos invasivos, como foi o caso das colheitas de sangue ou colocação de cateteres venosos periféricos, recorreu-se à sacarose a 24% com base nos protocolos de cada serviço. No que se refere à utilização de analgesia por via oral ou endovenosa, bem como medidas de aplicação de anestésicos locais, atuamos sempre de acordo com os respetivos protocolos de serviço ou conforme prescrição médica. De igual modo foram sempre utilizadas as escalas de avaliação da dor, como ferramenta indispensável para avaliação da mesma, em todos os estágios, por forma a realizar os registos deste sinal vital.

Consideramos que no estágio realizado no serviço de internamento foi onde conseguimos desenvolver a referida unidade de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018: 19193), especificamente durante a prestação de cuidados a uma criança com diagnóstico de hemofilia, em que se procedeu à administração da terapêutica necessária para esta doença, uma vez que esta se dirigia ao hospital de dia deste serviço, para a realização deste procedimento. Define-se doença rara como sendo a doenças que apresentam uma prevalência não superior a 5 por cada 10 000 habitantes, em Portugal, estima-se que existem aproximadamente seiscentas mil pessoas, que são portadoras deste tipo de doenças (DGS, 2018b). A prevalência de hemofilia é de aproximadamente 1 em cada 10 000 nascimentos, mais comum no género masculino (Sousa, Veloso, Silva & Araújo, 2013). Deste modo, a prestação de cuidados a esta criança, permitiu-nos aprofundar conhecimentos acerca desta doença e respetivo tratamento, bem como estabelecer uma relação de suporte para com a mãe, apesar de esta já lidar diariamente com esta situação, a vinda ao hospital era sempre um momento gerador de stress tanto para a mãe, como para a criança.

Não nos foi possível desenvolver ao longo dos estágios terapias complementares, correspondente à unidade de competência “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (OE, 2018: 19193). Contudo realizámos uma pesquisa no sentido de perceber qual a posição da OE acerca desta temática, de acordo com um parecer emitido pelo Conselho de Enfermagem (2011: 2) os enfermeiros podem “(...) utilizar recursos que complementem e enriqueçam a sua acção e sejam benéficos para o cliente, conquanto se inscrevam num plano de intervenção de Enfermagem (...)”. Desta forma, as terapias que são definidas com complementares devem ser usadas, em associação com os tratamentos convencionais.

Por fim, desenvolvemos a unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (OE, 2018: 19193), especificamente durante o estágio no Serviço de Internamento onde tivemos oportunidade de contactar com uma criança de 5 anos com doença crónica, com diagnóstico de Diabetes *Melittus* tipo 1 inaugural. Esta situação possibilitou-nos desenvolver e adquirir novos conhecimentos referentes a esta doença, que por ser uma realidade com a qual temos contacto com frequência, na nossa prática diária. Consideramos que foi uma mais-valia para aprofundar capacidades, ao nível da capacitação da criança e dos pais, de modo a desenvolverem habilidades para lidar com esta doença, tanto na avaliação da glicémia capilar, na administração de insulina e ainda na contagem de hidratos de carbono em cada refeição. Prestamos ainda suporte a nível emocional à família, que se encontrava bastante preocupada e triste com toda esta situação. Recordamos também a prestação de cuidados a uma criança com doença oncológica, diagnosticada com leucemia recentemente, que recorreu ao hospital de dia do serviço de internamento, durante o período em que decorreu o nosso estágio, para realização de colheitas de sangue para análises, um procedimento que não é doloroso, pois recorreu-se ao cateter que a criança tinha colocado no IPO, técnica que ainda não tínhamos tido possibilidade de realizar. Esta é uma realidade com a qual não nos encontrávamos familiarizados na nossa prática diária, como tal não só nos permitiu prestar cuidados diretos à criança, como apoio emocional à família, por ser uma situação extremamente delicada.

Em suma, prestar cuidados à recém-nascido, criança ou jovem e família que se encontram em situação de especial complexidade, permitiu que desenvolvêssemos a habilidade de reconhecer mais rapidamente situações de instabilidade, por forma a atuar em conformidade

com cada situação. Assim, concluímos que ao longo dos estágios foi possível adquirir a competência anteriormente descrita.

3.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A última competência específica do EEESIP refere-se à capacidade de ter em atenção as especificidades e exigências para cada fase do ciclo de vida em termos de desenvolvimento, respondendo “(...) eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.” (OE, 2018: 19194), que foi desenvolvida ao longo de todos os estágios que foram realizados, particularmente na UCSP e na UCIN.

O maior contributo para que se tornasse possível alcançar a unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (OE, 2018: 19194), foi o estágio realizado em contexto de CSP, especificamente na UCSP, aquando da participação nas consultas de saúde infantil, realizadas nesta unidade de saúde. Na vigilância de saúde “(...) são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população.” (DGS, 2013: 9). Nas consultas de saúde infantil, que tivemos a possibilidade de presenciar e participar, realizamos a avaliação do desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos, crianças e jovens, com base no que se encontra preconizado no PNSIJ para cada faixa etária. Desta forma, em todas as consultas avaliamos as preocupações dos pais ou do próprio, referente à saúde; a adaptação ao infantário e escola; abordar os hábitos alimentares e a prática de atividade física; prevenção de acidentes e intoxicação; abordar as atividades lúdicas e ainda abordar a importância do cumprimento do PNV. Assim, conseguimos consolidamos o conhecimento adquirido durante a vertente teórica deste Mestrado, acerca da temática do desenvolvimento e crescimento da criança e jovem, durante estas consultas.

Em relação ao cumprimento do PNV foi uma área que nos despertou muito interesse, por não lidarmos diariamente com este tipo de prestação de cuidados, foi-nos possível não só rever conhecimentos teóricos, bem como realizar os procedimentos relativos à administração de vacinas. O atual esquema de vacinação que é recomendado pela DGS (2016b: 21) “(...) tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada (...)”, aplicado de forma gratuita em Portugal. Consideramos que foi igualmente importante o aconselhamento aos pais

ou familiares, sobre as suas dúvidas e receios acerca da vacinação, por forma a decidirem em conformidade com as mais atuais orientações disponíveis. Ainda durante o estágio existiram indicações da DGS (2019e) referentes á alterações no PNV, sendo que partir de 1 de outubro de 2020 este inclui a vacina meningocócica B para todas as crianças, no primeiro ano de vida; a vacina do HPV para todos os rapazes com dez anos e ainda a vacina contra o Rotavírus no caso dos grupos de risco (DGS, 2019e). Desta forma, em todos os momentos de vacinação na UCSP explicámos aos pais estas alterações no PNV, existindo sempre muitas dúvidas acerca das vacinas, que não se encontra inseridas no PNV. E ainda reforçamos a importância da vacinação, como forma de prevenção de doenças, e de promoção do desenvolvimento e crescimento saudáveis das crianças e jovens.

Tendo em conta que a temática dos hábitos alimentares acompanhou este projeto, sendo a área onde despendemos mais tempo de pesquisa e onde adquirimos mais conhecimentos, procurando a mais atual evidência científica. Constatámos que existia uma necessidade de material informativo e de apoio, na área da introdução de alimentos no primeiro ano de vida, pelo que decidimos elaborar um guia (Apêndice 21) acerca desta temática. Considerando-se uma forma de contribuir para a promoção do desenvolvimento e crescimento, adquirindo desde logo hábitos alimentares saudáveis, colmatando as dúvidas dos pais, nesta fase de extrema importância para a vida das crianças. Consideramos fundamental realizar a avaliação e a deteção precoce de possíveis perturbações no desenvolvimento, bem como as implicações que podem advir das mesmas para a sua qualidade de vida, para capacitar os pais a desempenharem as suas funções. Sendo-nos possível transmitir orientações ao nível dos cuidados antecipatórios, possibilitando assim um desenvolvimento e crescimento saudável da criança e jovem. Este tipo de cuidados permite fornecer “(...) aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde.” (DGS, 2013: 7). Na nossa prática diária em contexto hospitalar não lidamos diariamente, com a área da prevenção de forma tão pormenorizada como nos CSP, tanto na promoção da saúde, como na prevenção da doença foram uma experiência essencial, que nos permitiu adotar uma visão distinta da prestação de cuidados.

Em relação à unidade de competência referente à vinculação, ou seja, o enfermeiro “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.” (OE, 2018: 19194), consideramos que foi especificamente adquirida durante o estágio realizado na UCIN. Os recém-nascidos que se encontram internados

numa UCIN, tem necessidade de cuidados técnicos especializados, tanto por nascerem pré-termo, mas também quando nascem de termo. Devido à situação clínica que apresentam, é necessário que se utilize uma grande variedade de tecnologia imprescindível para a prestação de cuidados, tornando o ambiente assustador e intimidador para os pais. Nesta situação os pais encontram-se extremamente preocupados e ansiosos, tornando-se por vezes complicado estabelecer um vínculo com o recém-nascido, pelo que a vinculação é uma área onde o enfermeiro tem a possibilidade de desempenhar um papel importante. Assim, considera-se a vinculação como um fator que permite adquirir competências parentais, no entanto “(...) em contexto de prematuridade, pode estar fragilizada ou condicionada.” (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014: 55). Durante este estágio, tendo em conta a situação clínica de cada recém-nascido, utilizamos estratégias que permitissem o contacto físico dos pais com o recém-nascido, bem como foi sendo avaliado o desenvolvimento da parentalidade, como forma de envolver os pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, estimulando o contacto pele a pele.

Consideramos que o critério de avaliação “E3.2.5. Promove a amamentação” (OE, 2018: 19194), referente à unidade de competência supracitada, foi desenvolvido ao longo de todos os estágios, mas especialmente na UCIN. Foi um momento privilegiado de contacto com a temática do aleitamento materno, nesta fase incentivámos sempre as mães a amamentar, dependendo a situação clínica. No entanto, quando as condições não se encontravam reunidas para que os recém-nascidos fossem alimentados ao peito promovemos a extração do leite materno com recurso a bomba, para que pudesse ser mais tarde fornecido aos mesmos, explicando sempre os benefícios do leite materno para os recém-nascidos e auxiliando em todos os momentos. Como forma de esclarecer algumas dúvidas dos pais nesta fase, elaboramos um folheto sobre a temática do aleitamento materno (Apêndice 3), em articulação com a enfermeira orientadora e com as professoras. O EEESIP desempenha um papel fundamental na promoção do aleitamento materno, considerando-se o que foi anteriormente referido acerca das metas preconizadas pela OMS, estando os valores abaixo dos valores desejados, em Portugal.

A forma de comunicação que se estabelece com as crianças e a família é essencial na prestação de cuidados, assim a unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (OE, 2018: 19194), foi desenvolvida em todos os locais de estágio, onde os contextos e as populações eram muito diversificadas, tanto em termos de necessidades de cuidados, como também ao nível das crenças, da cultura e da raça. Deste modo, agimos sempre em conformidade com a faixa etária, adaptando as formas de comunicação à fase de desenvolvimento e às características de cada

criança e jovem, bem como da respetiva família, transmitindo toda a informação necessária de forma acessível e clara. Em várias situações prestamos cuidados a crianças e jovens proveniente de outros países, que não falavam português, tornando-se numa fase inicial uma barreira de comunicação. No entanto, conseguimos superar todas estas dificuldades que foram sentidas e encontrar as estratégias que facilitassem a comunicação, por forma a ir ao encontro das necessidades da população.

A última unidade de competência referente ao adolescente, em que o enfermeiro “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018: 19194), foi desenvolvida de forma transversal em três dos contextos de estágio, mas realçamos dois desses momentos, nomeadamente na UCSP e no serviço de internamento. Nas consultas de saúde infantil, durante o estágio realizado no contexto de CSP, tivemos contacto com adolescentes, sendo este momento crucial para realizar a avaliação com base no que se encontra preconizado PNSIJ para cada faixa etária. Teve-se sempre em consideração que é uma faixa etária onde é fundamental um cuidado particular durante as consultas, proporcionando-se um ambiente adequado à idade e agradável, adaptando-se a linguagem à faixa etária, bem como as temáticas abordadas. Nem sempre é fácil estabelecer uma comunicação eficaz com os adolescentes, pelo que “(...) há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que o desejem, o atendimento a sós.” (DGS, 2013). Tendo em conta que estas consultas são oportunidades de abordar temáticas essenciais, como é o caso da escola, da alimentação, dos consumos nocivos, das alterações físicas e emocionais e da sexualidade, que poderiam causar algum tipo de constrangimento e vergonha, nomeadamente se os pais se encontrarem presentes. Consideramos que conseguimos ultrapassar sempre estes momentos durante as consultas, realizámos ensinamentos aos adolescentes sobre os temas essenciais com abertura por parte dos mesmos, muito pela relação de confiança com a enfermeira orientadora, sem a presença dos pais quando era solicitado, e ainda encaminhamos sempre que necessário para a consulta de planeamento familiar. Já no caso do serviço de internamento os adolescentes encontravam-se internados quer por patologias crónicas, como é o caso da diabetes e outros por doença aguda, com diagnóstico de apendicite ou gastroenterite e também com perturbações de ansiedade, consideramos que lidámos durante os contactos com estes adolescentes, adaptando a linguagem e ambiente face às particularidades de cada um.

Assim, considera-se essencial que durante a prestação de cuidados o EEESIP compreenda as particularidades ao nível do desenvolvimento de cada recém-nascido, criança ou jovem. Uma vez que tendo em conta a faixa etária em que se encontram, apresentam diferentes

comportamentos e necessidades, promovendo o desenvolvimento e crescimento saudáveis das crianças e jovens, alcançando o seu potencial máximo. Após uma reflexão acerca das vivências e experiências que foram descritas, conseguimos afirmar que alcançámos com sucesso a competência anteriormente descrita, bem como todas as restantes competências do EEESIP abordadas neste capítulo.

3.3. Competências de Mestre

Todo o percurso formativo decorrido desde a componente teórica até à componente prática, teve como base a pesquisa da mais atual evidência científica, para que nos fosse possível fundamentar todas as atividades desenvolvidas. Consideramos que as competências comuns e específicas que foram adquiridas e anteriormente descritas, são indissociáveis das competências de mestre. Deste modo, todo o caminho percorrido foi pautado pelos objetivos gerais estipulados para este curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, que na nossa opinião foram cumpridos com sucesso. Estes objetivos consistem no desenvolvimento de conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas ou projetos e gestão dos cuidados; bem como contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. O Decreto-Lei n.º 157/2018 de 16 de agosto, publicado em Diário da República [DR] pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018), regula os graus académicos e os diplomas do ensino superior, abordamos especificamente o Artigo 15.º que se refere aos requisitos imprescindíveis para a aquisição do Grau de Mestre, que pode ser atribuído numa área de especialização.

O grau de mestre é atribuído quando é possível demonstrar conhecimentos e capacidades de compreensão, por forma a que se sustentem “(...) nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo (...)” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162), ou seja, durante o curso de Licenciatura em Enfermagem como sendo uma oportunidade de aprofundar os conhecimentos obtidos nesta fase, resultando na aquisição de novas aprendizagens, com base nos diferentes contextos de estágio realizados na área pediátrica. A elaboração do projeto de intervenção que foi desenvolvido de uma forma transversal a todos os contextos, acerca da

Obesidade Infantil, permitiu-nos dar resposta às necessidades encontradas face a esta problemática. Pelo que, adquirimos um conjunto de conhecimentos e habilidade de compreensão, com “(...) base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162). Através da pesquisa que foi realizada numa fase inicial, bem como a componente teórica durante a unidade curricular de Obesidade Infantil, fez-nos despertar interesse sobre esta temática, permitindo-nos desenvolver conhecimentos de forma sustentada, com base na investigação ao longo deste Mestrado.

Por forma a proporcionar cuidados de qualidade e ganhos em saúde à população em idade pediátrica, considerando o binómio criança/família como alvo da nossa prestação de cuidados, prevaleceu uma constatare reflexão acerca das várias situações que foram vivenciados em cada contexto de estágio, sendo possível utilizar os “(...) conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162). O projeto de intervenção foi executado tendo em conta a metodologia do trabalho de projeto, de modo a realizar um levantamento das necessidades específicas, com base no diagnóstico da situação em cada estágio consonante as suas particularidades, face à temática abordada, indo de encontro à linha de investigação escolhida referente à necessidade de prestação de cuidados de enfermagem numa população específica. Assim, foram inicialmente planeadas todas as atividades que se pretendiam desenvolver com este projeto, para que posteriormente fossem executadas, contribuindo para a resolução do problema identificado, ou seja, as elevadas taxas de obesidade infantil, para promover hábitos de vida saudáveis. A metodologia de trabalho de projeto utilizada para a elaboração deste projeto de intervenção é semelhante ao processo de enfermagem que é considerado um “(...) método de identificação e resolução de um problema, que descreve o que o enfermeiro efetivamente faz.” (Hockenberry & Wilson, 2014: 16). Um exemplo consiste na elaboração do estudo de caso durante o estágio realizado no Serviço de Internamento, que teve o intuito de avaliar uma família, de forma a planear e intervir nas necessidades e problemas que foram identificados. Desta forma, permitiu-nos desenvolver a nossa capacidade de resolução de problemas, utilizando o processo de enfermagem que “(...) é considerado uma metodologia de trabalho que permite prosseguir das etapas de identificação de problemas até a resolução (...)” (Andrade, 2005 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Relativamente à terceira competência de mestre que consiste na capacidade de refletir “(...) sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162). No momento em que foi planeado e efetivado este projeto de intervenção, foram tidos em conta todos os conhecimentos referentes às questões éticas e deontológicas pelas quais os Enfermeiros se regem, nomeadamente o Código Deontológico, sendo a nossa atuação teve como base o respeito éticos e legais. Quando se realiza qualquer tipo de investigação é fundamental salvaguardar todos os princípios éticos, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como de todos os dados recolhidos. Posto isto, durante a elaboração deste projeto de intervenção tivemos em consideração todas as questões éticas, anteriormente referidas. Desde a recolha dos dados com base no questionário aplicado à população-alvo e a grelha de extração de dados, até à publicação dos mesmos, bem como durante toda a sua análise, assegurando sempre a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Tal como foi referido anteriormente, foram solicitadas todas as autorizações às respetivas comissões de ética de todas as instituições onde se realizou o estudo e foram recolhidos os dados, bem como à comissão de ética do IPP.

Aquando da prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias nos diversos contextos de estágio, tivemos em consideração todas as questões éticas, legais e deontológicas, na nossa prática diária, que se encontram implícitas à profissão que exercemos. Todas as questões éticas e deontológicas permitiram a aquisição desta competência de mestre, indo também de encontro às competências de enfermeiro especialista, especificamente no que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Durante os estágios realizados nos vários contextos de prestação de cuidados lidamos com diversas situações complexas, nomeadamente na UPP que exigiram da nossa parte habilidades “(...) para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162), possibilitando a resolução de problemas.

A competência que diz respeito ao facto da capacidade em “(...) comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162) é crucial para a aquisição do grau de mestre. Foi desenvolvida ao longo de todo o percurso deste Mestrado, desde a componente teórica, passando pela componente prática que culmina com a elaboração deste Relatório Final. Consideramos que

não é suficiente adquirir o conhecimento e não conseguir disseminá-lo, assim é essencial a aquisição de capacidades que permitam divulgar as conclusões e conhecimentos, de uma forma explícita, para que todos compreendam, quer sejam especialistas ou não. Deste modo, elaboramos dois artigos, neste percurso académico, o primeiro realizado na unidade curricular investigação em Enfermagem, durante a componente teórica, constituindo como um artigo de revisão integrativa, intitulado ‘As Intervenções não-farmacológicas dos Enfermeiros no Controlo da Dor em Recém-nascidos’ que aguarda publicação numa revista científica. Já o segundo artigo foi elaborado na unidade curricular do Estágio Final, uma *Scoping Review* intitulado ‘A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?’, para posterior publicação. Estas dois artigos permitiram adquirir esta competência de mestre, bem como a futura publicação deste Relatório Final, que tem o intuito de expor as conclusões do projeto de intervenção realizada acerca da temática da obesidade infantil. Outro exemplo da aquisição desta competência de mestre consiste nas sessões EpS e formação realizadas durante os estágios, com o objetivo de difundir o conhecimento acerca da temática abordada neste projeto de intervenção, bem como os folhetos e toda a informação que disponibilizámos ao longo deste percurso.

Por fim, abordamos a quinta competência de mestre, referente à capacidade de desenvolver “(...) aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018: 4162), pois durante toda esta etapa existiu uma preocupação constante pela procura de conhecimento, tendo em conta a evidência científica mais atual. Neste percurso consideramos que a procura pela atualização foi uma constante, de modo a alcançar novas aptidões e competências. Durante a prestação de cuidados existem uma variedade de situações, que implicam que o enfermeiro se mantenha atualizado constantemente, ao longo da sua vida, por forma a alcançar a excelência na prestação dos cuidados. Desta forma não é “(...) suficiente uma formação inicial estanque, mas sim uma aquisição de competências constante (...)”, que serão utilizadas diariamente na nossa prática clínica, tendo por base a evolução científica e tecnológica, que ocorre nos dias de hoje na área da saúde (Rodrigues, 2011: 25). Na nossa opinião o percurso formativo que percorremos até esta data, permitiu-nos adquirir competências que nos facilitarão desenvolver conhecimentos e fomentar a procura por uma aprendizagem, ao longo da nossa vida profissional e ainda uma maior autonomia.

A atuação do enfermeiro é alicerçada na autonomia e na responsabilidade, refletindo-se na tomada de decisão por parte deste (Nunes, 2006). Assim, a autonomia do enfermeiro

proporciona uma tomada de decisão, de acordo com a evidência científica. Vários foram os momentos de autoformação durante o nosso percurso, com o intuito de procurar novos conhecimentos e desenvolver novas aptidões, para prestar cuidados de qualidade. Alguns destes exemplos são as duas Jornadas na área da Pediatria que frequentamos durante os estágios, como foi referida anteriormente, que nos proporcionaram conhecimentos específicos, sobre temas como a alimentação, enquadrado na nossa temática, por forma a prestar melhores cuidados de enfermagem, baseados em informação válida e o mais atual possível. Consideramos que o processo de aquisição de competências e conhecimentos, se torna fundamental se causar alterações na prática de cuidados diários, permitindo prestar bons cuidados e de qualidade às populações, sempre com vista à melhoria contínua.

Em suma, a partir da análise reflexiva que fizemos do caminho percorrido ao longo de todos os contextos de estágio, permite-nos assegurar que todas as situações com as quais nos deparamos durante a prática clínica, bem como a consecução deste projeto, foram essenciais para desenvolver competências, habilidades e adquirir conhecimentos. Concluímos este percurso académico com a convicção de que é o início de uma nova etapa, com base numa prática baseada na mais atual evidência científica, como forma de contribuir constantemente para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família de qualidade. Estamos conscientes que o título de especialista em EEESIP e o grau de mestre que nos será conferido, impõem uma enorme responsabilidade da nossa parte para com a população-alvo dos cuidados, sempre na busca permanente de conhecimento científico. Posto isto, esta etapa permitiu-nos um crescimento quer a nível pessoal, como a nível profissional, culminado na aquisição de competências de mestre, bem como nas competências comuns e específicas e EEESIP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade infantil continua a ser uma problemática muito atual na Europa, no que se refere às crianças em idade escolar, sendo entendida como uma doença pediátrica com uma prevalência que se mantém elevada nos últimos anos. Atualmente é vista como um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial, alcançando níveis epidémicos em alguns países, desta forma é fundamental atuar no sentido da prevenção desta realidade. Considera-se que Portugal está entre os países da Europa com taxas mais elevadas de obesidade infantil, sendo um dos cinco países com maior prevalência.

Com base nas evidências que referem que as escolhas alimentares durante a infância perduram ao longo da vida e têm influência nas escolhas alimentares na idade adulta, considera-se este o momento ideal para a aprendizagem de bons hábitos alimentares. A faixa etária entre os 6 e os 10 anos é entendida como o período, onde existe uma maior predisposição para se desenvolver obesidade infantil. Posto isto, é fundamental promover hábitos de vida saudáveis às crianças, sendo que os pais ou familiares têm um papel preponderante nas escolhas das mesmas. Assim, optámos por sensibilizar os pais ou a família face a esta problemática para que trabalhando em parceria alcancemos o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, de modo a atuar ao nível da prevenção da obesidade infantil o mais precocemente possível, evitando prováveis complicações associadas.

