

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Obesidade Infantil: Desenvolvimento de uma**  
**Consulta de Enfermagem**

**Rita da Purificação Ferreira Teles Casaca**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Obesidade Infantil: Desenvolvimento de uma**  
**Consulta de Enfermagem**

**Rita da Purificação Ferreira Teles Casaca**

Orientador: Maria Filomena Sousa

**Lisboa**

**2018**



*“Há vitórias que são importantes apenas  
para aqueles que as conseguem”.*

Nelson Mandela, 1995

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço*

*Ao meu filho Lourenço, pelos momentos de ausência e mimos adiados, e que mesmo assim, manteve sempre o seu sorriso e o seu abraço revitalizante e sem censura.*

*Ao meu marido, pelas palavras de amor, coragem e incentivo, e pela sua compreensão em momentos mais difíceis, pois sem o seu apoio não teria conseguido finalizar este percurso.*

*À professora Filomena Sousa, pela sua disponibilidade, orientação e confiança no meu trabalho e ainda pelos momentos de calma e compreensão nas situações mais complicados desta etapa formativa.*

*Às minhas colegas de trabalho pelos momentos de entreajuda.*

*Aos meus pais, avó e irmãs pelo carinho, força transmitida e por se manterem sempre na minha vida, permitindo-me o atingir de mais uma etapa da minha vida com sucesso.*

*Aos enfermeiros que me receberam nos locais de estágio e me ajudaram a crescer profissionalmente neste percurso.*

*A todas as crianças e famílias com quem me cruzo nos meus dias e que me mantêm neste caminho de procura na melhoria dos cuidados.*

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APDP: Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal

CEO: Consulta de Enfermagem de Obesidade

CEP: Consulta Externa de Pediatria

COSI: Childhood Obesity Surveillance Initiative

DGS: Direção Geral da Saúde

EEESCJ: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP: Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IMC: Índice de Massa Corporal

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

SUP: Serviço de Urgência Pediátrica

RN: Recém-nascido

REPE: Regulamento do Exercício Profissional para a Enfermagem

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINT: Unidade de Cuidados Intermédios

## RESUMO

A Obesidade Infantil é atualmente considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das doenças mais prevalentes na idade pediátrica a nível mundial. A mesma entidade define a obesidade como sendo uma patologia onde o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Devido aos riscos que esta doença apresenta para a vida da criança e pelas repercussões que continuará a ter na vida adulta é necessário intervir com urgência junto da população infantil no âmbito da prevenção e redução da morbilidade associada. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) coloca-se o desafio de intervir junto das crianças com obesidade e sua família ajudando-as na consciencialização da gravidade deste problema de saúde e na adoção de comportamentos saudáveis. Uma vez que na génese dos cuidados de enfermagem está a perspetiva e a individualidade da pessoa, justificou-se a mobilização do modelo teórico de Nola Pender para o planeamento da Consulta de Enfermagem para crianças com Obesidade Infantil. A enfermagem centra-se não só no cliente doente, mas também na pessoa saudável tendo em atenção o seu estágio de desenvolvimento e a sua família. Já a enfermagem pediátrica tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos acompanhando o modo de ver a criança e as descobertas científicas da psicologia da saúde, assentando em dois princípios fundamentais: os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados não Traumáticos. O EEESCJ é aquele que tem competências para assistir e cuidar da criança e família, em todos os seus estádios de desenvolvimento, quer na saúde quer na doença. O presente relatório pretende dar a conhecer o processo de aprendizagens a nível pessoal, profissional e académico, que resultaram do meu percurso formativo, que se iniciou em contexto de sala de aula, culminou com o Estágio e que conduziu ao desenvolvimento de competências de EEESCJ. Este documento é o testemunho, do processo reflexivo e integrador, das minhas aprendizagens.

**Palavras-Chave:** Obesidade Pediátrica, Enfermagem, Família, Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

Child obesity is (nowadays) considered to be one of the most prevalent diseases at pediatric age by the world's health organization (WHO). This entity defines it as pathology that consists on having excess body fat accumulated that can affect one's health. Due to the risks that this disease presents to a Child's life and to the repercussions that it might have later on in its life, it is crucial for us to intervene on behalf of preventing and reducing the morbidity associated with the youngsters. The challenge of intervening in collaboration with obese children and their families, helping them acknowledge the severity of this problem and adopt healthy behaviours, is presented to nurses specialized on children and youngsters' health. As the perspective and individuality of the person is in the core of nursing, the mobilization of the model presented by Nola Pender for the planning of nursing appointments for children with obesity was justified. Nursing is not only centred on the six patients, but also on healthy people, their stages of development and their families. On the other hand, pediatric nursing has been suffering changes from time to time, keeping up with the way children are seen and the scientific discoveries regarding health's psychology, based on two fundamental principles: the care centred on the family, and the non-traumatic care. The EEESCJ is the one that has the competencies to assist and take care of the child and its family, in every and each stage of development, both in perfect health or in sickness. The aim of the present report is to let people know about the process of learning in a personal, professional and academic level that resulted of my formative path that began in a classroom context and culminated with my internship and led me to the development of EEESCJ skills. This document is the testimony of the reflexive and integrating process of my learnings.