A atuação do EEESIP em crianças com obesidade infantil encontra-se direcionada para a sua prevenção e deteção o mais precocemente possível e também para a promoção da saúde das crianças, através da promoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que se refere à educação alimentar das mesmas e das respetivas famílias. Consideramos que este assume uma função privilegiada aquando da prestação de cuidados à criança, jovem e família, tendo sempre por base a parceria de cuidados, uma vez que exerce as funções nos mais variados contextos, desde os CSP até aos cuidados hospitalares. Desta forma, o EEESIP deve capacitar os pais ou família e as crianças no sentido de adotarem todas as medidas essenciais para a aquisição de estilos de vida saudáveis, transmitindo-lhes os conhecimentos necessários, esclarecendo as suas dúvidas e ainda fornecendo suporte e apoio nas lacunas e necessidades que estes apresentam.

Desenvolvemos o projeto de intervenção referente à temática da Obesidade Infantil em idade escolar, ao longo das unidades curriculares Estágio I e Estágio Final, assente na linha de investigação “Necessidades em cuidados de Enfermagem em Populações Específicas”, com o intuito de contribuir para a promoção da saúde das crianças. A elaboração deste projeto de intervenção teve por base a metodologia de trabalho de projeto, que se foca na resolução de problemas que são identificados, tendo em conta a aquisição de competências e capacidades, para que seja possível executar projetos numa situação real. Deste modo, seguimos todas as etapas desta metodologia de trabalho, começando pelo diagnóstico de situação, recorrendo-se a um questionário elaborado pela investigadora principal como instrumento de diagnóstico. Posto isto, definimos como problema ‘As elevadas taxas de obesidade Infantil na idade escolar em Portugal, a importância do enfermeiro na sua prevenção’.

O questionário foi aplicado em dois dos contextos de estágio, na UCSP e no Serviço de Internamento, ambos na região do Alentejo Central, às crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, possibilitando a realização de um estudo descritivo e quantitativo, com base na análise dos dados recolhidos. A amostra deste estudo corresponde a um total de 51 crianças, ou seja, o número total de questionário que foram preenchidos, durante o período em que decorrem os estágios. Assim, concluímos que do total da amostra existem 8 crianças que apresentam excesso de peso, com uma percentagem de 15,69% e 7 crianças com obesidade que corresponde a 13,73%, permitindo-nos compreender a real situação referente a esta temática. Tornou-se ainda possível compreender os hábitos alimentares destas crianças, nomeadamente das que apresentam excesso de peso e obesidade, por forma a perceber o seu padrão alimentar, através da análise sobre o consumo diário dos alimentos que se encontravam disponíveis para resposta.

Seguidamente formulámos o objetivo geral e os objetivos específicos referentes a este projeto de intervenção, para que seja possível responder as necessidades encontradas e realizámos o planeamento de todas as atividades a desenvolver ao longo deste percurso, por forma a alcançar os objetivos definidos. Na fase de execução foram executadas as diversas atividades que delineámos previamente, nomeadamente um estudo observacional que tem o intuito de caracterizar a população com idade entre os 6 e os 10 anos, recolhendo os dados referentes á obesidade infantil, numa região do Alentejo Central, durante o ano de 2019. Foram elaboradas diferentes formas que permitem a sensibilização das crianças e dos pais ou familiares, no que diz respeito a esta temática, recorrendo por exemplo sessões de EpS ou formação que foram executadas em três dos contextos de estágio, todas com adesão por parte

das respetivas populações-alvo, permitindo a aquisição de conhecimentos e uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, permitindo a promoção da saúde das crianças. Ainda durante a fase de execução otimizámos estratégias que permitam a adoção de estilos de vida saudáveis, realizando um levantamento das necessidades encontradas em cada um dos serviços, face á problemática em questão. Um exemplo foi a elaboração de uma *checklist* como ferramenta para se avaliar de uma forma mais detalhada os hábitos alimentares das crianças, que frequentem a Consulta de Saúde Infantil na UCSP de um concelho do Alentejo Central, com ótima aceitação por parte da equipa de Enfermagem.

Em relação ao estudo observacional definiu-se uma questão de investigação ‘Qual a realidade da Obesidade Infantil em crianças na faixa etária dos 6 aos 10 anos, num concelho da região do Alentejo Central?’, sendo elaborada uma grelha de extração de dados, pela investigadora principal em colaboração com as orientadoras pedagógicas. A população-alvo corresponde a um total de 236 crianças entre os 6 e os 10 anos, de um concelho da região do Alentejo Central, no entanto apenas 141 crianças apresentavam a avaliação dos dados antropométricos. Após a análise dos dados concluímos que existem 14 crianças que apresentam excesso de peso o que corresponde a 9,93% e com obesidade 21 crianças, com uma percentagem de 14,89%, desta forma a percentagem de obesidade infantil é ligeiramente superior à realidade a nível nacional, neste concelho do Alentejo Central. Com o estudo foi-nos possível também avaliar os hábitos alimentares das crianças, aferindo-se que a proporção de crianças com obesidade infantil que refere ingerir diariamente produtos como sumos, doces, bolachas é superior em comparação com as crianças com peso normal.

Consideramos como limitações do estudo descritivo o facto de não ter sido incluída uma categoria intermédia entre as categorias ‘Nenhuma’ e ‘Uma vez por dia’, na questão referente aos hábitos alimentares das crianças, no entanto numa fase inicial pretendia-se compreender o consumo diário destes alimentos, e não o consumo semanal. Outra limitação consiste no facto de se ter utilizado um método de amostragem não probabilística, por conveniência ou acidental, e ainda o número total da amostra obtida ser reduzida, o que impede que se façam generalizações dos resultados, mas permitiu fazer o diagnóstico da situação.

Já as limitações do estudo observacional passam por não existir registo dos dados antropométricos de todas as crianças entre os 6 e os 10 anos, no programa informático, ou então algumas destas apresentam dados apenas do primeiro ou segundo ano de vida. Nos dados relativos aos hábitos alimentares consideramos uma outra limitação, pois nem todas as crianças

apresentam qualquer registo referente aos alimentos que consomem. Apesar dos dados recolhidos não serem referentes á totalidade da população, permitem retirar conclusões importantes acerca da realidade desta temática neste concelho. Estes dados serão entregues à UCSP onde se realizou o estudo, proporcionado conhecimento dos mesmos face a realidade existente nesta região, sobre a obesidade infantil. Consideramos que seria benéfico no futuro dar continuidade a este projeto, em articulação com a unidade de saúde em questão, de modo a conseguir recolher dados mais atualizados da população em causa.

Assim, encarámos todas as limitações e as dificuldades sentidas como possibilidades de crescimento profissional e pessoal, uma vez que, foram vários os momentos com os quais nos deparamos, que constituíram situações inesperadas que tivemos de dar respostas, de modo a concretizar os nossos objetivos.

Através da execução deste projeto de intervenção consideramos, ter conseguido capacitar os pais ou familiares e crianças para a problemática da obesidade infantil, promovendo hábitos de vida saudáveis, por forma a promover a saúde das crianças com as quais tivemos contacto ao longo destes períodos. Todo o trabalho desenvolvido é fundamental para que se mudem atitudes face a esta realidade, fornecendo as ferramentas necessárias à população e acreditando que devemos apostar na prevenção como forma de contribuir, para melhorar a qualidade de vida das crianças.

O percurso formativo contou com a execução de todas as atividades que foram desenvolvidas no âmbito do projeto de intervenção, mas não esquecemos todas as vivências ao longo dos diversos estágios, como experiências imprescindíveis para o nosso crescimento tanto a nível pessoal, como profissional. Tendo em muito contribuído para a aquisição de novos conhecimentos e permitindo o desenvolvimento de competências do EEESIP, comuns e de mestre, que foram alcançadas com sucesso. Permitindo-nos alcançar a motivação e a satisfação profissional, pois é fundamental uma atualização constante das práticas, por forma a atingir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em suma, consideramos que todo o percurso foi uma mais-valia, permitindo-nos não só refletir sobre a problemática da obesidade infantil e aprofundar conhecimentos nesta área, mas também adquirir competências e conhecimentos nos diferentes contextos, permitindo uma prestação de cuidados que contribui para a promoção da saúde das crianças e dos jovens, em parceria com a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2010). *Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar*. (Monografia). Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Funchal, Portugal. Disponível em: https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/54610/3/136640_1002TCD02.pdf
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA]. (2017). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde (ACES ALENTEJO CENTRAL)*. Portugal: Administração Regional de Saúde do Alentejo. Disponível em: http://www.arsalentejo.min-saude.pt/fornecedores/AcessoCuidadosSaude/Relatorios/Documents/ACES_AC_2017.pdf
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005, julho-setembro). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(3), 373-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alencar, S. (2015). Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos - Artigo de revisão. *Revista de Medicina da UFC*. 55(1), 38-42. doi: 10.20513/2447-6595.2015v55n1p38-42
- Almeida, E. (2016). *Obesidade em crianças do pré-escolar e 1º ciclo de Arouca* (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Nutrição Clínica). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fcnaup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=129401
- Almeida, M., Mishima, S., Pereira, M., Palha, P., Villa, T., Fortuna, C. & Matumoto, S. (2009, setembro-outubro). Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 748-752. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/17.pdf>

- Alves, J., Amendoeira, J. & Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1-7. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070
- Alves, S. (2017). *Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade nas Crianças dos 2 aos 5 anos - Papel da Família*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em: shorturl.at/pGH49
- Andrade, L.; Porto, S.; Lima, E.; Santos, N.; Pinto, M. & Medeiros, H. (2016, janeiro-julho). Abordagens pedagógicas na formação do enfermeiro gestor: concepção de discentes ingressantes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(1), 323-332. doi: 10.5892/ruvrd.v14i1.2476.g2331
- Andrade, M. (2014). *Determinantes Sociais e Psicológicos do Comportamento Alimentar Infantil* (Tese de Doutoramento em Psicologia). Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15441/1/ulsd069179_td_tese.pdf
- Andrade, S.; Ruoff, A.; Piccoli, T.; Schmitt, M.; Ferreira, A. & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. doi: 10.1590/0104-07072017005360016
- Aparício, G. (2010, junho). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Revista Millenium*, 38, 283-298. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/19.pdf>
- Araújo, J., Silva, R., Collet, N., Neves, E., Toso, B. & Viera, C. (2014, novembro-dezembro). História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1000-1007. doi: 10.1590/0034-7167.2014670620.
- Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 30/2019 de 23 de abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 79, 2257-2258. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/122144588>
- Benito, G., Tristão, K., Paula, A., Santos, M., Ataíde, L. & Lima, R. (2012, janeiro-fevereiro). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista*

- Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 172-178. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>
- Bentes, C. & Pimentel, J. (2003). Estado de mal convulsivo: Aspectos fisiopatológicos e clínicos. *Acta medica portuguesa*, 16, 77-80. Disponível em: shorturl.at/lsKVV
- Benzecry, S., Mello, E. & Escrivão, M. (2012) Alimentação do Escolar. In Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de orientação do departamento de nutrologia: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar* (3ª Edição, 50-52). Rio de Janeiro, Brasil: Departamento Científico de Nutrologia. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/14617a-pdmanualnutrologia-alimentacao.pdf
- Bergan, C., Santos, M. D. O., & Bursztyn, I. (2004). *Humanização nos espaços hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua Influência na recuperação da criança hospitalizada*. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH: IV Seminário de Engenharia Clínica, Rio de Janeiro, Brasil, 11-14. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf
- Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R. & Gaspar, P. (2009, agosto). *Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>
- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018, julho/agosto/setembro). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 125-132. doi: 10.12707/RIV18015
- Brito, A., Vasconcelos, M. & Almeida, S. (2017, dezembro). Convulsões. *Revista de Pediatria SOPERJ*, 1(17), 56-62. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1036
- Camargo, A., Filho, A., Antonio, M. & Giglio, J. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 323-333. doi: 10.1590/S1413-81232013000200004.

- Campos, L., Gomes, J. & Oliveira, J. (2008). Obesidade Infantil, Actividade Física e Sedentarismo em crianças do 1ºciclo do ensino básico da cidade de bragança (6 a 9 anos). *Revista de Desporto e Saúde da Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 4(3), 17-24. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v4n3/v4n3a04.pdf>
- Centro Hospitalar de Setúbal [CHS]. (2013). *Relatório de Atividades e Contas 2013*. Setúbal, Portugal: Centro Hospitalar de Setúbal. Disponível em: http://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/02/RAC_2013.pdf
- Centro Hospitalar de Setúbal [CHS]. (2016). *Plano de Atividades e Orçamento 2016*. Setúbal, Portugal: Centro Hospitalar de Setúbal. Disponível em: http://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/02/Relatorio_de_Actividades_CHS_2016.pdf
- Chaer, G., Diniz, R. & Ribeiro, E. (2011). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Revista Evidência*, 7(7), 251-266. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf
- Conselho de Enfermagem. (2011). *Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseada na CIPE? Parecer n.º 18/2011*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011_CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf
- Costa, A. (2017). *Estudo do funcionamento familiar dos utentes da consulta de obesidade e dislipidemia infantil (CODI) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve* (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Algarve, Portugal. Disponível em: https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/12262/1/Adriana_Tese_Final.pdf
- Costa, J. (2004, outubro). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 30, 234-251. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Costa, M. (2016). *A influencia da mídia televisiva nas escolhas alimentares das crianças e na obesidade infantil: uma revisão da literatura* (Trabalho de Conclusão de Curso).

Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Brasília, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11200/1/TCC%20Midi%C3%A3%20Ribeiro.pdf>

Costa, M.; Nunes, M.; Duarte, J. & Pereira, A. (2012, março). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 55-68. doi: 10.12707/RIII1158.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016, 2.º semestre). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 2(20), 26-47. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

Direção-Geral do Consumidor [DGC]. (2013). *Guia para educadores: Alimentação em idade escolar*. Lisboa, Portugal: DCG e Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde. ISBN 978-972-675-205-9. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Medicamentos de alerta máximo - Norma n.º 014/2015*, 1-7. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Alimentação Vegetariana em Idade Escolar*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/AlimentacaoVegetarianaIdadeEscolar.pdf>

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016b). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018a). Roda dos Alimentos Mediterrânica. *In Alimentação Saudável – DGS*. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos-mediterranica/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018b). *Cartão da Pessoa com Doença Rara - Norma n.º 001/2018*, 1-7. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012018-de-09012018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018c). *Boletim n.º 1 – Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/avaliacao-do-programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2019/12/Relato%CC%81rio_PNPAS_2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019b). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. 1.º edição. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019c). *Perfil Nutricional: Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perfil-nutricional-restricoes-a-publicidade-alimentar-dirigida-a-criancas-2019-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019d). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Norma n.º 007/2019*, 1-46. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019e). *Programa Nacional de Vacinação atualizado em 2020. Nota de Imprensa n.º 028/2019*, 1-2. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-vacinacao-atualizado-em-20201.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020a). *Vamos pôr a alimentação saudável em casa. Cuidados alimentares e atividades para criança em tempos de COVID-19*. Lisboa, Portugal: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/cuidados-alimentares-e-atividades-para-criancas-em-tempos-de-covid-19-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020b). Dieta Mediterrânica. In *Alimentação Saudável – DGS*. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002, agosto). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, (360), 473–482. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09678-2
- Esteves, C., Antunes, C. & Caires, S. (2014, outubro-dezembro). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface (Comunicação, Saúde, Educação)*, 51(18), 697-708. doi: 10.1590/1807-57622013.0536
- Farrel, M. (1992, junho). Partnership in care: Paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175-176. doi: 10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014, 2.º semestre). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais. *Pensar Enfermagem*, 2(18), 45-60. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf
- Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico

de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em:
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf

Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 30, 51-58. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/442>

Flores M. (2017). A relação entre obesidade infantil e publicidade de alimentos com baixo teor nutricional: uma análise à luz do princípio integral da criança. *Revista do Curso Dir. UNIFOR-MG*, 8 (2), 40-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24862/rcdu.v8i2.556>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5

Freitas, E. & Nunes, Z. (2009, abril-junho). O enfermeiro na práxis de cateter central de inserção periférica em neonato. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(2), 215-224. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/182>

Freitas, M. & Carmona, E. (2011, novembro-dezembro). Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1157-1160. doi: 10.1590/S0034-71672011000600025.

Gaíva, M. & Scochi, C. (2005, julho-agosto). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448. doi: 10.1590/S0034-71672005000400012

Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003, maio-junho). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. doi: 10.1590/S0104-11692003000300016.

Gonçalves, M. & Sani, A. (2013). Instrumentos jurídicos de proteção às crianças: do passado ao presente. *e-cadernos CES*, 20, 186-200. doi: 10.4000/eces.1728

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*, 24(3), 99-102. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v24n3/v24n3a01.pdf>

- Herédia, A., Hipólito, J., Nunes, O., Ribeiro, L., Moura, T. & Laneiro, T. (2017). Fast-food marketing strategies and their impact on childhood obesity. *Journal of Spatial and Organizational Dynamics*, 5(3), 296-315. Disponível em: http://www.cieo.pt/journal/J_3_2017/article9.pdf
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a edição). Loures, Portugal: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. [HESE E.P.E.] (2018). *Relatório de Gestão 2017 – Hospital do Espírito Santo, E.P.E..* Évora, Portugal: HESE E.P.E.. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio-de-gestao-2017.pdf>
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. [HESE E.P.E.]. (2020a). O Hospital. In *Hospital do Espírito Santo, E.P.E.. – MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. [HESE E.P.E.]. (2020b). Pediatria. In *Hospital do Espírito Santo, E.P.E.. – MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. [HESE E.P.E.]. (2020c). Neonatologia. In *Hospital do Espírito Santo, E.P.E.. – MS*. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Instituto Nacional de Estatística, IP [INE]. (2019). *Estatísticas Demográficas – 2018*. Lisboa, Portugal: INE, IP. ISBN: 978-989-25-0499-5. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=404539431&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA]. (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI Portugal - 2019*. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf
- Junior, N. (2014). Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 73(2), 67-68. doi: 10.5935/0034-7280.20140015

- Levy, M.L. (1996). Os Direitos da Criança Hospitalizada. *Acta Pediatr. Port.*, 4(27), 655-657.
Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/download/5818/4580>
- Lopes, C.; Torres, D.; Oliveira, A.; Severo, M.; Alarcão, V.; Guiomar, S.; ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de Resultados*. Porto, Portugal: Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1.
Disponível em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf
- Lopes, N. (2012). *Parceria nos Cuidados à Criança nos Serviços de Pediatria: Perspetiva dos Enfermeiros*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Machado, B. & Viegas, M. (2012, março). Estudo de caso: As ferramentas da qualidade utilizadas no laboratório de análises clínicas de um hospital para a otimização de processos. *UNOPAR Cient., Revista de Ciências Jurídicas e Empresariais*, 1(13), 75-80.
Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/juridicas/article/download/825/791>
- Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e crescer*, 1(17), 9-12. Disponível em: http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf
- Martins, G. (2008, janeiro-abril). Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 2(2), 8-18. doi: 10.11606/rco.v2i2.34702
- Mendes, M. & Martins, M. (2012, março). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 113-121. doi: 10.12707/RIII1144.
- Mendes, M. (2012). Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. In Carvalho, J. et al. *Transferibilidade do conhecimento de enfermagem de família* (137-

142). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferebilidade_conhecimento_ef.pdf

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4147-4182. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/116068580>

Ministério da Saúde [MS]. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 38, 1182-1189. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Ministério da Saúde [MS]. (2012). *Sistema de Classificação de doentes em Enfermagem (SCD/E) – Relatório Anual 2011*. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS]. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202011cpw.pdf>

Ministério da Saúde [MS]. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 4069-4071. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/55078714>

Ministério da Saúde [MS]. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67318639>

Ministério da Saúde [MS]. (2018). Relatório Anual – Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. Lisboa, Portugal: MS. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf

Ministry of Health (2012) *Food and Nutrition Guidelines for Healthy Children and Young People (Aged 2–18 years): A background paper. Partial revision February 2015*. Wellington: Ministry of Health. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15-v2.pdf>

- Minto, E., Pedro, C., Netto, J., Bugliani, M. & Gorayeb, R. (2006, setembro-dezembro). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 3(11), 561-568. doi: 10.1590/S1413-73722006000300012.
- Morais, H., Marreiro, C. & Trindade, E. (2017). A publicidade na televisão e a Obesidade Infantil: Uma crítica sobre o estudo da midiaticização no contexto brasileiro. In Nogueira, A.; Murta, C.; Mendes, C.; Oliveira, E.; Pádua, L.; Carvalho, L.; ... Oliveira, V., 2º CONEC: Interação e midiaticização. Congresso Nacional de Estudos Comunicacionais, 211-222. Poços de Caldas, Brasil. Disponível em: https://conec.pucpcaldas.br/wp-content/uploads/2018/07/2CONEC_interacao-e-midiaticizacao-ANAIS-2017.pdf
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017, maio-junho). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. doi: 10.1590/1982-0194201700043
- Nascimento, R. (2013). *Relatório de Estágio - Promoção da Saúde na criança com Diabetes*. (Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14942>
- Nunes, C., Castro, S., Motta, G., Silva, A., Schardosim, J. & da Cunha, M. (2012). Método de prevenção de lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido pré-termo: relato de caso. *Revista HCPA*, 32 (4), 480-484. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/35004/23918>
- Nunes, L. (2006, maio). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem
- Oliveira, G., Braz, J., Nascimento, L & Melo, M. (2016). Obesidade Infantil: contribuição da Enfermagem na prevenção. *Revista Humano Ser*, 1(1), 1-12. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/795>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Conselho de

- Enfermagem. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume I*. Lisboa, Portugal: OE. ISBN: 978-989-8444-00-4. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Parecer n.º 6/2012*. Lisboa, Portugal: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: OE. ISBN: 978-989-8444-30-1. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 181, 8059-8105. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria, Portugal: OE. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133, 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º

26, 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Report of commission on ending childhood obesity*. Genebra, Suíça: OMS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=BAF20BA142E9353137A0F9A20F2C51A2?sequence=1

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020, abril). Obesity and Overweight. In OMS. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa*. Genebra, Suíça: OMS. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

Paim, A., Iappe, N. & Rocha, D. (2015, janeiro). Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global*, 37, 153-169. doi: 10.6018/eglobal.14.1.186291.

Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016, outubro/novembro/dezembro). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 121–132. doi: 10.12707/RIV16030

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7ª edição). Boston, Estados Unidos da America: Pearson Education.

Pina, E. (2017). *Dificuldades dos Pais na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis na Criança* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3671/1/E%20SIP%20-%20Emanuel%20F%20H%20Pina.pdf>

- Pinto, L. (2017). *Conhecimento dos Pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4123>
- Pires, D. (2009, setembro-outubro). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm*, 62(5), 739-744. doi: 10.1590/S0034-71672009000500015
- PORDATA (2020a). Base de dados dos Municípios. População residente, estimativa a 31 de Dezembro por grupo etário. In PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%c3%a3o+residente++estimativa+s+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%3%a1rio-137>
- PORDATA (2020b). Base de dados dos Municípios. Nascimentos e fecundidade - Taxa bruta de natalidade. In PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>
- PORDATA (2020c). Base de dados dos Municípios. Saúde. Serviço Nacional de Saúde – Centros de Saúde: consultas por especialidade médica. In PORDATA. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Municipios/SNS+consultas+m%c3%a9dicas+nos+centros+d+e+sa%3%bade++por+algumas+especialidades+m%c3%a9dicas+\(1993+2012\)-264](https://www.pordata.pt/Municipios/SNS+consultas+m%c3%a9dicas+nos+centros+d+e+sa%3%bade++por+algumas+especialidades+m%c3%a9dicas+(1993+2012)-264)
- Prado, N., Silva, R., Costa, R. & Delgado, M. (2018, agosto). Remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em unidade neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, (20). doi: 10.5216/ree.v20.45559
- Ribeiro J. (2014, dezembro). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671–682. doi: 10.15309/14psd150309
- Rito, A., Sousa, R., Mendes, S. & Graça, P. (2017). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: MS – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. ISBN: 978-989-8794-43-7. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf
- Rito, A., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., ... Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in

22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12, 226-243. doi: 10.1159/000500425

Rodrigues, A., Carmo, I., Breda, J. & Rito, A. (2011). Associação entre o marketing de produtos alimentares de elevada densidade energética e a obesidade infantil. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 29(2), 180-187. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a11.pdf>

Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – adaptação e validação da escala de Jefferson*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Especialidade de Gestão de serviços de Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Salim, C. & Bicalho, R. (2004, janeiro-junho). Obesidade infantil-aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. *Universitas Ciências da Saúde*, 1(2), 23-37. Disponível em: <https://www.cienciasaude.uniceub.br/cienciasaude/article/view/521/342>

Santos, A. (2011, março). NIDCAP®: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Santos, F.; Vitola, C.; Arrieira, I.; Chagas, M.; Gomes, G. & Pereira, F. (2014). Ações de enfermeiros e professores na prevenção e no combate à obesidade infantil. *Rev Rene.*, 15(3), 463-70. doi: 10.15253/2175-6783.2014000300011

Schaurich, D. & Crossetti, M. (2010, janeiro-março). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 182-188. doi: 10.1590/S1414-81452010000100027.

Seabra, P. & Sá, L. (2011, junho). Factores determinantes para as necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas: Uma revisão bibliográfica. *Revista Portuguesa de*

Enfermagem de Saúde Mental, 5, 22-29. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n5/n5a04.pdf>

Silva, A., Cantarelli, A., Fonseca, E., Resende, J. & Guandalin, M. (2007, dezembro). Métodos de prestação de assistência de Enfermagem. *Revista UNINGÁ*, 1(14), 111-115. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/627>

Silva, L. & Menegat, R. (2014, outubro). A gestão do cuidado em relação à autonomia dos enfermeiros. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (5), 2294-2312. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5558845.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] & Secção de Pediatria Social [SPS]. (2017). *Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações SPS-SPP*. 1-8. Disponível em:
http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20ODE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Sousa, E., Veloso, H., Silva, N. & de Araújo, J. (2013). Perfil epidemiológico dos portadores de hemofilia do hemocentro da Paraíba. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 21(61), 103-109. Disponível em:
<http://robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/769>

Souza, M., Sartor, V., Padilha, M. & Prado, M. (2005, abril-junho). O Cuidado em Enfermagem: Uma aproximação teórica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(2), 266-270. doi: 10.1590/S0104-07072005000200015.

Tarabashkina L, Quester P, Crouch R. (2016). Food advertising, children's food choices and obesity - interplay of cognitive defences and product evaluation: an experimental study. *International Journal of Obesity*, 40, 581-586. doi: 10.1038/ijo.2015.234

Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em:
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174&code=634>

- Vicari, E. (2013, julho-agosto). Aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar e sua relação com a obesidade infantil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 7(40), 72-83. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/306/293>
- Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005, julho-setembro). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. doi: 10.1590/S0103-21002005000300002
- Vieira, A. & Luz, T. (2005, abril-junho). Do saber aos saberes: comparando as noções de qualificação e de competência. *Organizações & Sociedade*, 33(12), 93-108. Disponível em: 10.1590/S1984-92302005000200005
- Wilhelm, F.; Lima, J. & Schirmer, K. (2007, abril-junho). Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. *Psicol. Argum., Curitiba*, 49(25), 143-154. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19773>
- World Medical Association [WMA]. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *In World Medical Association*. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ANEXOS

Anexo 1

Parecer da Comissão de Ética do IPP para realização do Projeto de Intervenção



Instituto
Politécnico
Portalegre

PARECER

Nº Pedido ____ / Data ____

Ref. ____

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27 de setembro, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de investigação “A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar em idade escolar”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, da responsabilidade da investigadora Adriana Isabel Conde Janeiro, sob a orientação de Margarida Malcata e Ana Lúcia Ramos.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

[Redacted Signature]

IPP.COM-ET1.2-Rev.2



Anexo 2

Curvas de Crescimento IMC para a faixa etária 5-19 anos adotadas no PNSIJ

Raparigas – **IMC 5-19 A**

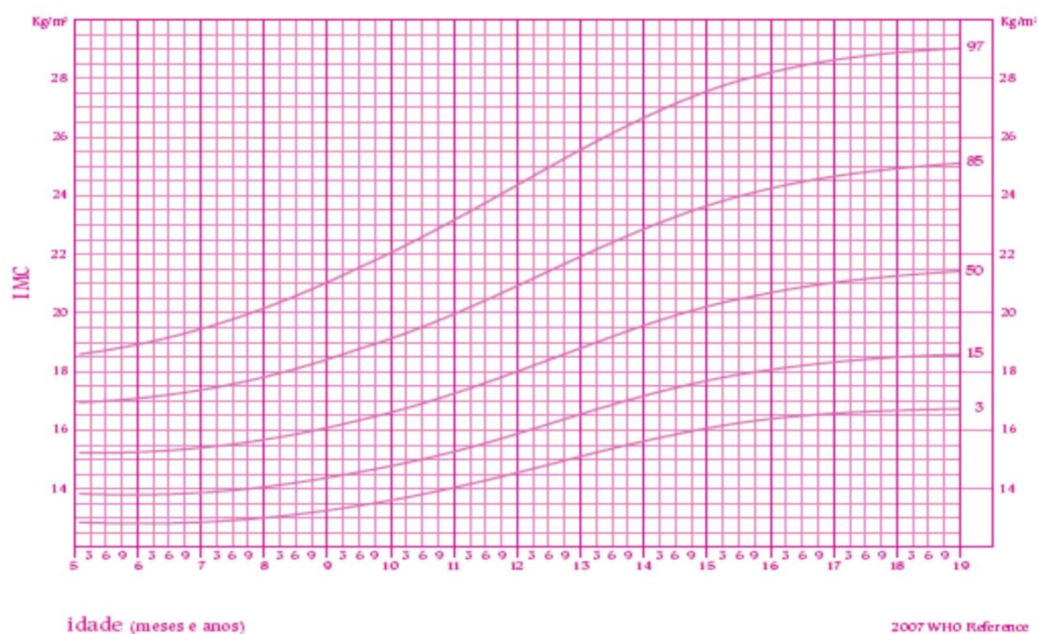


Imagem 1 – Curva de Crescimento IMC raparigas dos 5 aos 19 anos

Rapazes – **IMC 5-19 A**

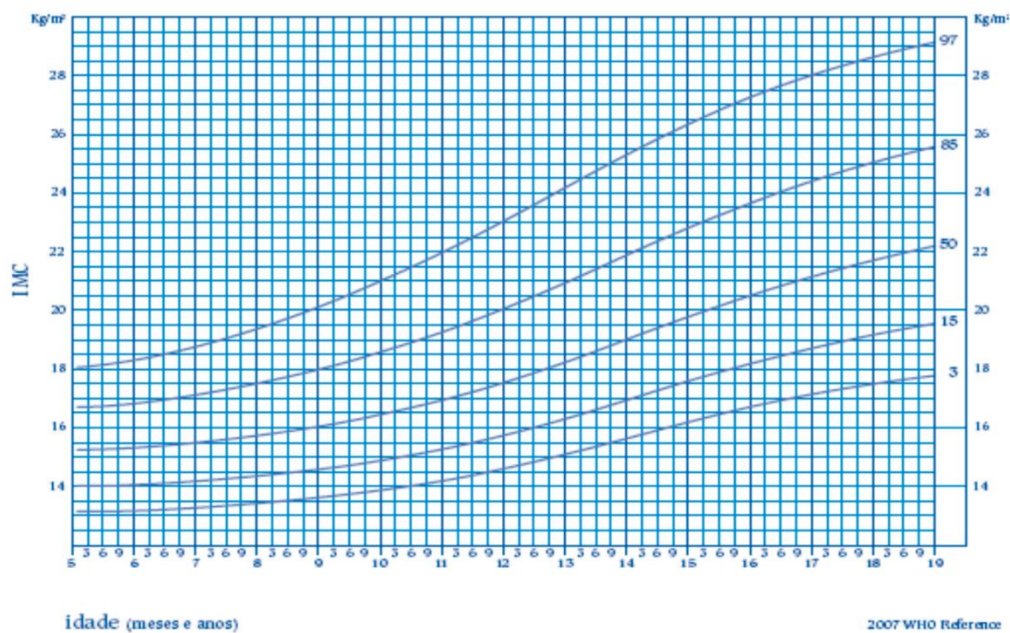


Imagem 2 – Curva de Crescimento IMC rapazes dos 5 aos 19 anos

Anexo 3

Parecer da Comissão de Ética do HESE E.P.E. para realização do Projeto de Intervenção



COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: A Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na educação alimentar em idade escolar

Nome: Adriana Janeiro

Instituição: Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

Investigador Responsável/Orientador: Prof Doutora Ana Lucia Ramos e Margarida Malcata

Enquadramento Académico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão __Sim__
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados __Sim__
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos __Sim__
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes __Sim__

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável __X__

Condicional ____

Data: 21/11/19

O Presidente da Comissão de Ética

Anexo 4

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSA para a realização do Projeto de Intervenção



PARECER 02/2020/CE

16.01.2020
(Processo 43/CE/2020)

Sobre o pedido de apreciação do “*Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar na idade escolar – 6-10 anos*”

A.1. Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P. (ARSA) deu início em 05.12.2019, com atribuição de Relator, ao **Processo 43/2019/CE** relativo ao Projeto de Investigação “*Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar na idade escolar – 6-10 anos*” a desenvolver na UCSP do Redondo, com base no pedido formulado a esta entidade em 13.11.2019 pela investigadora principal Adriana Isabel Conde Janeiro, com Orientadora científica/pedagógica: Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata e Co - Orientadora científica/pedagógica: Ana Lúcia Caeiro Ramos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), da Universidade de Évora.....

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. A relevância e pertinência do estudo, em particular para a ARSA, estão cabalmente justificadas com a fundamentação teórica apresentada.....

B.2. Os princípios de rigor e transparência estão garantidos em relação ao desenho e metodologia do estudo. A metodologia descrita no protocolo de investigação no que diz respeito, a fontes de recolha de dados e o seu tratamento cumpre os requisitos da metodologia científica salvaguardando requisitos éticos, que asseguram e garantem o anonimato, privacidade, respeito e segurança.....

CONCLUSÃO.....

Perante o exposto esta CES deliberou por unanimidade emitir Parecer 02/CE/2020 favorável á autorização para a realização deste estudo.....

Aprovado em reunião do dia 12.06.2019, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

[Redacted signature]

[Redacted name]

Anexo 5

Parecer do EPD do IPP para a realização do Projeto de Intervenção



DECLARAÇÃO

[REDACTED], Encarregado da Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Portalegre, declara não encontrar obstáculo à realização do Estudo de Investigação “A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar em idade escolar”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da responsabilidade da investigadora Adriana Isabel Conde Janeiro, sob a orientação de Margarida Malcata e Ana Lúcia Ramos, uma vez que se afigura que a metodologia adotada garante a proteção e salvaguarda dos dados pessoais dos utentes em causa.

O ERD

Praça do Município, n.º 11
7300-110 Portalegre
www.ipportalegre.pt/sas

SAS.GER 8-Rev.3

T 245 301 500
F 245 331 643
sas@ipportalegre.pt



Anexo 6

Certificado de Formação ‘VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira’



Participação em Formação Contínua

Certificado

Certifica-se que **Adriana Janeiro**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **13921095**, frequentou o seguinte curso de formação contínua:

VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira

que decorreu de **27 de Setembro de 2019** a **28 de Setembro de 2019**, no seguinte local: Centro Cultural do Morgado - Arruda dos Vinhos

Carnaxide, 27 de Setembro de 2019





Código de Certificado: C-5d6bfea48dc28

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

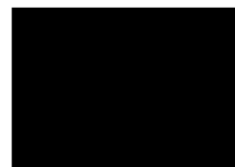
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE



Anexo 7

Certificado de Formação ‘Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras’



Participação em Eventos Científicos

Certificado

Certifica-se que **Adriana Janeiro**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **13921095**, frequentou o seguinte evento científico:

Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras

que decorreu a **4 de Outubro de 2019**, com a duração de 8 horas, no seguinte local: Centro Pastoral de Torres Vedras

Carnaxide, 4 de Outubro de 2019



Código de Certificado: C-5d6c03d35eba0

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





Conteúdo Programático

PREVENIR E TRATAR

Nutrição - Novas tendências, velhas questões

Alimentação no 1o ano de vida: Atualizações

Dietas alternativas e modas na diversificação alimentar

Suplementos alimentares – O estado da arte

Alergia alimentar

Evicção de lactose e glúten – Convicção ou evidência?

Refluxo gastroesofágico: do fisiológico à doença

Simpósio MSD Vacinas em dia

Simpósio Germano de Sousa Uptake de novos testes laboratoriais

A criança que está sempre doente

Infeções recorrentes

ABC das imunodeficiências

Indicações para evicção escolar – Os “papéis” para a escola

APÊNDICES

Apêndice 1

Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil:
Educação Alimentar da criança em idade escolar’



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

OBESIDADE INFANTIL: EDUCAÇÃO ALIMENTAR DA CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR



Junho de 2019

Elaborado por:
Adriana Janeiro
Orientadora:
Professora Doutora Margarida Malcata
Co-Orientadora:
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialista Marlene Bento
Pê-leve

OBJECTIVOS DA SESSÃO

- Abordar a prevalência da obesidade infantil em Portugal;
- Abordar a importância da aquisição de uma alimentação saudável;
- Identificar as principais complicações da obesidade infantil;
- Identificar a importância dos pais na aquisição de hábitos alimentares das crianças, bem como a escola;
- Incentivar a prática de exercício físico.



SUMÁRIO

- Obesidade Infantil
- Hábitos Alimentares
- Complicações da Obesidade Infantil
- Os pais e a alimentação infantil
- Alimentação em ambiente escolar
- Prática de exercício físico



OBESIDADE INFANTIL

- Considerada a epidemia do século XXI
- Fase de maior fragilidade é entre os 6 e 10 anos
- 41 milhões de crianças <5 anos em 2016
- Em 2016 afetava 11,7% das crianças em Portugal



OBESIDADE INFANTIL

Causada por:

- Fatores genéticos
- Sedentarismo
- Fatores ambientais
- Perturbações hormonais

A definição de obesidade na criança é diferente do que nos adultos.



HÁBITOS ALIMENTARES

Comportamentos que contribuem para a obesidade infantil

- Alimentação inadequada
- Excesso de açúcar
- Gorduras saturadas
- Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças



HÁBITOS ALIMENTARES

Combater esse aumento:

- Hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida;
- Além de educar a criança os pais também devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada;
- Mínimo três refeições principais intercaladas com pequenos lanches;
- Refeições variadas;
- Utilizar a roda dos alimentos como referência.



RODA DOS ALIMENTOS



DISPOSIÇÃO DO PRATO



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Complicações Físicas:

- Doenças cardiovasculares
- Hipertensão
- Diabetes tipo 2
- Arteriosclerose prematura
- Hiperlipidemia
- Alterações ortopédicas
- Perturbações do crescimento
- Alterações cutâneas
- Alterações gastrointestinais
- Alterações hepáticas
- Alterações respiratórias



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Complicações Psicológicas :

- Alvos de discriminação
- Problemas a nível emocional
- Timidez
- Vítimas de bullying
- Isolamento
- Sedentárias como refúgio



OS PAIS E A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

- Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se principalmente por imitação.
- Devem ser os primeiros educadores no que respeita à nutrição
- Comportamento alimentar incorreto, sedentarismo e escasso conhecimento acerca da alimentação e nutrição saudável dos pais determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança



OS PAIS E A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

- A obesidade não é reconhecida como doença por alguns pais
- Permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições.
- Quando se força a criança a comer geralmente a reação é contrária, bem como o uso dos alimentos como forma de recompensa ou castigo.



ALIMENTAÇÃO EM AMBIENTE ESCOLAR

- Local onde as crianças passam mais tempo durante o dia.
- A educação alimentar deve ser constante
- Promover merendas mais saudáveis para as crianças, professores e restantes funcionários.
- Tanto em casa, com os pais como na escola com os educadores, as crianças devem sentir que existem regras para serem cumpridas, nomeadamente ao nível das refeições.



PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

- A actividade física é de extrema importância
- Directamente relacionado com o bem-estar da criança
- Pode ser utilizada como prevenção
- Pode ajudar no tratamento da obesidade



SÍNTESE E QUESTÕES



Apêndice 2

Folheto realizado para o Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil’

Roda dos Alimentos



Disposição do prato

- Metade do prato: Hortaliças, legumes crus ou cozinhados, saladas, hortícolas salteadas ou cozidas a vapor
- 1/4 do prato, batata, arroz ou massa
- 1/4 a carne, peixe ou ovo



Pratique Exercício com as Crianças

- A atividade física é de extrema importância
- Diretamente relacionado com o bem-estar e prazer da criança
- Pode ser utilizada como prevenção
- Pode ajudar no tratamento da obesidade



Elaborado por:

Adriana Janeiro

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Malcata

Co-Orientadora:

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Especialista Marlene Bento Pé-Leve



3º Curso de
Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

Obesidade Infantil



Évora, Junho de 2019

O que pode provocar Obesidade Infantil?

- Alimentação inadequada
- Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças
- Excesso de açúcar
- Gorduras saturadas
- Sedentarismo
- Influência familiar errada



Como evitar?

- Hábitos alimentares saudáveis na infância
- Introduzir gradualmente na alimentação das crianças uma grande variedade
- Os pais devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada
- Utilizar a roda dos alimentos como referência
- Doses corretas
- Refeições variadas



Complicações físicas

- Doenças cardiovasculares
- Alterações ortopédicas, cutâneas, gastrointestinais, hepáticas, respiratórias
- Arteriosclerose prematura
- Perturbações do crescimento
- Diabetes tipo 2
- Hipertensão
- Hiperlipidemia



Complicações Psicológicas

- Discriminação
- Sedentarismo como refúgio às interações sociais
- Problemas a nível emocional
- Vítimas de *bullying*
- Isolamento
- Timidez



Alimentação em Ambiente Familiar

- Aprendizagem principalmente por imitação dos comportamentos dos pais.
- Permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições.
- Forçar a criança a comer tudo o que tem no prato mesmo sem fome pode vir a tornar-se mais tarde um hábito pouco saudável



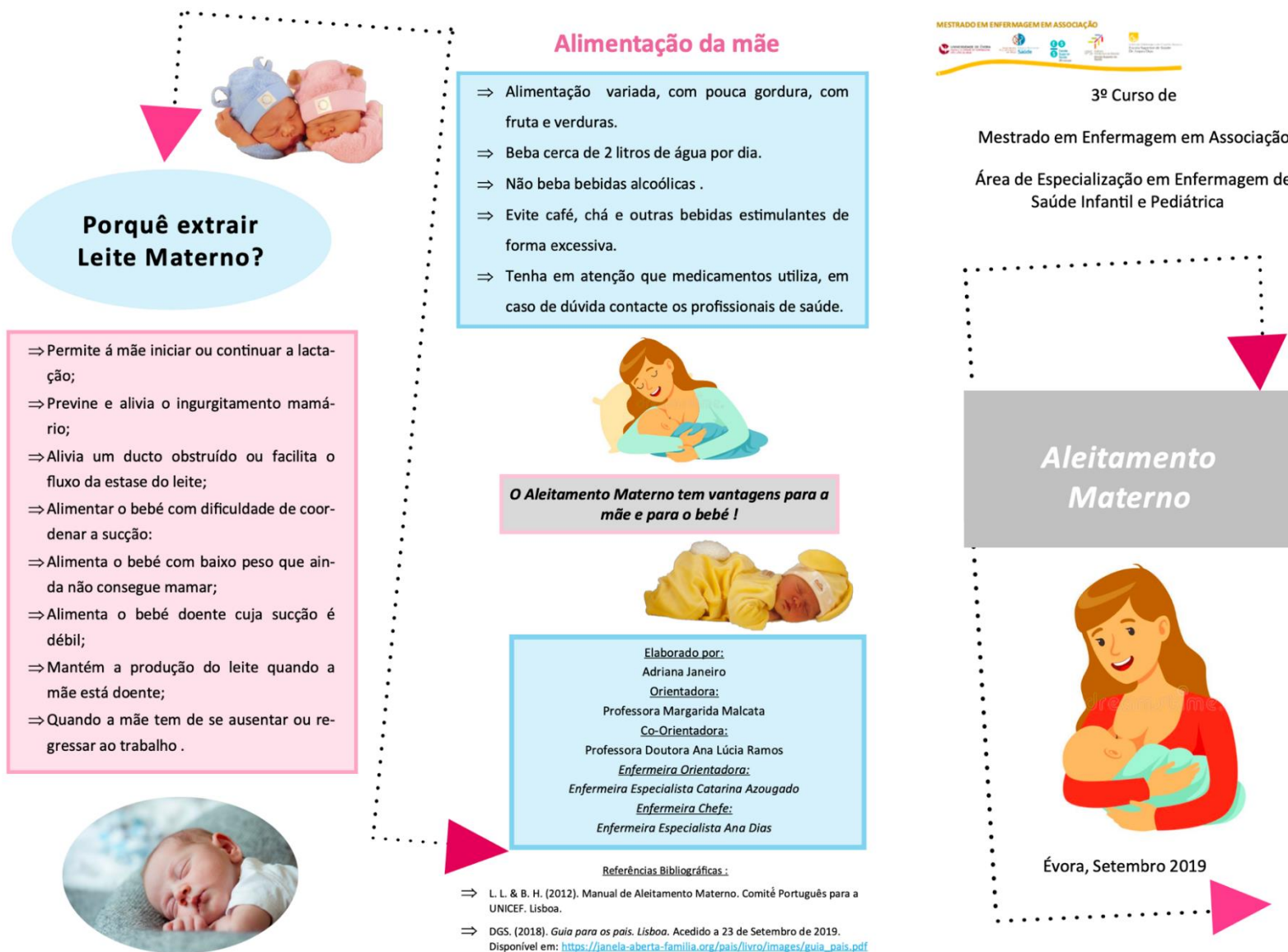
Alimentação em Ambiente Escolar

- Local onde as crianças passam mais tempo durante o dia.
- A educação alimentar deve ser constante
- Promover merendas mais saudáveis para as crianças, professores e restantes funcionários.



Apêndice 3

Folheto realizado para a UCIN ‘Aleitamento Materno’



Aleitamento Materno

O leite materno é o melhor alimento para o bebé.
É importante para o seu desenvolvimento psíquico e físico.



Vantagens do Leite Materno para o bebé

- ⇒ O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o saudável crescimento e desenvolvimento do bebé;
- ⇒ Reforça o sistema imunitário da criança;
- ⇒ Reduz a incidência de alergias, infeções respiratórias e otites;
- ⇒ Reduz o risco do aparecimento na idade adulta de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro e outras doenças crónicas.



Formas de Extração do Leite Materno

Extração Manual

- ⇒ Lave as mãos antes de iniciar a extração;
- ⇒ Coloque a mão com quatro dedos por baixo e o polegar por cima do mamilo, formando um "C", na zona e transição da aureola para o pelo do seio;
- ⇒ Com polegar e indicador faça uma ligeira pressão para traz. Não deve doer. Na deslize os dedos ao longo da pele;
- ⇒ Mantendo a pressão, comprima o polegar e o indicador com ligeiro movimento para a frente, expulsando o leite;
- ⇒ Mude a posição dos dedos à volta da mama para retirar o leite de todos os ductos. Não esprema ou puxe os seios;
- ⇒ Este procedimento de ter a duração de 3 a 5 minutos. Repita 2 a 3 vezes em cada seio;
- ⇒ Coloque o leite num reservatório limpo.



Extração com Bomba

- ⇒ Lave as mãos;
- ⇒ Certifique-se que todo o equipamento se encontra limpo e esterilizado;
- ⇒ Proceda à extração.



- ⇒ Armazenar o leite num biberão ou saco especial de armazenamento, colocar uma etiqueta com data e hora, utilizar primeiro o leite mais antigo.

Conservação do Leite Materno

Condição do Leite	Temperatura	Tempo
Fresco	25 - 37°C	4 horas
	15 - 25°C	8 horas
Refrigerado	0 - 4°C	8 dias
Congelado	Congelador do frigorífico	3—6 meses
	Arca congeladora (-20°C)	6 a 12 meses
Descongelado	Dentro do frigorífico	12/24 horas (não voltar a congelar)
	Fora do frigorífico	Imediato

Importante !!

- ⇒ **Nunca** descongelar o leite, utilizando água a ferver ou muito quente;
- ⇒ **Nunca** utilizar o micro-ondas para descongelar ou aquecer o leite materno.

Transporte do Leite Materno

- ⇒ Utilizar um saco térmico;
- ⇒ Renovar o gelo a cada 24 horas;
- ⇒ Proteger o leite materno do contacto direto com gelo.