**Keywords:** Pediatric Obesity, Nursing, Family, Health Promotion.

# ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	14
<b>1.1. A Enfermagem de Saúde Infantil</b>	14
1.1.1 Cuidados Centrados na Família	15
1.1.2. Cuidados Não Traumáticos	16
<b>1.2 Excesso de Peso e Obesidade Infantil</b>	19
1.2.1 Excesso de peso e Obesidade em Portugal	20
1.2.2 Excesso de peso e Obesidade como foco de enfermagem	22
<b>1.3. Promoção da Saúde – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender</b>	24
<b>2. PERCURSO FORMATIVO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	32
<b>2.1. Unidade de Cuidados intensivos Neonatais</b>	33
<b>2.2. Consulta de Enfermagem de Obesidade de um Hospital Central</b>	40
<b>2.3. Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal</b>	47
<b>2.4. Serviço de Urgência Pediátrica</b>	49
<b>2.5. Consulta Externa de Pediatria</b>	54
2.5.1 Proposta de Desenvolvimento de Consulta de Enfermagem	58
<b>3. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b>	62
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	66
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	70
<b>APÊNDICES</b>	

**APÊNDICE I** - Cronograma de Estágio

**APÊNDICE II** - Guia orientador do Estágio nos diferentes contextos

**APÊNDICE III** - Instrumento de registos para a consulta de Enfermagem: “O Caminho para a perda de peso: O Meu Diário Alimentar e da Prática de Exercício Físico”

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, e constitui o culminar de um percurso de formação para o desenvolvimento e aquisição de competências de EEESCJ.

O mesmo tem como finalidade apresentar as vivências, as aprendizagens feitas na prática reflexiva, assim como, as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do Estágio que decorreu no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, perseguindo os objetivos previamente definidos.

Patrícia Benner refere que a experiência é indispensável para se ser perito em determinada área, afirmando que a “teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria (2001, p.61)”, pois só através da aplicação da teoria a situações reais é que alcançamos o “saber-fazer”.

A criança pelas condições que lhe são inerentes depende de outros, normalmente os pais, para a satisfação das suas necessidades, de modo a que se desenvolva de um modo adequado e no máximo das suas capacidades. A criança é inseparável da família e é a ela que é atribuída a responsabilidade pela tomada de decisões sobre os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem. Assim, os enfermeiros durante a sua prestação de cuidados, têm de mobilizar conhecimentos e competências que lhes permitam dar respostas adequadas aos problemas de saúde da criança e família. A filosofia do cuidado centrado na família, adotada pela enfermagem pediátrica e reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (2011), é considerada fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança e família, pelo facto de promover o envolvimento dos pais nos cuidados e permitir a redução dos efeitos adversos da hospitalização (Sanders, 2014). Um cuidado centrado na família implica parceria de cuidados e empoderamento. A parceria de cuidados implica a capacitação das famílias através da negociação dos cuidados. Já no empoderamento pretende-se o reconhecimento das capacidades da família para que ocorra da forma mais adequada o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.

O meu estágio centrou-se no desenvolvimento das competências de enfermeira especialista para a prestação de cuidados de enfermagem à criança em todas as faixas etárias e em qualquer contexto de cuidados. Em virtude de já ter trabalhado em diferentes contextos e tendo como ponto de partida o autodiagnóstico, ao longo do estágio o grande foco de atenção foi a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde da criança, jovem e família de acordo com o seu desenvolvimento.

Ao longo do estágio o excesso de peso e a obesidade das crianças e jovens, foram o foco de especial atenção da minha parte. Este meu interesse, por esta temática, fundamenta-se em fatores de ordem profissional, decorrentes da minha atividade profissional que desenvolvo no serviço de Consulta Externa de Pediatria (CEP). Neste local são acompanhadas apenas em consulta médica e de nutrição, um número elevado de crianças com Excesso de Peso e Obesidade. O problema da Obesidade Infantil não é apenas um problema do meu local de trabalho. A prevalência da pré-obesidade e da obesidade na idade pediátrica tem vindo a aumentar a um ritmo alarmante a nível mundial (OMS, 2000). De acordo com esta organização a causa da obesidade infantil é multifatorial, sendo vários os estudos que demonstram que a obesidade nesta faixa etária está fortemente relacionada com situações patológicas graves e com o conseqüente aumento da morbilidade e mortalidade, para além do risco desta, persistir na idade adulta.

Em Portugal a obesidade é um problema preocupante de saúde a nível local, regional e global (DGS, 2005).

Perante fenómenos de saúde complexos, multivariáveis e globais, como a obesidade infantil, compete ao enfermeiro com base na investigação existente compreendê-los para agir, como recomenda Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996). Dada a sua importância em termos de conseqüências de saúde pública é urgente monitorizar e tratar com especial atenção as crianças com esta patologia. Porque a sua etiologia é multifatorial, a abordagem desta problemática deverá ser multidisciplinar.