Apêndice 4

Sessão de Educação para a Saúde realizada na UUP ‘Obesidade Infantil: Educação Alimentar da criança em idade escolar’



Sumário

- ▶ Obesidade Infantil
- ▶ Hábitos Alimentares
- ▶ Complicações da Obesidade Infantil
- ▶ Os pais e a alimentação infantil
- ▶ Alimentação em ambiente escolar
- ▶ Prática de exercício físico



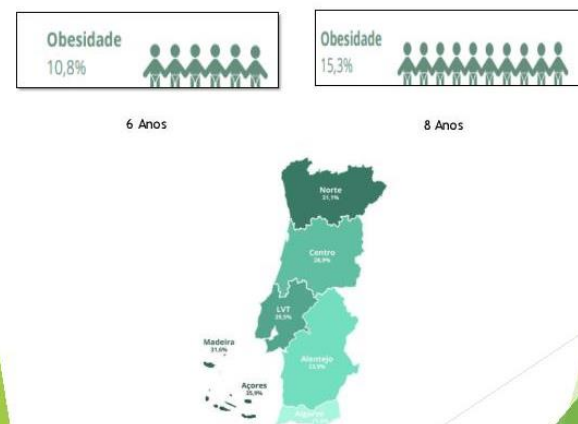
Obesidade Infantil

- ▶ Considerada a epidemia do século XXI
- ▶ Fase de maior fragilidade é entre os 6 e 10 anos
- ▶ Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentam excesso de peso e cerca de 12 % **obesidade**
- ▶ Maior prevalência nos rapazes:
(excesso de peso - 29,6%; obesidade - 13,4%)
- ▶ Prevalência nas raparigas:
(excesso de peso - 29,5%; obesidade - 10,6%)



(DGS, 2019)

Prevalência de Obesidade infantil em 2019



Obesidade infantil

Causas da Obesidade Infantil:

- ▶ Fatores genéticos
- ▶ Sedentarismo
- ▶ Consumo excessivo de gorduras
- ▶ Fatores ambientais
- ▶ Perturbações hormonais



Obesidade é “considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade.” (DGS, 2017: 13)

Hábitos alimentares

Comportamentos que contribuem para a obesidade infantil:

- ▶ Alimentação inadequada
- ▶ Excesso de açúcar
- ▶ Consumo excessivo de gorduras saturadas
- ▶ Consumo excessivo de refrigerantes
- ▶ Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças



(Pinto, 2017)

Hábitos alimentares

Formas de prevenir a Obesidade Infantil:

- ▶ Hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida;
- ▶ Além de educar a criança os pais também devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada;
- ▶ Mínimo três refeições principais intercaladas com pequenos lanches;
- ▶ Refeições variadas;
- ▶ Utilizar a roda dos alimentos como referência.



(Pinto, 2017 & DGS, 2018)

RODA DOS ALIMENTOS



(DGS, 2018)

Disposição do prato



(DGC, 2013)

Complicações associadas

Complicações Físicas:

- ▶ Doenças cardiovasculares
- ▶ Hipertensão
- ▶ Diabetes tipo 2
- ▶ Arteriosclerose prematura
- ▶ Hiperlipidemia
- ▶ Alterações ortopédicas
- ▶ Perturbações do crescimento
- ▶ Alterações cutâneas
- ▶ Alterações gastrointestinais
- ▶ Alterações hepáticas
- ▶ Alterações respiratórias



(Pina, 2017)

Complicações associadas

Complicações Psicológicas :

- ▶ Alvos de discriminação
- ▶ Problemas a nível emocional
- ▶ Timidez
- ▶ Vítimas de bullying
- ▶ Isolamento
- ▶ Sedentárias como refúgio



(Pina, 2017)

Os pais e a alimentação infantil

- ▶ Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se principalmente por imitação
- ▶ Os pais devem ser os primeiros educadores - nutrição
- ▶ Comportamento alimentar incorreto, sedentarismo e escasso conhecimento acerca da alimentação saudável dos pais, determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança



(Pinto, 2017 & Fernandes, 2018)

Os pais e a alimentação infantil

- ▶ A obesidade não é reconhecida como doença por alguns pais
- ▶ Os pais devem permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições
- ▶ Quando se força a criança a comer geralmente a reação é contrária, bem como o uso dos alimentos como forma de recompensa ou castigo.



(Pinto, 2017 & Fernandes, 2018)

Alimentação em Ambiente escolar

- ▶ A escola é o local onde as crianças passam mais tempo durante o dia
- ▶ A educação alimentar deve ser constante
- ▶ Promover merendas mais saudáveis para as crianças



(DGC, 2013)

Prática de exercício físico

- ▶ A actividade física é de extrema importância
- ▶ Diretamente relacionada com o bem-estar da criança
- ▶ Pode ser utilizada como prevenção
- ▶ Pode ajudar no tratamento da obesidade



(Pinto, 2017)

Referências Bibliográficas

- ▶ Direção Geral do Consumidor. (2013). Guia para educadores - Alimentação em idade escolar. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPH_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf
- ▶ Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Acedido a 25 de Outubro de 2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacaoda-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- ▶ Direção-Geral da saúde. (2018). Roda dos Alimentos Mediterrânica. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentosmediterranea/>
- ▶ Direção Geral de Saúde. (2019). Programa Nacional para a promoção de alimentação saudável. Acedido a 25 de Outubro de 2019. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1561303731Relatorio_PNPAS_2019.pdf
- ▶ Fernandes, C. (2018). Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: https://comum.icasp.pt/bitstream/10400.16/21930/1/CARLA_FERNANDES.pdf
- ▶ Pina, E. (2017). Dificuldades dos Pais na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis na Criança (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal. Acedido a 15 de Março de 2019. Disponível em: <http://bdigital.isp.pt/dspace/bitstream/10314/3671/1/E%20IP%20%20Emanuel%20F%20H%20Pin%20a.pdf>
- ▶ Pinto, L. (2017). Conhecimento dos Pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico da Viseu, Viseu, Portugal. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4123/1/LuisaPereiraPinto%20DM.pdf>

Apêndice 5

Folheto realizado para a UUP ‘Obesidade Infantil’



Obesidade Infantil

- ⇒ Considerada a epidemia do século XXI. É uma doença crónica, bem como um fator de risco para que se desenvolvam outras doenças crónicas consideradas as principais causas de mortalidade e morbilidade.

Causas da Obesidade Infantil

- ⇒ Alimentação inadequada
- ⇒ Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças
- ⇒ Excesso de açúcar
- ⇒ Gorduras saturadas
- ⇒ Sedentarismo
- ⇒ Influência familiar errada



Como evitar?

- ⇒ Hábitos alimentares saudáveis na infância
- ⇒ Os pais devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada
- ⇒ Utilizar a roda dos alimentos como referência
- ⇒ Doses corretas
- ⇒ Três refeições principais intercaladas com pequenos lanches
- ⇒ Refeições variadas



Complicações da Obesidade Infantil

Complicações Físicas

- ⇒ Doenças cardiovasculares
- ⇒ Alterações ortopédicas, cutâneas, gastrointestinais, hepáticas, respiratórias
- ⇒ Arteriosclerose prematura
- ⇒ Perturbações do crescimento
- ⇒ Diabetes tipo 2
- ⇒ Hipertensão
- ⇒ Hiperlipidemia



Complicações Psicológicas

- ⇒ Discriminação
- ⇒ Sedentarismo como refúgio às interações sociais
- ⇒ Problemas a nível emocional
- ⇒ Vítimas de bullying
- ⇒ Isolamento
- ⇒ Timidez



Prevalência da Obesidade Infantil em Portugal em 2019

Rapazes : (excesso de peso - 29,6%;
obesidade - 13,4%)

Raparigas: (excesso de peso - 29,5%;
obesidade - 10,6%)

Alimentação em Ambiente Familiar

- ⇒ Aprendizagem principalmente por imitação dos comportamentos dos pais.
- ⇒ Permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições.
- ⇒ Forçar a criança a comer tudo o que tem no prato mesmo sem fome pode vir a tornar-se mais tarde um hábito pouco saudável
- ⇒ Comportamento alimentar incorreto, sedentarismo e escasso conhecimento acerca da alimentação saudável dos pais, determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança



Alimentação em Ambiente Escolar

- ⇒ Local onde as crianças passam mais tempo durante o dia
- ⇒ A educação alimentar deve ser constante
- ⇒ Promover merendas mais saudáveis para as crianças



Apêndice 6

Sessão de Educação para a Saúde realizada na UCSP ‘Obesidade Infantil: Educação Alimentar da criança em idade escolar – 6 a 10 anos’



Sumário

- Obesidade Infantil
- Hábitos Alimentares
- Complicações da Obesidade Infantil
- Os Pais e a alimentação infantil
- Alimentação em ambiente escolar
- Prática de exercício físico
- Marketing/publicidade alimentar



Objetivos

- Abordar a prevalência da obesidade infantil em Portugal;
- Abordar a importância da aquisição de uma alimentação saudável;
- Identificar as principais complicações da obesidade infantil;
- Identificar a importância dos pais na aquisição de hábitos alimentares das crianças, bem como a escola;
- Incentivar a prática de exercício físico;
- Alertar para a influencia do marketing/publicidade alimentar.



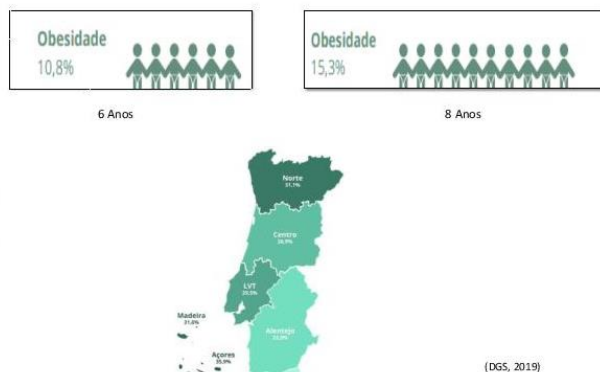
Obesidade Infantil

- Considerada a epidemia do século XXI
- Fase de maior fragilidade é entre os 6 e 10 anos
- Em 2019, cerca de 29,6% das crianças portuguesas apresentam excesso de peso e cerca de **12 % obesidade**
- Maior prevalência nos rapazes:
(excesso de peso - 29,6%; obesidade - 13,4%)
- Prevalência nas raparigas:
(excesso de peso - 29,5%; obesidade - 10,6%)





Prevalência da Obesidade Infantil em 2019



Hábitos Alimentares

Comportamentos que contribuem para a obesidade infantil

- Alimentação inadequada
- Excesso de açúcar
- Gorduras saturadas
- Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças



Obesidade infantil

Causada por:

- Fatores genéticos
- Sedentarismo
- Fatores ambientais
- Perturbações hormonais

Obesidade é "considerada uma doença crónica e ao mesmo tempo um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas que constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade." (DGS, 2017: 13)



Hábitos Alimentares

Combater esse aumento:

- Hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida;
- Além de educar a criança os pais também devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada;
- Mínimo três refeições principais intercaladas com pequenos lanches;
- Refeições variadas;
- Utilizar a roda dos alimentos como referência.





Roda dos Alimentos



Disposição do prato



Complicações

Complicações Físicas:

- Doenças cardiovasculares
- Hipertensão
- Diabetes tipo 2
- Arteriosclerose prematura
- Hiperlipidemia
- Alterações ortopédicas
- Perturbações do crescimento
- Alterações cutâneas
- Alterações gastrointestinais
- Alterações hepáticas
- Alterações respiratórias



Complicações

Complicações Psicológicas :

- Alvos de discriminação
- Problemas a nível emocional
- Timidez
- Vítimas de bullying
- Isolamento
- Sedentárias como refúgio





Os pais e a alimentação infantil

- Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se principalmente por imitação.
- Devem ser os primeiros educadores no que respeita à nutrição.
- Comportamento alimentar incorreto, sedentarismo e escasso conhecimento sobre a alimentação e nutrição saudável por parte dos pais, determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança.



Os pais e a alimentação infantil

- A obesidade não é reconhecida como doença por alguns pais.
- Permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições.
- Quando se força a criança a comer geralmente a reação é contrária, bem como o uso dos alimentos como forma de recompensa ou castigo.



Alimentação na Escola

- Local onde as crianças passam mais tempo durante o dia.
- A educação alimentar deve ser constante.
- Promover merendas mais saudáveis para as crianças, professores e restantes funcionários.
- Tanto em casa, com os pais como na escola com os educadores, as crianças devem sentir que existem regras para serem cumpridas, nomeadamente ao nível das refeições.



Prática de Exercício Físico

- A atividade física é de extrema importância;
- Diretamente relacionado com o bem-estar da criança;
- Pode ser utilizada como prevenção;
- Pode ajudar no tratamento da obesidade.





Publicidade Alimentar

- Os dados relativos ao consumo alimentar e estado nutricional das crianças portuguesas, sugerem a necessidade de se colocarem restrições à publicidade alimentar de produtos de baixo valor nutricional dirigido a crianças.
- De acordo com o Inquérito Alimentar Nacional conclui-se que as crianças e adolescentes tem os hábitos alimentares mais inadequados.
- Cerca de 2,5 milhões de Portugueses (24%) consomem açúcares livres acima do limite recomendado pela OMS: prevalência superior nos adolescentes (48,7%) e nas crianças (40,7%).



DGS (2019b)



Publicidade Alimentar

- A Lei n.º 30/2019 de 23 de abril introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos procedendo à 14.ª alteração ao Código da Publicidade.



DGS (2019b)



Publicidade Alimentar

Os seguintes produtos: chocolates, produtos de confeitaria, barras energéticas, coberturas e cremes doces para barrar, sobremesas doces; bolos e outros produtos de pastelaria, biscoitos doces e preparados em pó para a produção de doces; sumos; bebidas refrigerantes; bebidas energéticas; e gelados e sorvetes, enquadram-se na categoria de alimentos que não são promotores de uma alimentação saudável e cuja publicidade, deve ser restringida.

Estas categorias estão também identificadas na Roda dos Alimentos como alimentos que não se enquadram num padrão alimentar saudável.



DGS (2019b)



Publicidade Alimentar

Alegações nutricionais "baixo teor de gorduras saturadas", "baixo teor de açúcares" e "baixo teor de sódio/sal", definidos pelo Regulamento (CE) N.º 1924/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de dezembro de 2006 relativo às alegações nutricionais e de saúde sobre os alimentos.

	Baixo teor (100 g)	Baixo teor (100 ml)
Ácidos gordos saturados	≤ 1,5 g	≤ 0,75 g
Sódio/sal	≤ 0,3 g (sal)	
Açúcar	≤ 5 g	≤ 2,5 g



DGS (2019b)



Publicidade Alimentar

Estes são os valores limite para a identificação do "elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos trans" para cada uma das categorias de alimentos.

Categoria de alimentos	Ácidos gordos saturados (g)	Açúcar Total (g)	Açúcar Adicionado (g)	Sal (g)	Ácidos gordos trans (g)	Valor energético (kJ/100g)
Chocolates, produtos de confeitaria, barras energéticas, coláctos, doces, cremes para bolachas e sobremesas.	3,5	5		0,3	2	40
Receitas e outros produtos de pastelaria, bolachas, doces, preparados em pó para a produção de doces.	3,5	5		0,3	2	40
Apertivos/snacks.	3,5	5	0	0,3	2	
Frutos oleaginosos e sementes.	*	5	0	0,3	2	
Refrigerantes						
Sumos	*	2,5	0	*	*	20

DGS (2019b)



Síntese e Questões



Testar os conhecimentos...

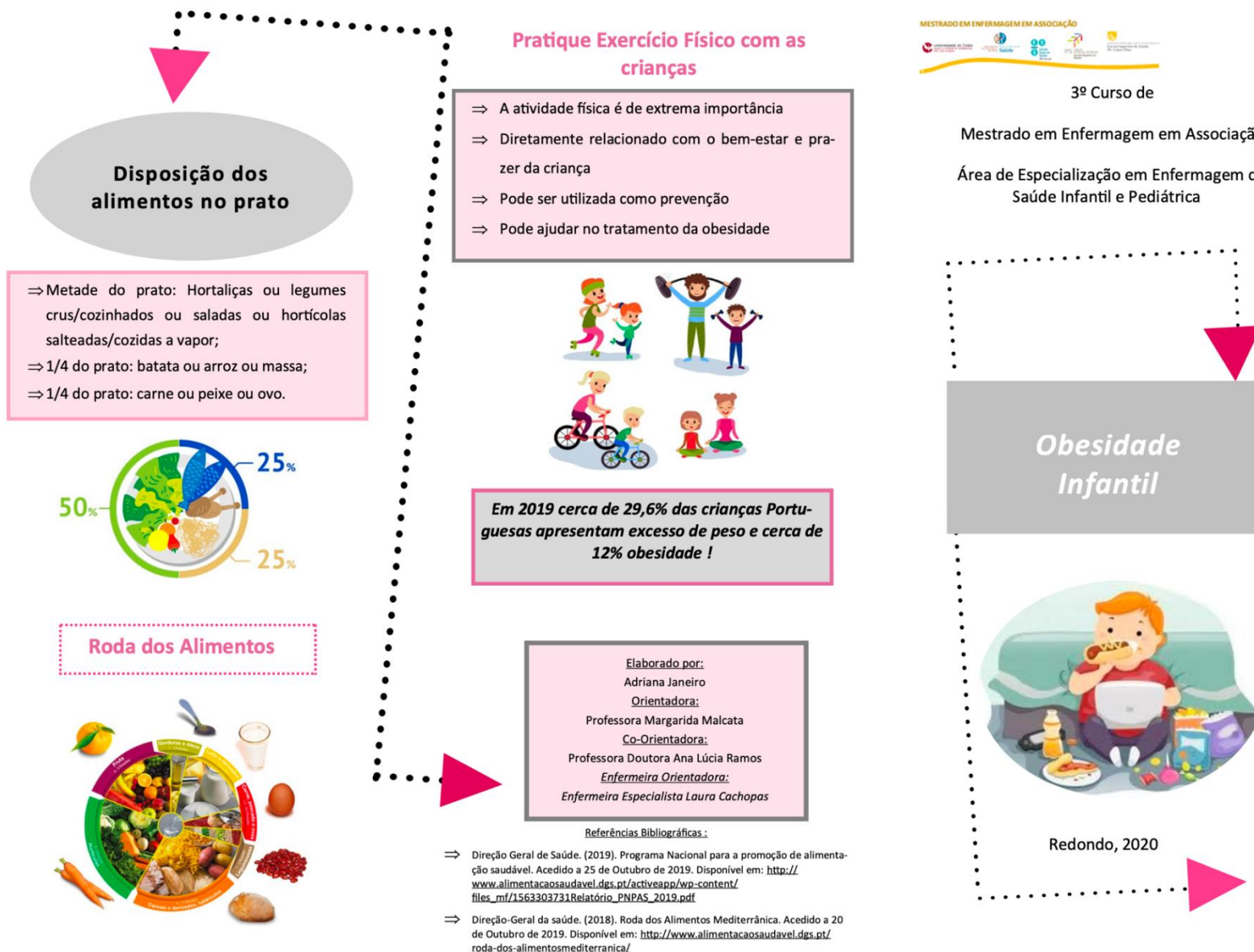


Referências Bibliográficas

- Direção Geral do Consumidor. (2013). Guia para educadores – Alimentação em idade escolar. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa. Acedido a 25 de Outubro de 2019. Disponível em: https://nutricao.dgs.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_e_nutricao-a-abordagem-terapeutica-no-serviço-%20nacional-de-saude.pdf
- Direção-Geral da saúde. (2018). Roda dos Alimentos Mediterrânica. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentosmediterranea/>
- Direção Geral de Saúde. (2019). Programa Nacional para a promoção de alimentação saudável. Acedido a 25 de Outubro de 2019. Disponível em: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1563809/31Relatorio_PNPAS_2019.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2019b). Perfil Nutricional – Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças. Lisboa. Acedido a 15 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perfil-nutricional-restricoes-a-publicidade-alimentar-dirigida-a-criancas-2019-pdf.aspx>
- Fernandes, C. (2018). Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: https://comum.icsap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf
- Pina, E. (2017). Dificuldades dos Pais na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis na Criança (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal. Acedido a 15 de Março de 2019. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3671/1/E%20S%20I%20E%20manuel%20F%20H%20Pina.pdf>
- Pinto, L. (2017). Conhecimento dos Pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico da Viseu, Viseu, Portugal. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4123/1/LuísPereiraPinto%20M.pdf>

Apêndice 7

Folheto realizado para a UCSP ‘Obesidade Infantil’



Obesidade Infantil

Epidemia do século XXI, uma doença crónica, bem como um fator de risco para que se desenvolvam outras doenças crónicas consideradas as principais causas de mortalidade e morbilidade.

Causas da Obesidade Infantil

- ⇒ Alimentação inadequada
- ⇒ Ingestão insuficiente de fruta e hortaliças
- ⇒ Excesso de açúcar
- ⇒ Gorduras saturadas
- ⇒ Sedentarismo
- ⇒ Influência familiar errada



Como evitar?

- ⇒ Hábitos alimentares saudáveis na infância
- ⇒ Os pais devem influenciar fazendo também eles uma alimentação equilibrada
- ⇒ Utilizar a roda dos alimentos como referência
- ⇒ Doses corretas
- ⇒ Três refeições principais intercaladas com pequenos lanches
- ⇒ Refeições variadas



Complicações da Obesidade Infantil

Complicações Físicas

- ⇒ Doenças cardiovasculares
- ⇒ Alterações ortopédicas, cutâneas, gastrointestinais, hepáticas, respiratórias
- ⇒ Arteriosclerose prematura
- ⇒ Perturbações do crescimento
- ⇒ Diabetes tipo 2
- ⇒ Hipertensão



Complicações Psicológicas

- ⇒ Discriminação
- ⇒ Sedentarismo como refúgio às interações sociais
- ⇒ Problemas a nível emocional
- ⇒ Vítimas de bullying
- ⇒ Isolamento
- ⇒ Timidez



Prevalência da Obesidade Infantil em Portugal em 2019

Rapazes : (excesso de peso - 29,6%;
obesidade - 13,4%)

Raparigas: (excesso de peso - 29,5%;
obesidade - 10,6%)

Alimentação em Ambiente Familiar

- ⇒ As crianças aprendem principalmente por imitação dos comportamentos dos pais.
- ⇒ Permitir à criança ter alguma liberdade de escolha, sem imposições.
- ⇒ Forçar a criança a comer tudo o que tem no prato mesmo sem fome pode vir a tornar-se mais tarde um hábito pouco saudável
- ⇒ Comportamento alimentar incorreto, sedentarismo e escasso conhecimento acerca da alimentação saudável dos pais, determinam os hábitos alimentares e a prática de atividade física da criança



Alimentação em Ambiente Escolar

- ⇒ Local onde as crianças passam mais tempo durante o dia
- ⇒ A educação alimentar deve ser constante
- ⇒ Promover merendas mais saudáveis para as crianças



Apêndice 8

Poster realizado na UCSP ‘Obesidade Infantil: A realidade em Portugal’



Apêndice 9

Resumo da *Scoping Review* realizada no Estágio Final: ‘ A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?’

A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?

Scoping Review

A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?

The Influence of Food Marketing on Childhood Obesity: A Reality?

La influencia del Marketing de Alimentos en la Obesidad Infantil y: ¿una realidad?

Adriana Janeiro* - Licenciada em Enfermagem e Pós-Graduada em Intervenção em Feridas pela Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Margarida Malcata - Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Ramos - Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

***Correspondência:** adrianajaneiro1@gmail.com

A influência do Marketing Alimentar na Obesidade Infantil: Uma realidade?

Resumo

Contexto: Atualmente a obesidade infantil atinge proporções cada vez mais preocupantes em todos os países do mundo. A exposição à publicidade/marketing tem vindo a ser considerada um fator que contribui para a obesidade infantil, existindo evidência de que a publicidade a alimentos pode ser considerada um fator decisivo para o desenvolvimento de obesidade infantil.

Objetivo: Mapear a evidência disponível relativamente à relação que existe entre a publicidade/marketing alimentar e a obesidade infantil.

Método de Revisão: Elaborou-se uma scoping review através da pesquisa nas bases de dados Scielo®, Pubmed® e agregadores de bases de dados EBSCO®, B-on®, entre os anos de 2014 e 2019. Foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, e seguiu-se a avaliação da qualidade metodológica com base nas ferramentas de avaliação crítica no *Joanna Briggs Institute (JBI)*.

Apresentação e Interpretação dos Resultados: No total obtiveram-se 709 artigos, dos quais foram selecionados 5 artigos de natureza quantitativa. Os estudos analisados, sugerem que é possível existir uma relação entre a publicidade a alimentos e a obesidade infantil. Toda a publicidade referente a alimentos não saudáveis, pode desempenhar um papel importante no aumento do risco de obesidade infantil e de adquirir maus hábitos alimentares.

Conclusão: As crianças despendem cada vez mais tempo a ver televisão e tem mais facilmente acesso à internet, deixando-se facilmente influenciar pelos anúncios a alimentos. Existe a possibilidade de que a publicidade a alimentos, tenha uma influência negativa nos hábitos alimentares das crianças, e consequentemente contribuir para a obesidade infantil. Neste sentido é fundamental, que os enfermeiros capacitem os pais e crianças, sobre a influência da publicidade nos hábitos alimentares e desta forma contribuir para a redução das taxas de obesidade infantil.

Palavras-Chave: Obesidade infantil, Marketing alimentar, Legislação, Publicidade alimentar.

Apêndice 10

Questionário aplicado em dois dos locais de estágio como diagnóstico da situação à população de idade escolar – 6 a 10 anos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
BÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IPS Portugal



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pretende-se a realização de um projeto integrado na linha de investigação ‘Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’, referente à temática ‘Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar na idade escolar – 6 a 10 anos’, que tem como objetivo geral: Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que permitam a promoção da saúde e prevenção da obesidade na criança em idade escolar.

Nos dias de hoje a obesidade infantil é considerada um dos maiores desafios de saúde pública, uma vez que tem atingido níveis epidémicos em vários países do mundo, pelo que é essencial atuar de modo a prevenir esta realidade. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde [OMS] Portugal é um dos cinco países da Europa com maior prevalência de obesidade infantil, pois mais de 30% das crianças portuguesas entre os 6 e 8 anos de idade apresentam excesso de peso e cerca de 14% destas crianças apresentam obesidade (Rito *et al.*, 2017).

Como tal com o intuito de proceder à realização do projeto anteriormente mencionado, pedimos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, de modo a compreender a realidade acerca da problemática abordada neste projeto.

Os dados recolhidos cumprem os pressupostos associados a este tipo de estudos, sendo os resultados serão posteriormente agrupados, pelo que se garante a confidencialidade dos dados e o anonimato dos respetivos participantes.

Desde já agradecemos a sua colaboração e participação neste projeto e disponibilizamo-nos para os esclarecimentos que considere fundamentais.

Adriana Janeiro

Enfermeira e Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação

Investigadora Principal

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Professora Margarida Malcata

Professora Orientadora

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Professora Co-Orientadora

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no projeto
“Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de
saúde infantil e pediátrica na educação alimentar na idade escolar – 6 a 10 anos”
nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde atualizada a
04/11/2015

Parte declarativa da Investigadora

“Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.”

Adriana Isabel Conde Janeiro, portadora da cédula profissional da OE n.º 81982

Data ____/____/____ Assinatura: _____

Ao Participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Parte declarativa do Participante

“Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.”

Nome: _____

Data ____/____/____ Assinatura: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Dados pessoais

1. Idade (anos)

2. Sexo

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Qual o peso atual (kg) ?

4. Qual a altura atual (cm) ?

5. Qual o peso ao nascer (gramas) ?

6. Qual o comprimento ao nascer (cm) ?

7. Até que idade foi alimentado exclusivamente por leite materno ?

Marcar apenas uma oval.

☐ 0-2 Meses

☐ 2-4 Meses

☐ 4-6 Meses

8. Em que idade iniciou a introdução de outros alimentos?

Marcar apenas uma oval.

☐ 4 Meses

☐ 5 Meses

☐ 6 Meses

☐ +6 Meses

Hábitos de vida

9. Quantas vezes por semana pratica atividade física curricular ou extracurricular? (Ex.: Educação Física, andar de bicicleta, jogar futebol, dança, natação, ...)

Marcar apenas uma oval.

☐ Nenhum a

☐ 1-2 vezes

☐ 3-4 vezes

☐ 5 ou mais

10. Qual a duração média por dia da atividade física (curricular ou extracurricular) ?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 30 minutos
- ☐ 30-60 minutos
- ☐ 60-90 minutos
- ☐ Mais de 90 minutos

11. Quais as atividades lúdicas preferidas?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Ver televisão
- ☐ Jogar computador/console/telemóvel
- ☐ Brincar no exterior
- ☐ Ler
- ☐ Outras _____

12. Número de horas de sono por dia ?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menos de 8 horas
- ☐ 8-9 horas
- ☐ 9-12 horas
- ☐ Mais de 12 horas

Padrão alimentar

13. Qual o consumo diário de água?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0,5 - 1 litro
- ☐ 1 - 1,5 litros
- ☐ 1,5 - 3 litros

14. Toma pequeno-almoço antes de sair de casa ?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Costuma almoçar onde?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Escola
- ☐ Casa
- ☐ Outro local _____

16. Leva lanche para a escola?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

17. Costuma dizer que não gosta das refeições?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Às vezes

18. Costuma ajudar a preparar as refeições?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Às vezes

19. Faz refeições em família?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Algumas vezes

20. Quantas refeições faz por dia?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ Mais de 6

21. Que tipo de alimentos consome por dia?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 ou mais vezes
Fruta	☐	☐	☐	☐
Vegetais	☐	☐	☐	☐
Sopa	☐	☐	☐	☐
Massas	☐	☐	☐	☐
Pastelaria	☐	☐	☐	☐
Fritos	☐	☐	☐	☐
Fast-food	☐	☐	☐	☐
Refrigerantes	☐	☐	☐	☐
Doces	☐	☐	☐	☐

Antecedentes familiares

22. Doenças de familiares (pais, avós, irmãos)

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irmãos	Pais	Avós	Ninguém
Diabetes	☐	☐	☐	☐
Hipertensão	☐	☐	☐	☐
Obesidade	☐	☐	☐	☐
Doenças Cardiovasculares	☐	☐	☐	☐
Alergias	☐	☐	☐	☐
Dislipidémias	☐	☐	☐	☐
Doenças Oncológicas	☐	☐	☐	☐

Referências Bibliográficas

- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf
- Teixeira, M. (2012). *Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar – Alimentação e exercício físico*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16125/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>
- Rito, A.; Sousa, R.; Mendes, S. & Graça, P. (2017). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2016*. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf
- Rocha, J. (2017). *A Prevenção da Obesidade Infantil em crianças na Idade Pré-escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24185>

Apêndice 11

Curvas de crescimento relativas aos dados recolhidos com o questionário com o valor do IMC de cada criança

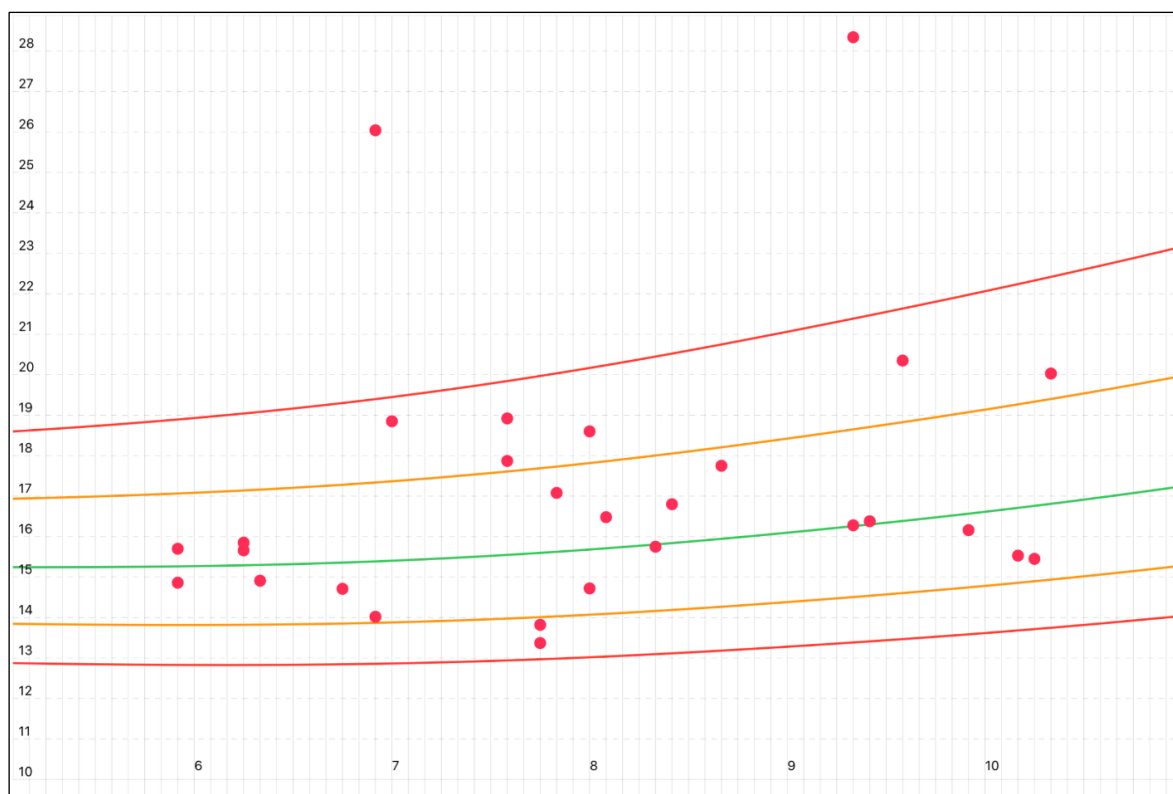


Imagem 3 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC raparigas entre os 6 e os 10 anos

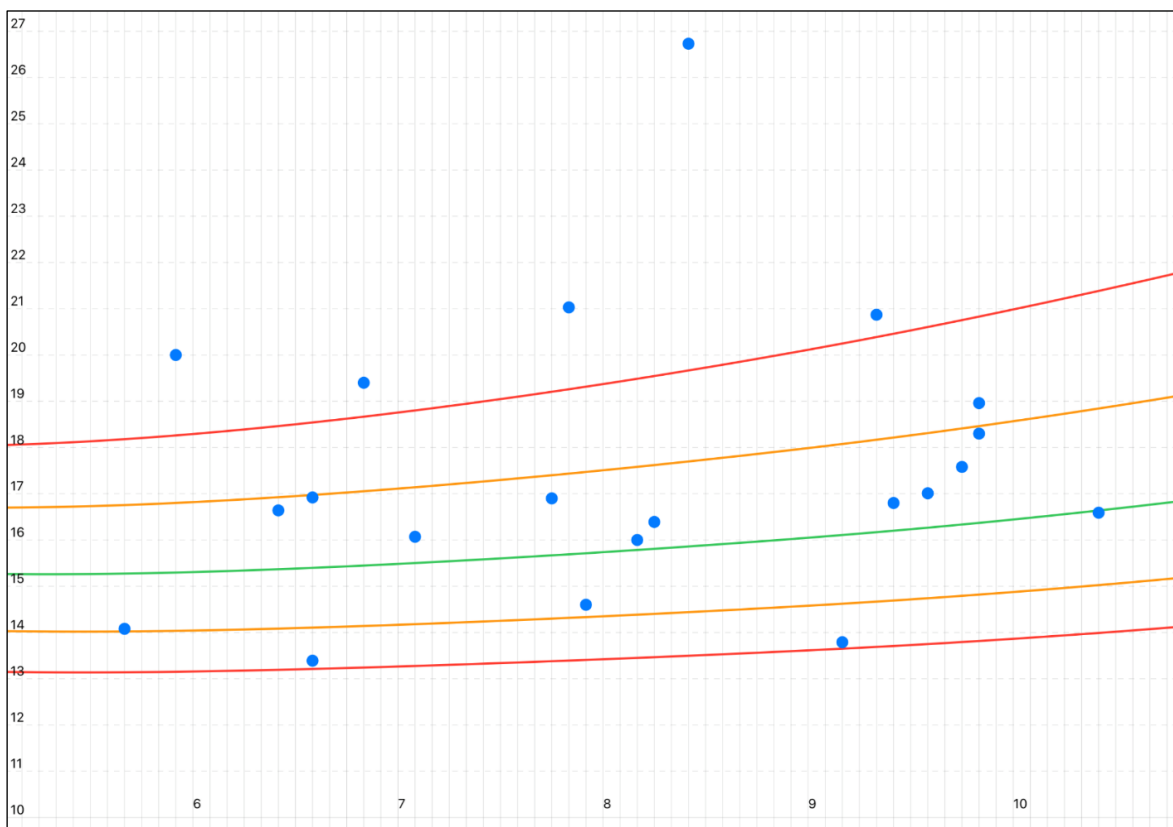


Imagem 4 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC rapazes entre os 6 e os 10 anos

Apêndice 12

Tabela com os dados referentes ao questionário das medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC

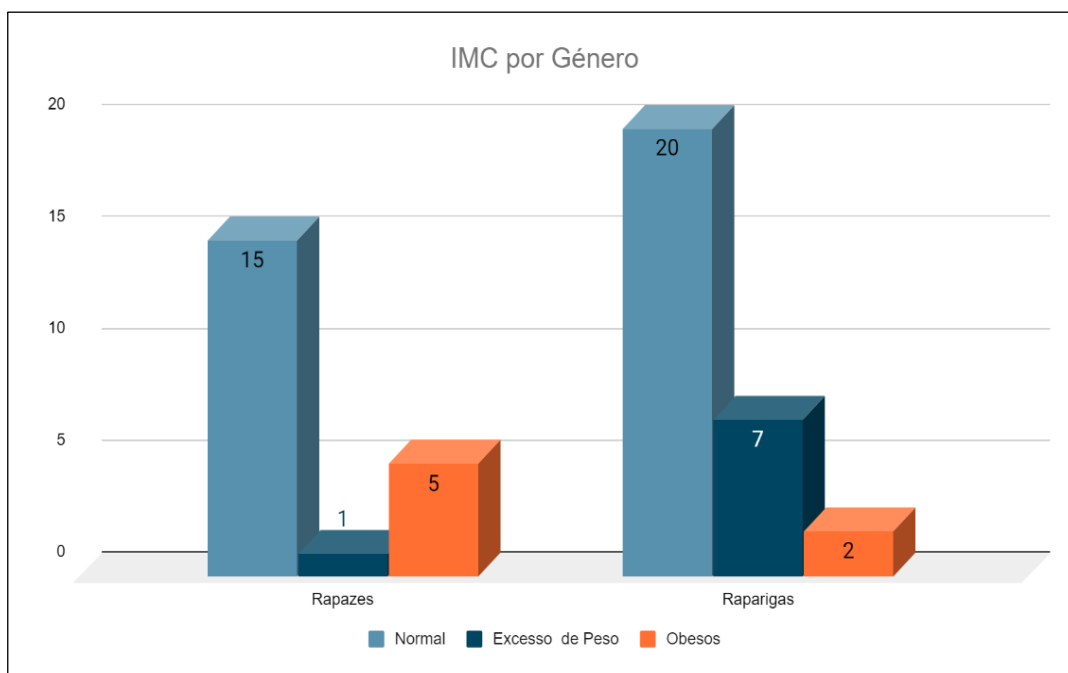
Idade	Género	Média			Mediana		
		Peso	Altura	IMC	Peso	Altura	IMC
6 anos	Rapaz	26.43	124.83	16.91	26.00	125.00	16.64
	Rapariga	19.24	111.70	15.40	20.00	113.00	15.66
	Geral	21.94	116.63	15.96	20.30	115.00	15.68
7 anos	Rapaz	25.75	125.00	16.45	25.30	126.50	16.50
	Rapariga	30.01	126.88	18.40	27.52	128.25	16.78
	Geral	27.88	125.94	17.43	25.52	126.75	16.50
8 anos	Rapaz	31.37	129.42	18.61	27.80	130.00	16.65
	Rapariga	28.27	130.95	16.52	30.00	129.00	16.80
	Geral	29.36	130.41	17.25	29.00	129.00	16.80
9 anos	Rapaz	33.73	140.60	17.15	32.00	138.80	16.80
	Rapariga	36.85	138.25	19.69	36.20	134.00	17.06
	Geral	35.51	139.26	18.60	32.00	138.00	16.80
10 anos	Rapaz	33.42	139.17	16.83	30.70	134.00	17.29
	Rapariga	36.82	144.18	17.50	31.00	141.40	16.16
	Geral	34.97	141.45	17.14	31.00	139.00	17.01

Tabela 1 – Medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC dos dados das crianças referente aos questionários aplicados

Apêndice 13

Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente distribuição do valor do IMC das crianças por género

Gráfico 14 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o IMC por Género

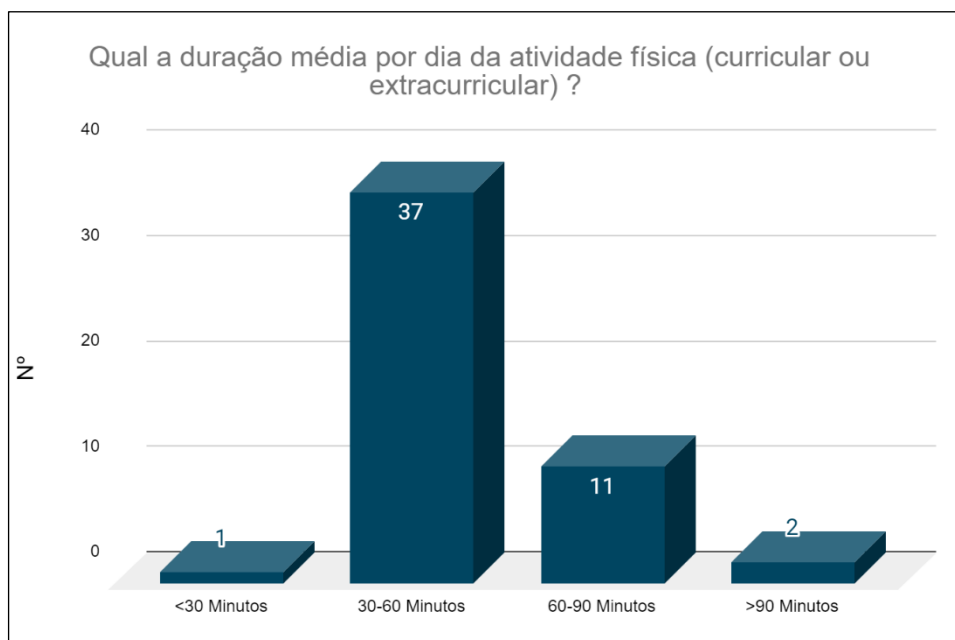


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 14

Gráficos dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente atividade física, número de horas de sono e número de vezes por semana de atividade física

Gráfico 15 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a duração de atividade física por dia



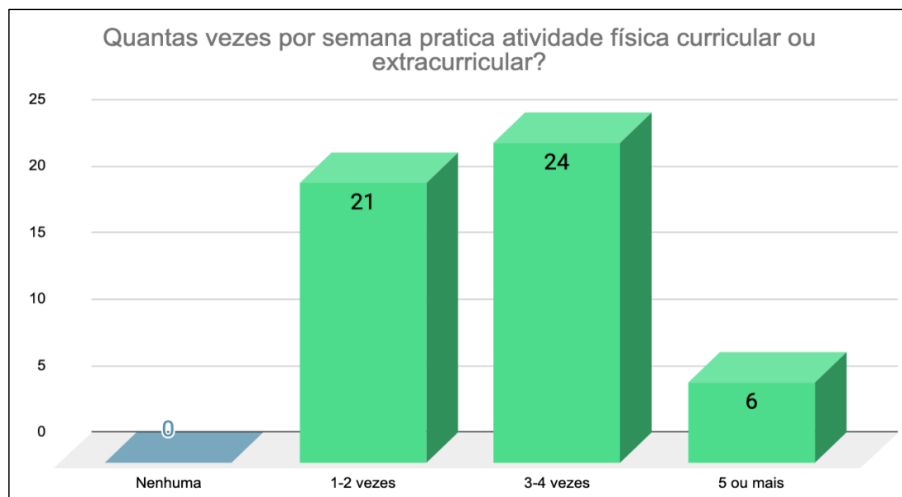
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 16 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de horas de sono por dia



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 17 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de vezes por semana de prática atividade física

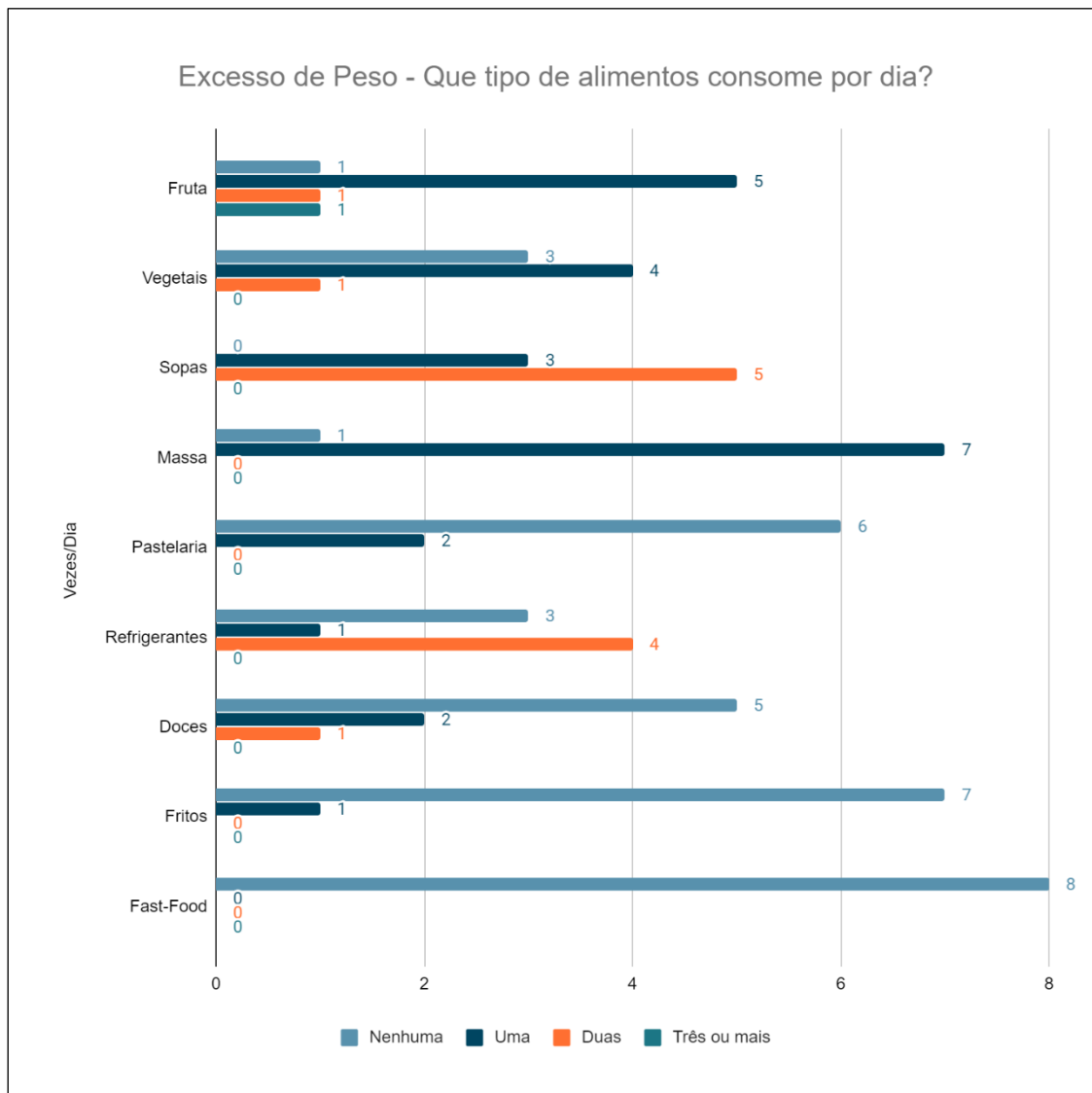


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 15

Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente no tipo de alimentos consumidos por dia pelas crianças com excesso de peso

Gráfico 18 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia – Excesso de Peso

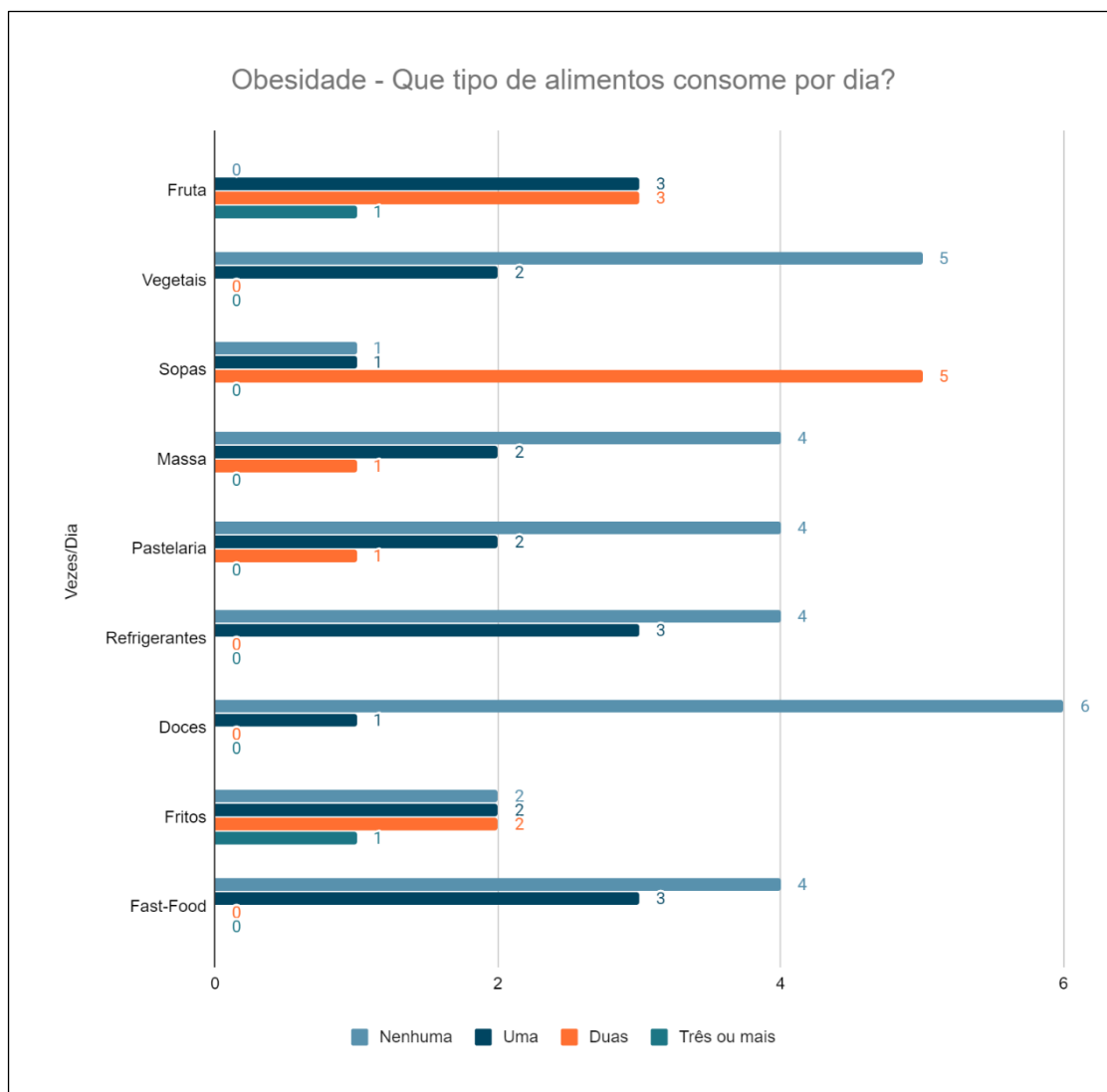


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 16

Gráfico dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente no tipo de alimentos consumidos por dia pelas crianças com Obesidade Infantil

Gráfico 19 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o tipo de alimentos consumidos por dia – Obesidade

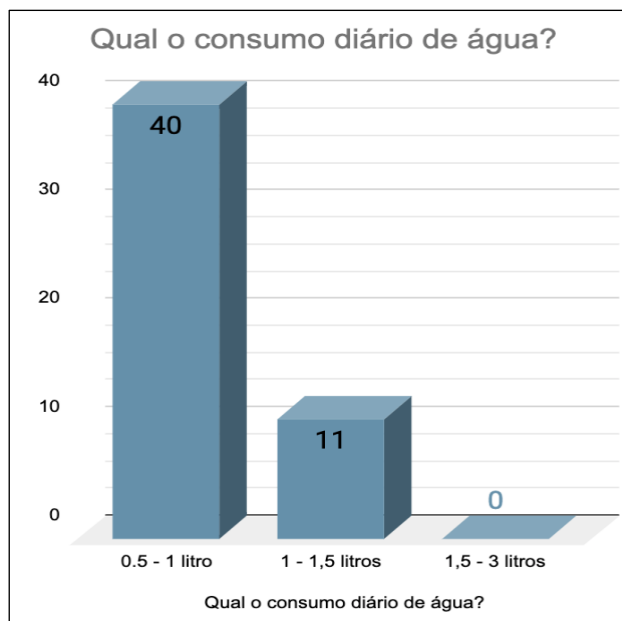


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 17

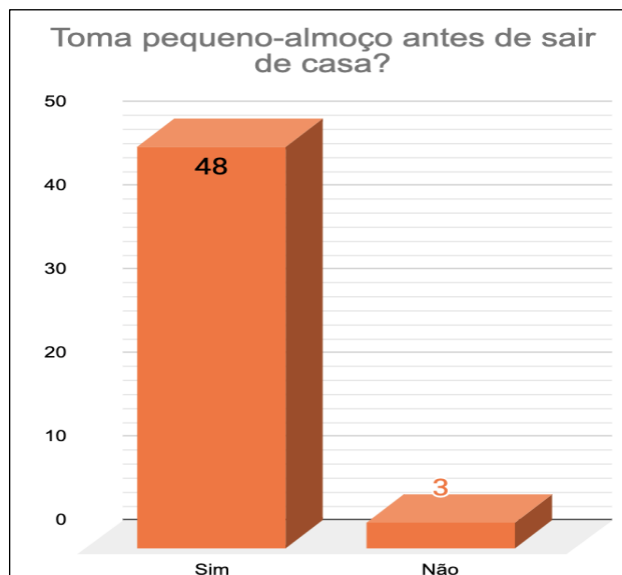
Gráficos dos dados recolhidos com o questionário nomeadamente o consumo de água, ingestão do pequeno-almoço antes de sair de casa e número de refeições

Gráfico 20 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o consumo de água por dia



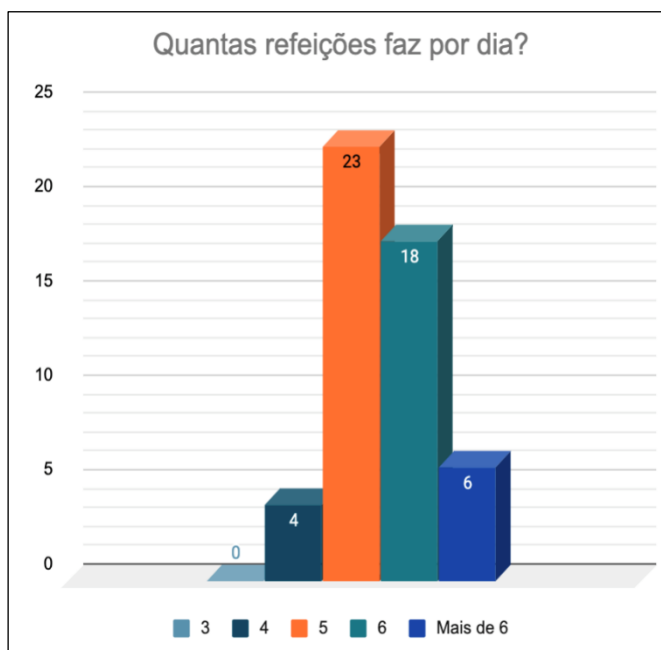
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 21 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com a ingestão do pequeno-almoço



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 22 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o número de refeições por dia

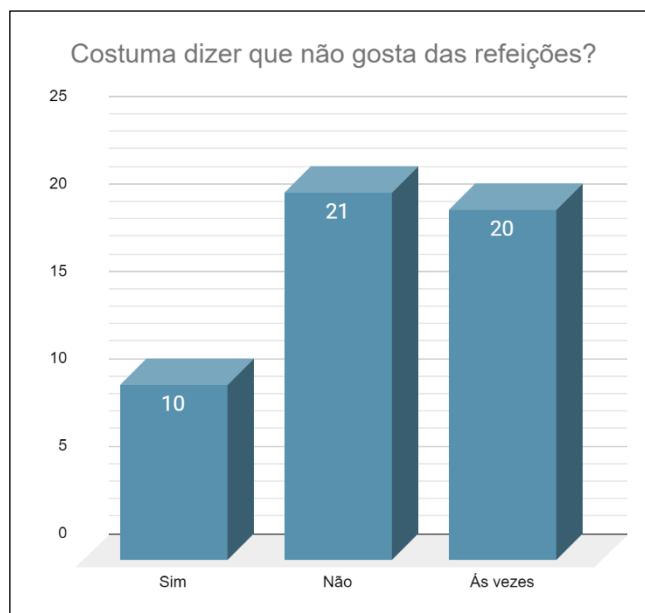


Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 18

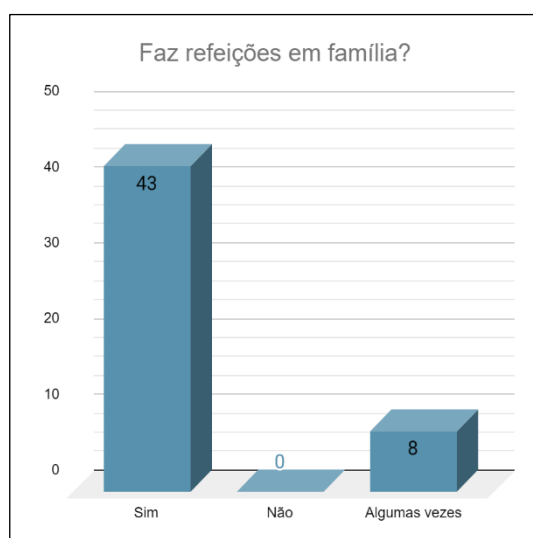
Gráficos relativos aos dados recolhidos com o questionário

Gráfico 23 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que referem não gostar das refeições



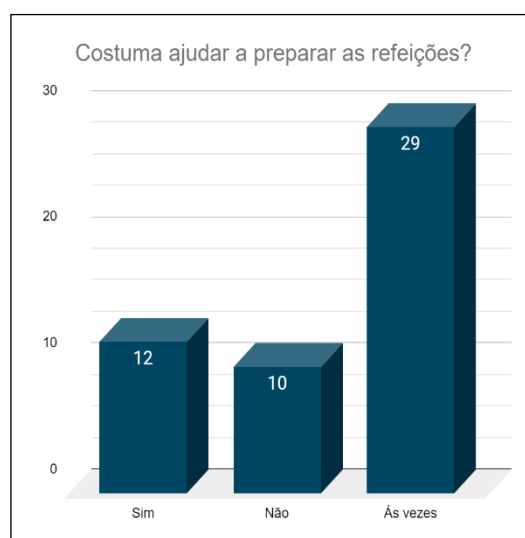
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 24 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que fazem as refeições em família



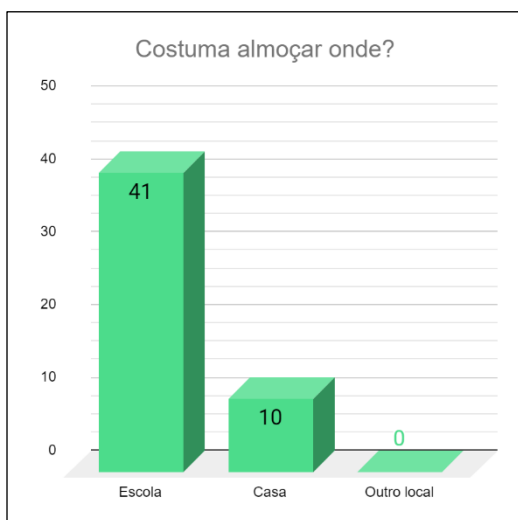
Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 25 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central que ajudam a preparar as refeições



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 26 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o local onde almoçam



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Gráfico 27 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos do Alentejo Central de acordo com o lanche



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados à população-alvo

Apêndice 19

Resumo do Projeto de Estágio



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE ESTÁGIO	Ano Letivo:
	<u>2019</u> / <u>2020</u>

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica eu, Adriana Isabel Conde Janeiro, sob a orientação da Professora Margarida Malcata e Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, propomos a realização de um projeto integrado na linha de investigação 'Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas', referente à temática 'Obesidade Infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na educação alimentar em idade escolar – 6 a 10 anos.'.

A Obesidade é considerada a doença pediátrica com maior prevalência a nível mundial, nos dias de hoje, resulta da conjugação de uma variedade de fatores, como é o caso de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e comportamentais (Pina, 2017). Esta condição é uma doença crónica, e ao mesmo tempo um fator de risco que contribui para que se desenvolvam outras doenças crónicas consideradas as principais causas de mortalidade e morbilidade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

A faixa etária dos 6 aos 10 anos é vista como uma fase onde existe maior fragilidade para se desenvolver obesidade, uma vez que nesta faixa de idades as crianças desenvolvem competências em vários domínios, como tal é fundamental que se inicie a prevenção o mais cedo possível (Pina, 2017). É na infância que se fazem as escolhas relativas à adoção de estilos de vida que vão ter as consequências na idade adulta, sendo assim a saúde infantil é fundamental para garantir a saúde ao longo da vida (Fernandes, 2018). O momento ideal para incutir bons hábitos, é a infância, uma vez que a criança está a conhecer o mundo à sua volta e a desenvolver a sua personalidade, e alimentar-se é um desses hábitos, sendo a educação a chave para a prevenção da obesidade infantil (Santos *et al.*, 2014).

O problema que defino são as *elevadas taxas de obesidade Infantil na idade escolar em Portugal*, considero a elaboração deste projeto pertinente, pois a obesidade infantil é uma realidade nos dias de hoje em Portugal, e merece uma dedicação especial por parte dos enfermeiros, nomeadamente o EEESIP, de modo a atuar na sua prevenção.

O projeto segue as etapas da metodologia de projeto que assenta no princípio da resolução de problemas como principal objetivo e centra-se na identificação de um problema em contexto real, que tem necessidade de ser minimizado ou resolvido, bem como na elaboração de estratégias e intervenções que permitam a sua resolução de uma forma eficaz. Esta metodologia é composta por cinco etapas, sendo elas: o diagnóstico da situação, a planificação, a execução das atividades planeadas, a avaliação e a divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Na etapa do diagnóstico da situação será aplicado um questionário diagnóstico junto da população, pais e crianças, de forma confidencial e anónima, que se encontrem nos locais onde serão realizados os estágios, com o intuito de recolher dados relacionados com o estilo de vida e comportamentos alimentares das crianças em idade escolar, entre os 6 e 10 anos. Desta forma, serão solicitadas autorizações institucionais e às comissões de ética das respetivas instituições, onde se realizam os estágios. No último estágio iremos recolher os dados relevantes para a temática abordada, de forma confidencial e anónima, através da consulta dos processos, recorrendo ao programa informático SClinico, relativos às crianças em idade escolar. Serão posteriormente planeadas e executadas as atividades a desenvolver ao longo de cada estágio, nomeadamente a elaboração de sessões de educação para saúde [EpS], elaboração de jogos interativos para a população-alvo acerca da temática, realização de um vídeo e ainda a elaboração de folhetos e cartazes. O projeto será avaliado de várias formas, pela análise dos questionários aplicados, e outra forma de avaliação consiste na aplicação de questionários próprios, que são entregues aos participantes das sessões de EpS.

Como tal, será possível analisar a necessidade de atuação por parte dos enfermeiros face a esta problemática, capacitando os pais/cuidadores e crianças com o intuito de promover a aquisição de hábitos de vida saudáveis e consequentemente contribuir para a redução das taxas de obesidade infantil. Posteriormente, os resultados obtidos serão divulgados com a elaboração do relatório final, com a sua discussão pública e eventuais comunicações científicas.

Para o desenvolvimento deste projeto optou-se por utilizar como Modelo Teórico de Enfermagem o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

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

OBJETIVOS:

- Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção da saúde, aquisição de hábitos de vida saudáveis e prevenção da obesidade na criança em idade escolar.

- Objetivos Específicos:

- Sensibilizar as crianças [idade escolar – 6 a 10 anos] e os pais ou familiares, sobre a realidade das elevadas taxas de obesidade infantil, bem como as formas que permitam a sua redução.

- Desenvolver competências e capacidades, como forma de ampliar os conhecimentos, no âmbito da problemática da Obesidade Infantil.

- Otimizar estratégias e recursos nas instituições de saúde, para capacitar as crianças, os pais ou familiares, na adoção de estilos de vida saudáveis.

- Caracterizar as crianças da UCSP, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, através dos dados relevante para a temática, no ano de 2019.

Estes objetivos foram delineados de forma a que seja possível alcançá-los, em cada contexto de acordo com os recursos humanos e materiais existem nos locais de estágio, ao longo das várias semanas.

Tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria [EEESIP], nomeadamente a competência “1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” em que se que está implícita: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” sendo estas a “E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”, “E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018: 19193), surge este projeto que aborda a temática da obesidade infantil em idade escolar. Cabe ao EEESIP encorajar as mudanças de estilo de vida, sobretudo em famílias com crianças com risco de obesidade ou onde os progenitores são obesos, uma vez que a prevenção é muito mais fácil do que a reversão desta doença. Ou seja, no que diz respeito à obesidade infantil é essencial a sua prevenção e deteção, o mais precocemente possível, bem como a educação à família aos níveis alimentar e comportamental. Compete ao EEESIP a função de apoiar, reforçar a capacidade da família, e promover o seu melhoramento (Pinto, 2017). Este projeto é elaborado no âmbito do Mestrado, pelo que se visam alcançar as competências de mestre no que diz respeito à aplicação dos seus conhecimentos e à sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Assembleia da República [AR], 2006).

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E RESULTADOS ESPERADOS:

Este projeto será elaborado de acordo com a metodologia de projeto, inicialmente procede-se à aplicação do questionário diagnóstico, com o intuito de compreender o estilo de vida e comportamentos

alimentares das crianças em idade escolar. Por forma a executar as atividades que foram planeadas, tendo por base o cumprimento dos objetivos anteriormente referidos, pretende-se elaborar folhetos informativos de acordo com as necessidades de cada contexto de estágio, um vídeo, posters/cartazes para posterior exposição no serviço, jogos interativos sobre a temática e ainda a realização de sessões de educação para a saúde para os pais/cuidadores e crianças em idade escolar. Todas estas atividades permitem uma maior consciencialização por parte dos pais/cuidadores e crianças, sobre a obesidade infantil e alertar para as complicações que daí podem advir, para que desta forma adquiram capacidades para promover hábitos de vida saudáveis às suas crianças. Com a realização de atividades didáticas e jogos com as crianças em idade escolar, pretende-se que estas adquiram conhecimentos sobre a aquisição de hábitos de vida saudáveis, para que reflitam sobre os hábitos de vida, que possam contribuir para desenvolver obesidade infantil. Pretende-se ainda consultar os dados relevantes para a temática abordada, de forma confidencial e anónima, recorrendo ao programa informático SClinico, que foram registados nas consultas de Saúde Infantil, relativos às crianças em idade escolar, 6 a 10 anos, no último ensino clínico. Em suma, com a elaboração deste projeto pretende-se contribuir para a redução das taxas de obesidade infantil em Portugal e consequentemente promover hábitos de vida saudáveis.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

O projeto será avaliado de várias formas, recorrendo a vários instrumentos de avaliação. Inicialmente na fase do diagnóstico da situação, pela análise quantitativa dos questionários que serão aplicados nos diferentes contextos às crianças e aos pais/cuidadores, uma vez que, estes permitirão perceber quais os estilos de vida adotados pelas crianças, em idade escolar, bem como a realidade acerca da obesidade infantil nos locais onde realizarei os estágios.

Posteriormente uma outra forma de avaliação consiste na aplicação de questionários próprios, que são entregues aos participantes das EpS sobre a temática, e que permitem materializar o grau de satisfação em relação ao que foi apresentado.

Por fim será realizada uma análise quantitativa com base nos dados recolhidos pela consulta dos processos das crianças entre os 6 e os 10 anos do concelho do Redondo, recorrendo ao programa informático disponível, aquando do ensino clínico, durante o Estágio Final, entre Janeiro de 2019 e Janeiro de 2020 – com base numa tabela de extração dos dados.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Entre o mês de Maio de 2019 a Janeiro de 2020 pretende-se recolher os dados através da aplicação de questionários às crianças e aos pais/cuidadores, analisados esses dados de forma a diagnosticar as necessidades existentes nos locais de estágio: Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Neonatologia e uma UCSP pertencente à Administração Regional de Saúde [ARS] do Alentejo. Neste mesmo período serão planeadas e executadas as atividades com o intuito de alcançar os objetivos anteriormente definidos, bem como a avaliação das mesmas. Posteriormente entre o Novembro de 2019 e Janeiro de 2020 irá proceder-se à consulta dos processos, das crianças entre os 6 e os 10 anos do concelho do Redondo, recorrendo ao programa informático disponível, aquando do ensino clínico na UCSP do Redondo, durante o Estágio Final, no período de Janeiro de 2019 a Janeiro de 2020. No mês de Maio de 2020 serão divulgados os resultados do projeto que através da elaboração de um Relatório Final de Mestrado em formato papel e eletrónico, bem como a sua discussão pública. A Amostra que se pretende utilizar na elaboração deste projeto é composta pelas crianças em idade escolar, 6 a 10 anos, que recorram aos locais onde serão realizados os estágios, bem como os pais/cuidadores dessas crianças.

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Assembleia da República. (2006). Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 60, 2242-2257. Acedido a 10 de Novembro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/671387>
- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). _Diário da República, 2.ª série — N.º 133_ Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acedido a 10 de Novembro de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Pina, E. (2017). *Dificuldades dos Pais na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis na Criança*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3671/1/E%20SIP%20-%20Emanuel%20F%20H%20Pina.pdf>
- Pinto, L. (2017). *Conhecimento dos Pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico da Viseu, Viseu, Portugal. Acedido a 10 de Novembro de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4123/1/LuisaPereiraPinto%20DM.pdf>
- Santos, F.; Vitola, C.; Arrieira, I.; Chagas, M.; Gomes, G. & Pereira, F. (2014). Ações de enfermeiros e professores na prevenção e no combate à obesidade infantil. *Rev Rene.*, 15(3), 463-70. Acedido a 10 de Setembro de 2019.
- DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300011
- Ruivo, A.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Acedido a 10 de Novembro de 2019. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Apêndice 20

Checklist hábitos alimentares da Consulta de Saúde Infantil da UCSP

Hábitos Alimentares – UCSP Redondo

Hábitos Alimentares – Consulta de Saúde Infantil			
Nome:			
Idade:		Data:	
Peso:	Altura:	IMC:	

Alimentos	Nunca	1 X por semana	1 - 3 X por semana	1 X por dia	Mais de 1 X por dia
Sopa					
Legumes (Exceto na sopa)					
Fruta					
Leite					
Leite com chocolate					
Iogurtes ou queijo					
Refrigerantes ou sumos					
Carne					
Peixe					
Manteiga					
Pão					
Cereais					
Batatas Fritas ou snacks					
Biscoitos ou bolachas					
Doces (rebuçados, chupas e gomas)					

Hábitos Alimentares – UCSP Redondo

Bolos					
Aperitivos Salgados					
Chocolates ou gelados					
Fast-food (pizzas ou hambúrgueres)					
Massas ou arroz					
Alimentos Fritos					
Água (copos por dia de 200 ml/ litros por dia)					

Elaborado por:

Enfermeira Adriana Janeiro

Orientadora:

Professora Margarida Malcata

Co-Orientadora:

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Especialista Laura Cachopas

Hábitos Alimentares – UCSP Redondo

Regras:

Deve-se seguir a roda dos alimentos como referência para a avaliação dos hábitos alimentares das crianças, durante a Consulta de Saúde Infantil.



Os seguintes produtos: chocolates, produtos de confeitaria, barras energéticas, coberturas e cremes doces para barrar, sobremesas doces; bolos e outros produtos de pastelaria, biscoitos doces e preparados em pó para a produção de doces; sumos; bebidas refrigerantes; bebidas energéticas; e gelados e sorvetes, enquadram-se nas categorias de géneros alimentícios que não são promotoras de uma alimentação saudável. Estas categorias estão também identificadas no guia alimentar para a população portuguesa, ou seja, na Roda dos Alimentos como alimentos que não se enquadram num padrão alimentar saudável.

Deve-se ter como base o documento publicado pela DGS em 2019: Perfil Nutricional – Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças, onde se encontram tabelas que abordam os valores para se considerar vários alimentos com “baixo teor de gorduras saturadas”, “baixo teor de açúcares” e “baixo teor de sódio/sal”.

Hábitos Alimentares – UCSP Redondo

Referências Bibliográficas:

- DGS. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- DGS. (2019). *Perfil Nutricional – Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças*. Lisboa. Acedido a 15 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perfil-nutricional-restricoes-a-publicidade-alimentar-dirigida-a-criancas-2019-pdf.aspx>
- Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21950/1/CARLA_FERNANDES.pdf
- Rocha, J. (2017). *A Prevenção da Obesidade Infantil em crianças na Idade Pré-escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido a 10 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24185>

Apêndice 21

‘Alimentação no primeiro ano de vida – Guia para iniciar a alimentação do seu bebé!’
elaborado para a UCSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2019-2020

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Guia para iniciar a Alimentação do seu bebé!



Elaborado por:

Enfermeira Adriana Janeiro

Orientadora:

Professora Margarida Malcata

Co-Orientadora:

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Especialista Laura Cachopas

Redondo, dezembro de 2019

O Brincador

«Quando for grande, não quero ser médico, engenheiro ou professor.

Não quero trabalhar de manhã à noite, seja no que for.

Quero brincar de manhã à noite, seja no que for.

Quando for grande, quero ser um brincador.

Ficam, portanto, a saber: não vou para a escola aprender a ser um médico, um engenheiro ou um professor.

Tenho mais em que pensar e muito mais que fazer.

Tenho tanto que brincar, como brinca um brincador, muito mais o que sonhar, como sonha um sonhador, e também que imaginar, como imagina um imaginador...

A mãe diz que não pode ser, que não é profissão de gente crescida. E depois acrescenta, a suspirar: "é assim a vida". Custa tanto a acreditar. Pessoas que são capazes, que um dia também foram raparigas e rapazes, mas já não podem brincar.

A vida é assim? Não para mim. Quando for grande, quero ser brincador. Brincar e crescer, crescer e brincar ...»

Álvaro Magalhães



Alimentação no Primeiro Ano de Vida

O seu bebé nasceu....

Nos primeiros meses de vida o leite materno é o alimento de eleição para o seu bebé, pois existem vários benefícios do aleitamento materno tanto na interação da mãe com o filho, como também para a saúde dos dois!

Surgem posteriormente algumas dúvidas: "Qual o primeiro alimento sólido que deve introduzir após o leite materno Como e com que frequência se devem introduzir os novos alimentos? Com que idade se deve iniciar a diversificação alimentar?..."

Seguidamente encontram-se algumas respostas a estas e outras questões, que preocupam os pais, assim pretendemos auxiliá-los a proporcionar uma alimentação que assegure o crescimento e desenvolvimento normal dos seus filhos, inculcando hábitos alimentares saudáveis.



...muitos Parabéns!!

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Índice

Aleitamento Materno.....	5
Diversificação Alimentar	7
Regras sobre a Alimentação no primeiro ano de vida... ..	11
Muito importante – O que não deve comer antes dos 12 meses!.....	12
Referências Bibliográficas.....	13

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Aleitamento Materno

Nos primeiros meses de vida os bebés só bebem leite, sendo por isso chamada a alimentação láctea exclusiva, que pode ser composta ou por leite materno e/ou leite artificial. O aleitamento materno exclusivo é considerado sempre a melhor opção tanto para bebé como para a mãe, devido aos benefícios que tem para ambos. O aleitamento materno é aconselhado em exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida. Se não existir a possibilidade de se manter o aleitamento materno, este pode ser substituído por uma fórmula infantil, em exclusivo até aos 6 meses.

Independentemente do tipo de leite, os outros alimentos devem ser introduzidos o mais próximo possível do 6º mês de vida: nunca antes dos 4 meses nem depois dos 6 meses e meio. Se aleitamento materno exclusivo, não é necessária a oferta de água até aos 6 meses.

Nos primeiros dias de vida os bebés podem perder peso, no entanto recuperam o peso de nascença pelo 8º ou 12º dia, sendo que o aumento de peso esperado é de pelo menos 20 g por dia. Entre os 0-12 meses deve ser feita suplementação universal com vitamina D, ou seja, uma gota por dia.

A mulher que amamenta deve manter uma dieta saudável, ou seja, uma alimentação variada e equilibrada.

Vantagens do Aleitamento Materno

Para o bebé:

- O leite materno é o alimento que melhor se adapta às características digestivas e metabólicas do bebé, uma vez que têm todos os nutrientes fundamentais e nas proporções corretas para o crescimento e desenvolvimento.
- Ao longo do tempo a composição do leite materno ajusta-se às necessidades do bebé.
- O leite materno protege o bebé da maioria das alergias alimentares e infeções gastrointestinais respiratórias e urinárias.
- O bebé que é alimentado com leite materno tem uma probabilidade menor de desenvolver algumas doenças como é o caso da diabetes, cáries dentárias e excesso de peso ou obesidade.
- A sucção no peito materno desenvolve um maxilar mais saudável com melhor musculatura da boca que irá favorecer o desenvolvimento da linguagem do bebé.



Alimentação no Primeiro Ano de Vida

- Quando o bebé é amamentado a aceitação dos novos alimentos é mais fácil.
- A amamentação promove uma ligação emocional forte e precoce entre o bebé e a mãe, que é fundamental para um melhor desenvolvimento global da criança.

Para a mãe:

- O aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, ou seja, que o útero regresse ao seu tamanho normal mais rápido.
- Amamentar é um ato muito prático, sem necessidade de utilizar biberão, nem outros materiais.
- Menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, do útero e dos ovários.
- É o método mais barato e seguro de alimentar os bebés.

Como conservar o leite materno?

Para extrair o leite materno pode utilizar uma bomba manual ou elétrica, ou então extrair de forma manual. Todas as peças da bomba, bem como o frasco/biberão onde armazena o leite materno, devem estar **esterilizados**. Quando armazena o leite num biberão ou saco especial para armazenamento, deve colocar uma etiqueta com data e hora, e utilizar primeiro o leite mais antigo.

O tempo de conservação do leite materno:

Condição do Leite	Temperatura	Tempo máx.
Fresco	Se < 25°C	6 – 8 horas
Refrigerado	0 - 4°C	8 dias
Congelado	Congelador (dentro) do frigorífico	2 semanas
	Arca congeladora (-19°C ou mais baixo)	+ 6 meses
Descongelado	Dentro do frigorífico	12/24 horas (não voltar a congelar)
	Fora do frigorífico	Imediato

Para **descongelar o leite materno** pode colocá-lo no frigorífico, e em seguida colocar debaixo da torneira.

- ✓ **Nunca** descongelar o leite, utilizando água a ferver ou muito quente;
- ✓ **Não** voltar a congelar o leite que já descongelou;
- ✓ **Nunca** utilizar o micro-ondas para descongelar ou aquecer o leite materno.

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Diversificação Alimentar

A diversificação alimentar caracteriza-se pela transição de uma alimentação que consiste exclusivamente em leite, para uma alimentação semi-sólida e progressivamente para sólida. Os alimentos devem ser introduzidos entre os 4 e os 6 meses, ou seja, o mais próximo possível do 6º mês de vida, nunca antes dos 4 meses nem depois dos 6 meses e meio. É a partir desta idade que o bebé começa a ter capacidade para mastigar, deglutir e digerir outros alimentos além do leite.

É importante referir que **não existe uma ordem rígida** sobre a introdução de alimentos na diversificação alimentar, pois deve-se ter em consideração os fatores sociais e culturais, como os costumes de cada região, questões socioeconómicas, disponibilidade do agregado familiar, particularidades do lactente e ainda os profissionais de saúde que acompanham o bebé.

Durante a introdução dos alimentos deve-se manter a amamentação, sendo que o número de refeições de leite diminui à medida que aumenta o número de refeições com os outros alimentos que são introduzidos.

4 a 6 meses

Aos **4 meses** pode iniciar-se a diversificação alimentar com puré de legumes e/ou papa sem glúten.

PURÉ DE LEGUMES (Aos 6 meses ou a partir dos 4 meses se necessário)

A primeira sopa é um puré de legumes e utiliza-se como base a batata, cebola, o alho francês, a cenoura, a abóbora, o alho, a alface, a couve branca, os brócolos, a curgete (máximo 4 a 5 legumes) e progressivamente introduzir outros legumes. No final da cozedura adicionar 1 colher de chá de azeite a cada dose de puré de legumes. Deve iniciar-se com uma dose diária. Sem adição de sal e oferecer à colher.

PAPA DE CEREAIS (Aos 6 meses ou a partir dos 4 meses se necessário)

Lácteas: preparar com água.

Não lácteas: preparadas com o leite que é dado ao lactente.

Deve oferecer-se uma dose por dia, que corresponde a cerca de 35-50 g de farinha. Sem glúten até aos 6 meses.



{ 7 }

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

CARNE (Aos 6 meses)

Quando a criança já estiver adaptada ao puré de legumes, introduz-se o caldo de carne, coze-se a carne magra (sem peles e sem gorduras) com os legumes e retira-se a carne no final (não se dá a carne à criança). Seguidamente a carne é cozida, triturada e oferecida no puré, inicia-se com carne de aves como é o caso do frango, peru, coelho ou avestruz triturado no puré de legumes, de seguida o borrego, coelho e vitela. Inicia-se com 10 g e vai aumentando gradualmente até 25-30 g = 1 colher de sopa por dia.



FRUTA (Aos 6 meses)

Deve oferecer-se cada peça de fruta em separado, iniciar com maçã ou pera (cozida, assada ou em vapor), a banana (triturada) em consistência de papa como sobremesa.



ÁGUA

Deverá ser oferecida água ao lactente, várias vezes por dia, em pequenas quantidades.

7 meses

PEIXE

Deve iniciar-se com peixe magro como é o caso da pescada, linguado, solha ou faneca triturada no puré de legumes, 10 g aumentando gradualmente até 30 g = 1 colher de sopa por dia.

Ao 7º mês podem iniciar-se 2 refeições de puré de legumes por dia. A dose diária de 30 g de carne ou peixe pode ser oferecida numa só refeição ou então repartida entre o almoço e jantar.

Por semana: 4 refeições de carne e 3 refeições de peixe.



PÃO

A partir dos 7 meses pode ser oferecido como açorda com carne ou peixe.

{ 8 }

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

8 meses

Nesta idade a textura deverá ser progressivamente menos homogênea de forma a estimular a mastigação, não triturar a carne ou o peixe na sopa.

Pode iniciar-se a carne ou o peixe podem ser acompanhados por arroz branco ou massa, cozidos sempre com legumes.

Pão

Aos 8 meses pode oferecer-se o pão em pequenas quantidades para treino da mastigação.



9 meses

GEMA DE OVO

A partir dos 9 meses deve ser introduzida de forma gradual, ou seja, **meia gema cozida por refeição em cada semana**, num período **de 2 a 3 semanas**. Posteriormente passa para **uma gema por refeição em cada semana**, durante as 2 a 3 semanas seguintes. Não se pode oferecer mais do que 1 gema em cada refeição e não mais de 2 a 3 por semana. A gema substitui a carne ou peixe na refeição.



LEGUMINOSAS

Iniciar entre os 9 e 11 meses com o feijão frade, feijão branco ou preto, ervilha, fava, lentilha ou grão, sempre cozidos. Devem ser sempre previamente demolhados e inicialmente sem casca e em pequenas quantidades.

IOGURTE

Deve-se oferecer 150-200ml por dia, ao lanche, **natural**, sem aromas nem aditivos (açúcar, mel ou natas) em alternativa ao leite ou papa, pode ser adicionado a fruta fresca.



{ 9 }

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

12 meses

LEITE DE VACA

O leite de vaca só deve ser iniciado aos 12 meses. O leite e derivados (iogurte, queijo) não devem ultrapassar os 500ml por dia.



CLARA DO OVO

O ovo inteiro, gema e clara, deve ser introduzido, a partir dos 12 meses. O ovo não deve ser dado mais do que duas a três vezes por semana.

PEIXE

O **salmão** só após os **10-12 meses**, e em pequenas porções, nunca mais de 15g em cada dose, devido ao seu elevado teor de gordura que pode causar intolerância digestiva.

A partir dos 12 meses:

- Recomenda-se uma dieta saudável, ou seja, variada e equilibrada a toda a família.
- Deve-se evitar os doces, fritos e refrigerantes.
- Momento da criança se habituar ao padrão alimentar da família, no entanto é essencial que os alimentos tenham pouca quantidade de sal, gordura e açúcar.



{ 10 }

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Regras sobre a Alimentação no primeiro ano de vida...

- ✓ Entre a introdução de dois novos alimentos deve existir **um intervalo de 3 a 5 dias**, de modo a que a criança aprenda o sabor de cada alimento, bem como permitir despistar possíveis reações alérgicas/intolerâncias.
- ✓ Nos primeiros dias da diversificação alimentar, é benéfico optar por uma consistência semelhante à do leite, posteriormente vai-se espessando a consistência do puré ou papa, para existir uma melhor adaptação do bebé aos novos alimentos.
- ✓ O chocolate não está indicado por ser de difícil digestão e potencialmente alergénico.
- ✓ Incentive o seu bebé a provar os alimentos, mas nunca o obrigue a comê-los.
- ✓ As refeições sólidas devem ser oferecidas utilizando uma colher, de modo a estimulação a mastigação. É normal que inicialmente o bebé tenha reflexos de projetar a língua para fora e cuspa, o que leva a que os pais interpretem, de forma errada, esse reflexo como rejeição ao novo alimento.
- ✓ Evite oferecer alimentos fora da hora das refeições, para habituar o bebé a uma rotina de refeições.
- ✓ Até aos 6 meses o aporte de energia pode ser 100% proveniente de fonte láctea. Dos 6 aos 8 meses a energia provém em 1/3 de outros alimentos, dos 9 aos 11 meses 1/2 e dos 12 aos 24 meses em 2/3 de outros alimentos.
- ✓ O facto de não introduzir novos alimentos até aos 8-10 meses pode comprometer todo o processo de diversificação e aumentar o risco de dificuldades na alimentação mais tarde.
- ✓ Seja um bom exemplo. Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se principalmente por imitação. Os pais e cuidadores devem ser um bom exemplo para incentivar hábitos saudáveis.



Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Muito importante – O que não deve comer antes dos 12 meses!

- ✓ No primeiro ano de vida deve-se evitar oferecer frutas como é o caso do morango, amora, kiwi, maracujá, são potencialmente alergénicos.
- ✓ Não deve oferecer carne de porco antes dos 12 meses.
- ✓ Leite de vaca deve ser introduzido preferencialmente entre os 24 e os 36 meses.
- ✓ A clara do ovo só deve ser introduzida a partir dos 12 meses.
- ✓ **Não deve adicionar sal** aos alimentos, quanto mais tarde introduzir melhor, **apenas a partir dos 12 meses**. O sal é um aditivo alimentar pelo que não é recomendada a sua inclusão nos preparados culinários durante o primeiro ano de vida.
- ✓ **Não deve adicionar açúcar, mel e doces** aos alimentos.
- ✓ O espinafre, o nabo, a nabíça, a beterraba e o aipo contêm elevado teor de nitrato e fitato.
- ✓ Não deve oferecer sumos, refrigerantes e chás.



Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Referências Bibliográficas

Guerra, A.; Rêgo, C.; Silva, D.; Ferreira, G.; Mansilha, H.; Antunes, H & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2):17-40.

Faria, C.; Oliveira, R.; Esmeraldo, T. & Marcos T. (2006). "Comer com saber... no primeiro ano de vida". Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública. Funchal.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Lisboa.

**“Que a alimentação seja o
teu único remédio”**

Hipócrates



Apêndice 22

Grelha de extração de dados do Estudo Observacional na UCSP

Tabela de Extração de Dados SClinico (Crianças entre 6 a 10 anos; Janeiro 2019 e Janeiro de 2020 – UCSP Redondo)

Número	Idade	Género	Peso	Altura	IMC	Hábitos Alimentares	Diagnósticos relativos a hábitos alimentares

Apêndice 23

Cronograma do Projeto de Intervenção

Tempo Atividades	2019										2020		
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Data a definir			
Aplicação do instrumento de diagnóstico da situação													
Planeamento das atividades													
Execução das atividades propostas													
Avaliação das atividades realizadas													
Pesquisa Bibliográfica													
Elaboração do Relatório Final													
Divulgação dos resultados – Relatório Final													

Legenda da localização:

- Serviço de Internamento de Pediatria – Hospital do Espírito Santo de Évora
- Serviço de Neonatologia – Hospital do Espírito Santo de Évora
- Serviço de Urgência Pediátrica - Centro Hospitalar de Setúbal
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Redondo
- Férias Letivas

Apêndice 24

Curvas de crescimento relativas aos dados recolhidos pela grelha de extração com o valor do IMC de cada criança

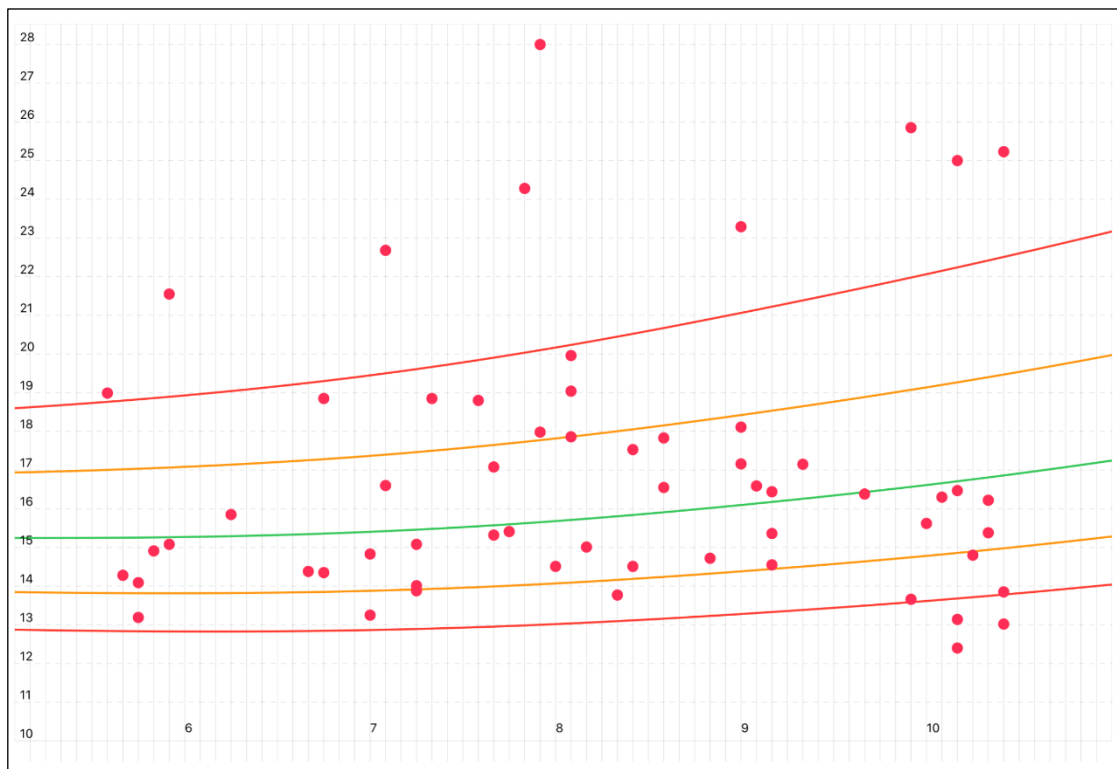


Imagem 5 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC raparigas entre os 6 e os 10 anos

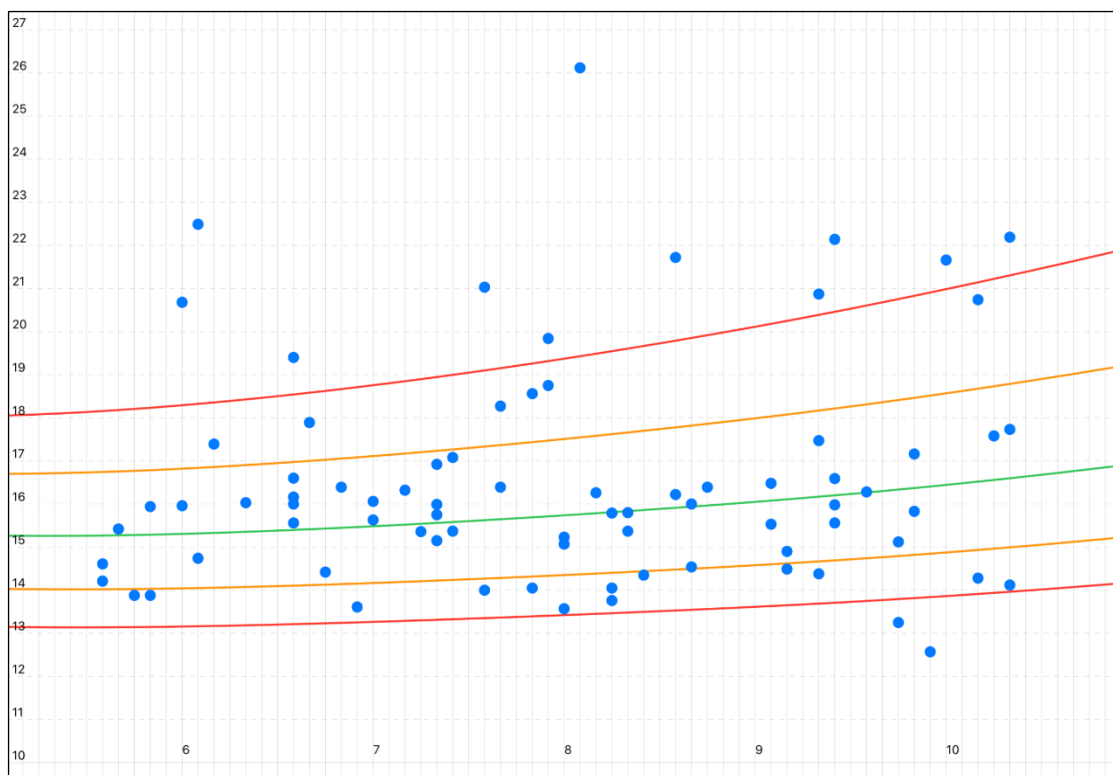
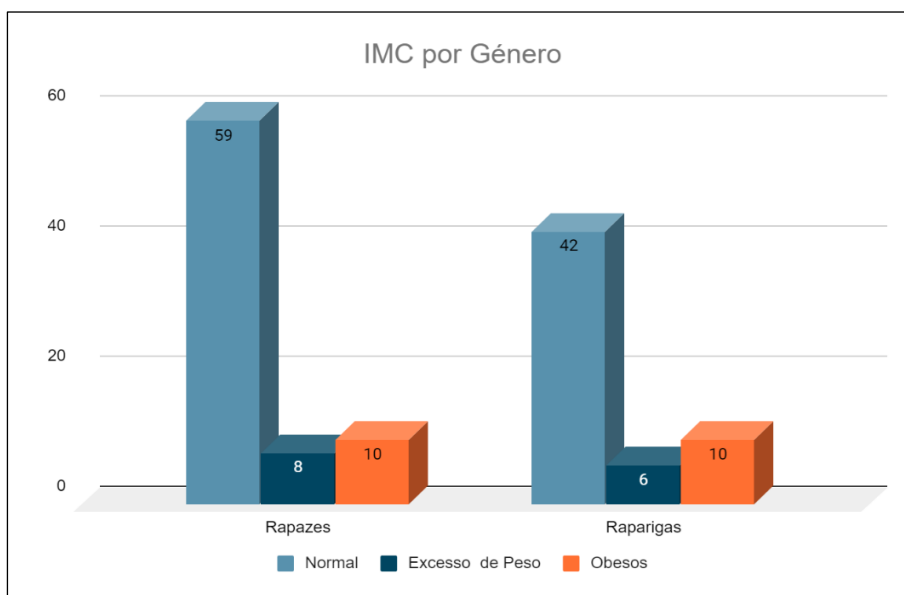


Imagem 6 – Curva de Crescimento com distribuição do IMC rapazes entre os 6 e os 10 anos

Apêndice 25

Gráfico com dados recolhidos pela grelha de extração de dados referente à distribuição do valor do IMC das crianças por género

Gráfico 28 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com IMC por género



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

Apêndice 26

Tabela com os dados referentes à grelha de observação das medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC

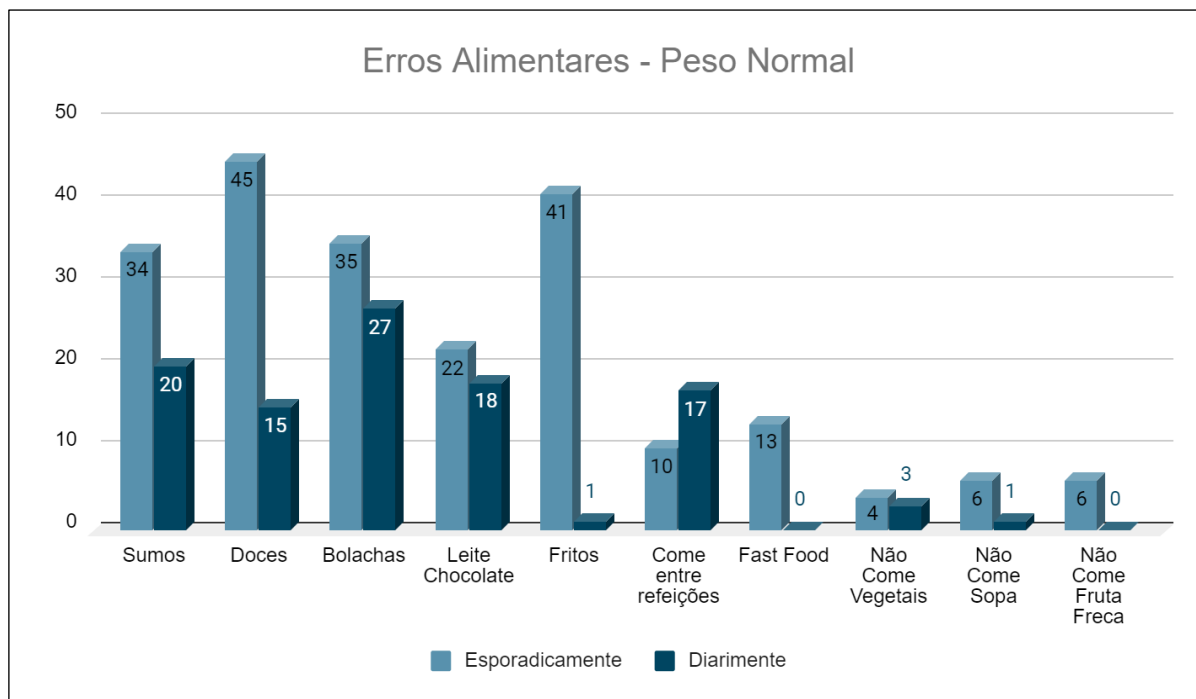
ade	Género	Media			Mediana		
		Peso	Altura	IMC	Peso	Altura	IMC
6 anos	Rapaz	22.53	118.33	16.09	22.40	118.50	15.69
	Rapariga	20.69	113.53	16.05	20.00	114.50	14.96
	Geral	21.94	116.79	16.08	21.00	117.00	15.49
7 anos	Rapaz	25.95	124.78	16.67	25.40	126.00	16.26
	Rapariga	27.69	124.92	17.75	25.80	127.00	17.16
	Geral	26.82	124.85	17.21	25.45	126.25	16.32
8 anos	Rapaz	28.60	129.18	17.14	26.20	129.00	16.00
	Rapariga	28.24	130.79	16.51	28.10	130.75	16.50
	Geral	28.42	129.99	16.82	27.60	130.50	16.44
9 anos	Rapaz	29.78	133.77	16.64	29.00	136.00	16.22
	Rapariga	30.03	137.31	15.92	28.80	134.00	16.26
	Geral	29.90	135.54	16.28	29.00	136.00	16.22
10 anos	Rapaz	36.20	139.40	18.63	30.40	133.50	17.58
	Rapariga	42.78	143.58	20.75	41.60	141.25	20.74
	Geral	39.49	141.49	19.73	31.60	139.50	17.58

Tabela 2 – Medidas de tendência central (média e mediana) relativas ao peso, altura e IMC dos dados das crianças referente à grelha de observação

Apêndice 27

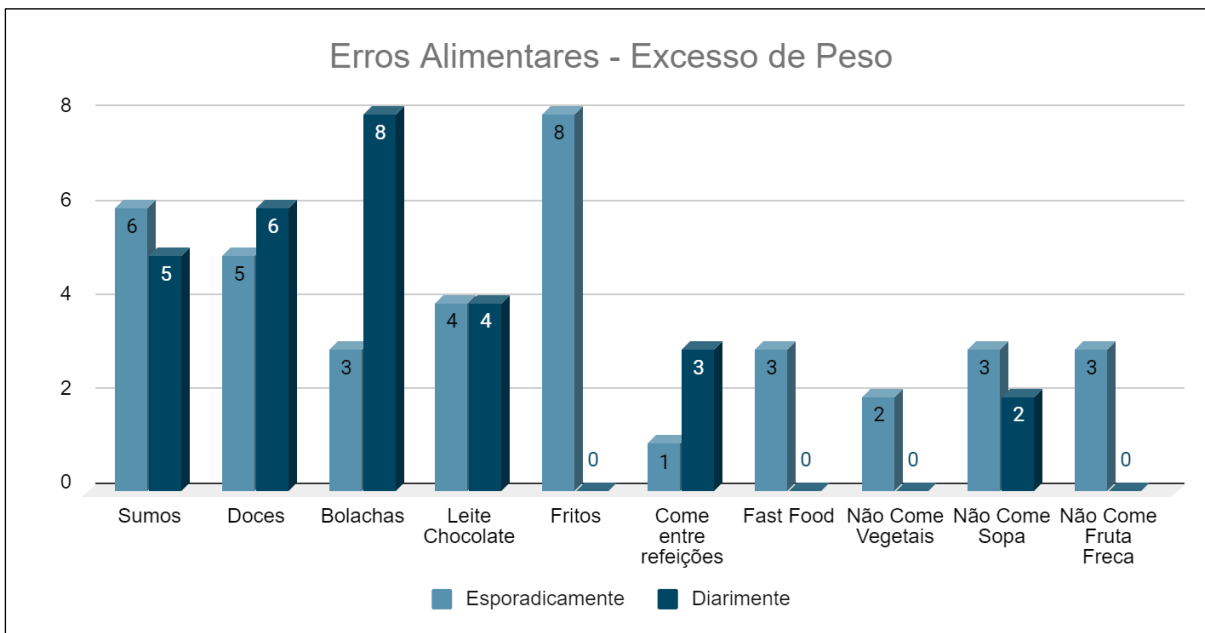
Gráficos com dados recolhidos pela grelha de extração de dados referentes aos erros alimentares com base no valor do IMC das crianças

Gráfico 29 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo os Erros Alimentares – Peso Normal



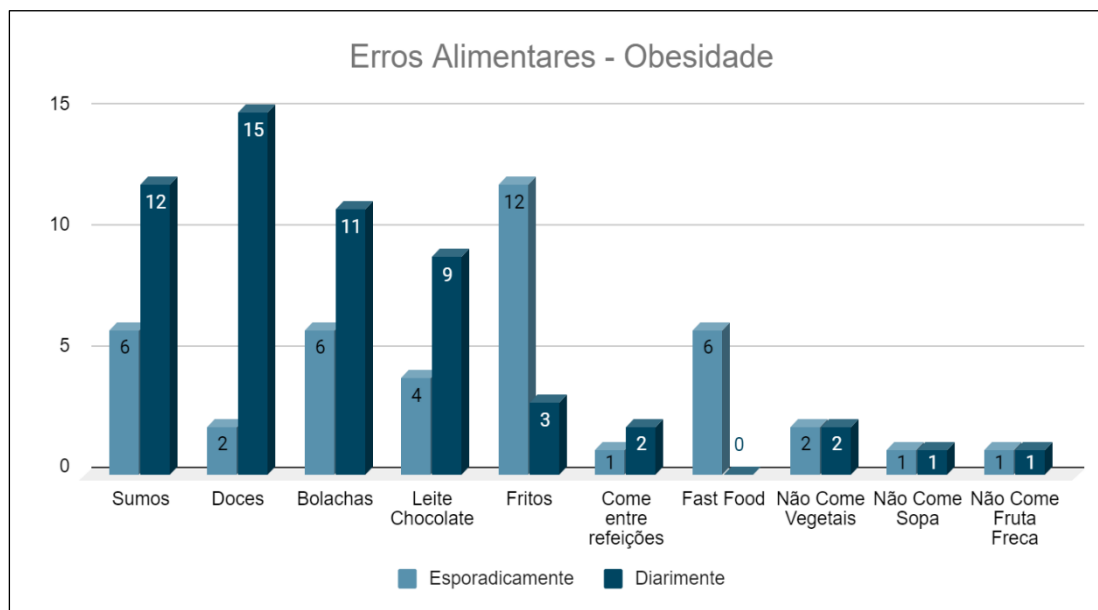
Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

Gráfico 30 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares – Excesso de Peso



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

Gráfico 31 - Distribuição das crianças entre 6 a 10 anos de um Concelho do Alentejo Central de acordo com os Erros Alimentares – Obesidade



Fonte: Elaboração própria de acordo com a grelha de extração de dados da população-alvo

Apêndice 28

Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada no Serviço de Internamento ‘Obesidade Infantil: Educação Alimentar da criança em idade escolar’

Plano da sessão de educação para a saúde

Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar		
População-alvo: Crianças e Pais do Serviço de Internamento de Pediatria do HESE, E.P.E.		Duração: 30minutos
Local: Serviço de Internamento de Pediatria do HESE, E.P.E.		Data: 25 de Junho de 2019
Formadora: Adriana Janeiro		Horário: 10h00m – 10h30m
Objetivo Geral	❖ Sensibilizar os pais ou familiares e as crianças em idade escolar sobre a prevalência da obesidade infantil e formas de prevenção.	
Objetivos Específicos	❖ Fomentar a aquisição de conhecimentos dos pais e docentes sobre a constituição da nova roda dos alimentos; ❖ Abordar os riscos e complicações associados à obesidade infantil; ❖ Identificar os comportamentos alimentares dos pais/docentes e das crianças; ❖ Incentivar a prática de exercício físico e os seus benefícios; ❖ Promover o envolvimento dos pais e docentes na aquisição comportamentos alimentares saudáveis.	

Etapas	Conteúdos	Estratégias				Competências do Enfermeiro de ESIP (Anexo I)	Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Formador	Avaliação		
Introdução	- Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência; - Definição dos objetivos.	Expositivo	Computador	Adriana Janeiro	Diagnóstica	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.4. E1.2.7.	5 minutos
Desenvolvimento	- Abordar a prevalência da obesidade infantil em Portugal; - Abordar a importância da aquisição de uma alimentação saudável; - Identificar as principais complicações da obesidade infantil; - Incentivar a prática de exercício físico.	Expositivo Interrogativo	Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint)	Adriana Janeiro	Formativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.1.4. E1.1.5. E1.1.8. E1.1.10. E1.2.1. E1.2.4.	20 minutos
Conclusão	- Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de questionários para avaliação da sessão; - Conclusão da sessão.	Expositivo Interrogativo	Computador Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint) Questionários Canetas	Adriana Janeiro	Sumativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.1. E1.2.7. E1.2.8.	5 minutos

Apêndice 29

Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada na UUP ‘Obesidade Infantil: Educação Alimentar da criança em idade escolar’

Plano da sessão de educação para a saúde (Apresentação do Vídeo à Equipa de Enfermagem)

Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar			
População-alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do CHS, E.P.E.		Duração: 20 minutos	Data: 5 de Novembro de 2019
Local: Serviço de Urgência Pediátrica do CHS, E.P.E.		Horário: 9h00m – 9h20m	
Formadora: Adriana Janeiro			
Objetivo Geral	❖ Sensibilizar a equipa de Enfermagem sobre a prevalência da obesidade infantil e formas de prevenção.		
Objetivos Específicos	❖ Demonstração da Sessão que deu origem à elaboração do vídeo para a sala de espera do serviço; ❖ Abordar a temática, bem como os riscos e complicações associados à obesidade infantil; ❖ Promover o envolvimento da equipa de Enfermagem nesta temática, de modo a transmitir a informação aos pais/cuidadores e crianças que se desloque ao serviço.		

Etapas	Conteúdos	Estratégias				Competências do Enfermeiro de ESIP (Anexo I)	Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Formador	Avaliação		
Introdução	- Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência; - Definição dos objetivos.	Expositivo	Computador	Adriana Janeiro	Diagnóstica	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.4. E1.2.7.	2 minutos
Desenvolvimento	- Abordar a prevalência da obesidade infantil em Portugal; - Abordar a importância da aquisição de uma alimentação saudável; - Identificar as principais complicações da obesidade infantil; - Incentivar a prática de exercício físico.	Expositivo Interrogativo	Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint)	Adriana Janeiro	Formativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.1.4. E1.1.5. E1.1.8. E1.1.10. E1.2.1. E1.2.4.	15 minutos
Conclusão	- Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de questionários para avaliação da sessão; - Conclusão da sessão.	Expositivo Interrogativo	Computador Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint) Questionários Canetas	Adriana Janeiro	Sumativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.1. E1.2.7. E1.2.8.	3 minutos

Apêndice 30

Plano da Sessão de Educação para a Saúde realizada na UCSP ‘Obesidade Infantil: Educação Alimentar da criança em idade escolar – 6 a 10 anos’

Plano da sessão de educação para a saúde

Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar		
População-alvo: Crianças entre 6-10 anos e pais da UCSP do Redondo		Duração: 30 minutos
Local: UCSP do Redondo		Data: 14 de Janeiro de 2020
Formadora: Adriana Janeiro		
Objetivo Geral	❖ Sensibilizar crianças em idade escolar e os respetivos pais ou familiares, sobre a prevalência da obesidade infantil e formas de prevenção.	
Objetivos Específicos	❖ Fomentar a aquisição de conhecimentos das crianças e dos pais ou familiares, sobre a constituição da nova roda dos alimentos; ❖ Abordar os riscos e complicações associados à obesidade infantil; ❖ Identificar os comportamentos alimentares dos pais ou familiares e das crianças; ❖ Incentivar a prática de exercício físico e os seus benefícios; ❖ Abordar a realidade acerca da publicidade/marketing alimentar em Portugal e a sua influência na obesidade infantil; ❖ Promover o envolvimento dos pais ou familiares, na aquisição comportamentos alimentares saudáveis.	

Etapas	Conteúdos	Estratégias				Competências do Enfermeiro de ESIP (Anexo I)	Tempo
		Métodos e técnicas de ensino	Meios auxiliares de ensino	Formador	Avaliação		
Introdução	- Apresentação da preletora; - Exposição da sessão a realizar e pertinência; - Definição dos objetivos.	Expositivo	Computador	Adriana Janeiro	Diagnóstica	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.4. E1.2.7.	5 minutos
Desenvolvimento	- Abordar a prevalência da obesidade infantil em Portugal; - Abordar a importância da aquisição de uma alimentação saudável; - Identificar as principais complicações da obesidade infantil; - Incentivar a prática de exercício físico; - Influência da publicidade/marketing nos hábitos alimentares.	Expositivo Interrogativo	Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint)	Adriana Janeiro	Formativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.1.4. E1.1.5. E1.1.8. E1.1.10. E1.2.1. E1.2.4.	20 minutos
Conclusão	- Síntese de aspetos importantes da sessão; - Questões e esclarecimento de dúvidas; - Entrega de questionários para avaliação da sessão; - Conclusão da sessão.	Expositivo Interrogativo	Computador/Projetor Tela branca Microsoft Office (PowerPoint) Questionários Canetas	Adriana Janeiro	Sumativa	E1.1.2. E1.1.3. E1.2.1. E1.2.7. E1.2.8.	5 minutos

Apêndice 31

Jogos elaborados para a UUP e UCSP: ‘ Semáforo da Alimentação’ e ‘Jogo da Alimentação’
respetivamente





Apêndice 32

Questionário de avaliação do grau de satisfação aplicado após as sessões de educação para a saúde nos vários locais de estágio

Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação

Nome do Formando (facultativo): _____

Data de realização: _____

Local: _____

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

1- Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 - Bom; 4 - Muito Bom

A- Conteúdos e Métodos

A1. Conteúdos da sessão de educação para saúde	
A2. Estrutura dos conteúdos abordados	
A3. Interesse dos conteúdos abordados	
A4. Duração da sessão (tempo adequado)	

B – Formadora

B1. Domínio e clareza na exposição dos conteúdos.	
B2. Estímulo à participação dos/as formandos/as.	
B3. Capacidade de motivar para os conteúdos	
B4. Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.	

C – Organização

C1. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	
C2. Condições físicas (sala)	
C3. Horário das sessões	

D – Avaliação Global da Formação

D1. Atingiu os objetivos propostos	
D2. Possibilitou a aquisição de novos conhecimentos sobre a Obesidade Infantil.	
D3. A forma como assuntos foram abordados foi adequado ao seu nível de conhecimento.	

E – Críticas / Sugestões /Comentários

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice 33

Tabela com os dados referentes ao questionário da avaliação do grau de satisfação

	INSUF.	SUF.	BOM	MUITO BOM
A1. Conteúdos da sessão de educação para saúde			UUP:28.57% SI:27.27% UCSP:11.11%	UUP:71.43% SI:72.73% UCSP:88.89%
A2. Estrutura dos conteúdos abordados			UUP:42.86% SI:27.27% UCSP:11.11%	UUP:57.14% SI:72.73% UCSP:88.89%
A3. Interesse dos conteúdos abordados			UUP:42.86% SI:27.27% UCSP:11.11%	UUP:57.14% SI:72.73% UCSP:88.89%
A4. Duração da sessão (tempo adequado)		SI:9.09%	UUP:28.57% SI:36.36% UCSP:22.22%	UUP:71.43% SI:54.55% UCSP:77.78%
B1. Domínio e clareza na exposição dos conteúdos.			UUP:28.57% SI:18.18% UCSP:22.22%	UUP:71.43% SI:81.82% UCSP:77.78%
B2. Estímulo à participação dos/as formandos/as.			UUP:28.57% SI:18.18% UCSP:22.22%	UUP:71.43% SI:81.82% UCSP:77.78%
B3. Capacidade de motivar para os conteúdos			UUP:28.57% SI:36.36% UCSP:11.11%	UUP:71.43% SI:63.64% UCSP:88.89%
B4. Pontualidade/ cumprimento do horário das sessões.			UUP:14.29% SI:9.09% UCSP:11.11%	UUP:85.71% SI:90.91% UCSP:88.89%
C1. Qualidade e adequação das instalações e equipamentos			UUP:14.29% SI:45.45% UCSP:11.11%	UUP:85.71% SI:54.55% UCSP:88.89%
C2. Condições físicas (sala)			UUP:28.57% SI:54.55%	UUP:71.43% SI:45.45% UCSP:100.00%
C3. Horário das sessões			UUP:28.57% SI:27.27% UCSP:11.11%	UUP:71.43% SI:72.73% UCSP:88.89%
D1. Atingiu os objetivos propostos			UUP:14.29% SI:18.18% UCSP:11.11%	UUP:85.71% SI:81.82% UCSP:88.89%
D2. Possibilitou a aquisição de novos conhecimentos sobre a Obesidade Infantil.			UUP: 42.86% SI:18.18% UCSP:22.22%	UUP:57.14% SI:81.82% UCSP:77.78%
D3. A forma como assuntos foram abordados foi adequado ao seu nível de conhecimento.			UUP:42.86% SI:18.18% UCSP:33.33%	UUP:57.14% SI:81.82% UCSP:66.67%

Tabela 3 – Dados referentes ao questionário da avaliação do grau de satisfação

Apêndice 34

Questionário de avaliação do formando aplicado após as sessões de educação para a saúde no
Serviço de Internamento e UUP

Questionário de Avaliação do Formando

Sessão Formativa: 'Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar'

Nome do Formando: _____ **Data de realização:** 25 de Junho de 2019

Local:

1 -Escolhas as opções que estão corretas em relação à Obesidade Infantil:

- A - Considerada a epidemia do século XX
- B - Maior fragilidade é entre os 6 e 10 anos
- C - 41 milhões de crianças <5 anos em 2010
- D- Em 2016 afetava 30,7% das crianças em Portugal

2 – Identifique 2 fatores que aumentam a obesidade infantil:

- A - Alimentação saudável
- B - Sedentarismo
- C - Não ingerir açúcar
- D - Influência familiar inadequada

3 – Escolha as afirmações corretas relativamente a alimentação saudável:

- A - As refeições não devem ser variadas.
- B - Os hábitos alimentares saudáveis só se devem iniciar na idade adulta.
- D - A roda dos Alimentos deve ser utilizada como referência
- E - A água é um elemento fundamental à manutenção de uma vida saudável.

4 – Identifique as complicações associadas à obesidade infantil:

- A - Doenças cardiovasculares
- B - Diabetes tipo 2
- C - *Bullying*
- D - Isolamento

5 - Que comportamentos os pais devem tomar para prevenir a obesidade infantil? Assinale com um círculo as frases corretas.

- A - Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se por imitação.

B - Estimular o sedentarismo das crianças.

C - Devem ser os principais educadores no que respeita à nutrição

D – Ter consciência do peso real das suas crianças.

E – Dar às crianças doces e gorduras e diminuir a ingestão de hortaliças e legumes.

Apêndice 35

Questionário de avaliação do formando aplicado após as sessões de educação para a saúde na
UCSP

Questionário de Avaliação do Formando

Sessão Formativa: ‘Promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar’

Nome do Formando: _____ **Data de realização:** 14 de Janeiro de 2020

Local: UCSP Redondo

1 -Escolhas as opções que estão corretas em relação à Obesidade Infantil:

- A - Considerada a epidemia do século XX
- B - Maior fragilidade é entre os 6 e 10 anos
- C - 41 milhões de crianças <5 anos em 2010
- D- Em 2016 afetava 30,7% das crianças em Portugal

2 – Identifique 2 fatores que aumentam a obesidade infantil:

- A - Alimentação saudável
- B - Sedentarismo
- C - Não ingerir açúcar
- D - Influência familiar inadequada

3 – Escolha as afirmações corretas relativamente a alimentação saudável:

- A - As refeições não devem ser variadas.
- B - Os hábitos alimentares saudáveis só se devem iniciar na idade adulta.
- D - A roda dos Alimentos deve ser utilizada como referência
- E - A água é um elemento fundamental à manutenção de uma vida saudável.

4 – Identifique as complicações associadas à obesidade infantil:

- A - Doenças cardiovasculares
- B - Diabetes tipo 2
- C - *Bullying*
- D - Isolamento

5 - Que comportamentos os pais devem tomar para prevenir a obesidade infantil? Assinale com um círculo as frases corretas.

- A - Nos primeiros anos de vida o conhecimento e aprendizagem fazem-se por imitação.

B - Estimular o sedentarismo das crianças.

C - Devem ser os principais educadores no que respeita à nutrição

D – Ter consciência do peso real das suas crianças.

E – Dar às crianças doces e gorduras e diminuir a ingestão de hortaliças e legumes.

6 – Indique se é verdadeiro ou falsa a seguinte afirmação: “A Lei n.º 30/2019 de 23 de abril introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos”.

A – Verdadeiro

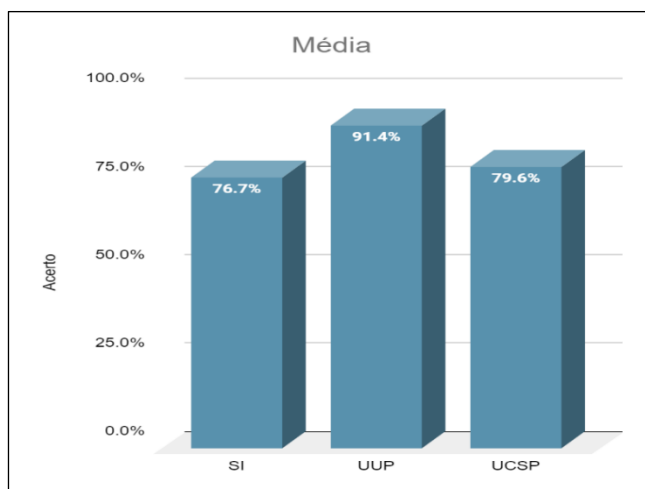
B – Falso

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice 36

Dados referentes ao questionário de avaliação do formando aplicado após as sessões de educação para a saúde nos vários locais de estágio

Gráfico 32 - Distribuição das médias de respostas corretas ao questionário do formando por serviço



Fonte: Elaboração própria de acordo com os questionários aplicados aos formandos após a EpS

Pergunta Nº	Local	Errado	Correto
1	SI	25.00%	75.00%
	UUP	42.86%	57.14%
	UCSP	55.56%	44.44%
2	SI	16.67%	83.33%
	UUP	0.00%	100.00%
	UCSP	22.22%	77.78%
3	SI	8.33%	91.67%
	UUP	0.00%	100.00%
	UCSP	22.22%	77.78%
4	SI	25.00%	75.00%
	UUP	0.00%	100.00%
	UCSP	0.00%	100.00%
5	SI	41.67%	58.33%
	UUP	0.00%	100.00%
	UCSP	22.22%	77.78%
6	SI	-	-
	UUP	-	-
	UCSP	0.00%	100.00%

Tabela 4 – Dados referentes ao questionário de avaliação do formando