Pelo facto de ser um problema de saúde da criança e do jovem atual e ter uma dimensão na população que frequenta a consulta onde desenvolvo atividade, propus-me aprofundar esta temática tendo sempre a prestação de cuidados de

enfermagem centrados na compreensão deste fenómeno e nas respostas adequadas à criança e família. Foi sempre minha preocupação a criança e família como beneficiário dos meus cuidados. Os valores como: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorizando os pais/pessoa significativa, como os primeiros prestadores de cuidados; maximizando o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família como defende a Ordem dos Enfermeiros (2010).

Durante o estágio, e tendo em conta o problema identificado procurei desenvolver uma Consulta de Enfermagem dirigida à Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade, que frequentam o serviço onde trabalho. De acordo com a Portaria nº 306 – A/2011, de 20 de dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2º, alínea g), “Consulta de Enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

É com base no respeito pelo cliente pediátrico e família, de acordo com os códigos deontológicos e éticos, que pretendo desenvolver um modo de intervenção à criança e jovem com obesidade promovendo o envolvimento destes na aceitação do seu problema de saúde e na adoção de mudanças de comportamentos.

Sabendo que um modo de resolver o excesso de peso e a obesidade é atuar nas causas, apoiei-me no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, quer para a compreensão da problemática como para a organização da consulta de enfermagem.

Este modelo define a saúde como sendo um estado dinâmico e positivo e não apenas a ausência de doença, foca-se em elevar o nível de bem-estar do cliente descrevendo a natureza multidimensional das pessoas na sua interação com o ambiente, para a melhoria da saúde (Alligood, 2014; Pender, 2002). As intervenções dos enfermeiros deverão ocorrer no sentido de criar condições favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos de promoção de saúde no indivíduo, família e/ou comunidade (Pender, 2002).

Para uma melhor consulta e compreensão o presente relatório obedece a uma estruturação por capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao referencial teórico conceptual que suporta toda a reflexão do relatório e comporta três subcapítulos, nomeadamente as filosofias de cuidados em pediatria, o modelo de promoção da saúde de Nola Pender e a evidência científica sobre a problemática da Obesidade Infantil. No segundo capítulo apresenta-se toda a reflexão crítica realizada nos diferentes contextos de prestação de cuidados, tendo em conta os objetivos e atividades delineadas previamente e que me permitiram desenvolver e adquirir as competências de EE e EEESCJ. No terceiro e último capítulo desenvolvem-se as considerações finais sobre todo o percurso, mais especificamente sobre as aprendizagens atingidas e competências adquiridas.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Orientado pela proposta expressa no regulamento do mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) no 2º ciclo de estudos de que o mestrando desenvolve uma prática baseada na evidência, ao longo do curso foi minha preocupação pesquisar o que se publicou nos últimos anos sobre a saúde infantil e pediatria e mais especificamente sobre a obesidade infantil. Neste capítulo, apresento sumariamente os principais contributos da literatura científica relacionada com a Enfermagem de Saúde Infantil, da Filosofia do Cuidar em Pediatria e Obesidade Infantil como foco de enfermagem. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender também é apresentado como meio a ser utilizado em contexto da prática na promoção da saúde da criança e família.

### **1.1. A Enfermagem de Saúde Infantil**

Cuidar é o núcleo, a essência da enfermagem. Mesmo sendo um atributo de todos os seres humanos como nos refere Collière (2003), na área da saúde o cuidar é a razão existencial da enfermagem. Ao longo dos tempos o cuidado de enfermagem foi definido de diferentes modos de acordo com a escola de pensamento. Contudo, todos os teóricos definem enfermagem como a arte cuidar, prestar cuidados ao indivíduo à família, ou à comunidade; desenvolvendo atividades aos três níveis da prevenção.

A enfermagem moderna tem abandonado o modelo biomédico, procurando possibilidades de compreensão e formas de cuidar que possam ultrapassar os limites construídos por esta corrente, de forma a valorizar as condições pessoais, subjetivas e culturais quer do cuidador e indivíduo alvo de cuidados. Como diz (Hesbeen, 2000, p.37) “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento e destreza, de saber-ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

A criança é um indivíduo, que pelas suas características, depende de outros, normalmente dos pais, para satisfação das suas necessidades fundamentais que levarão a um crescimento e desenvolvimento adequados. Os pais são

imprescindíveis na vida da criança. Os pais são o principal recurso da criança para garantir a promoção da sua saúde e a garantir a continuação de cuidados em situação de doença, aguda ou crónica. Estes não poderão ser afastados da criança seja em que circunstância for.

De acordo com Hockenberry e Barrera (2014) a Enfermagem Pediátrica terá que ser centrada na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças, aos jovens e famílias e no diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais.

A OE defende que o EEESCJ utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre estes como o beneficiário dos seus cuidados. Ou seja, os cuidados de enfermagem em pediatria assentam em dois princípios os Cuidados Centrados na Família (CCF), e os Cuidados Não Traumáticos (CNT).

#### 1.1.1 Cuidados Centrados na Família

A Filosofia dos CCF baseia-se no reconhecimento e valorização da importância da família na vida da criança e no seu bem-estar presente e futuro.

De acordo com Hockenberry e Barrera (2014) os CCF estão associados a dois conceitos: a **capacitação** e o **empoderamento**. A capacitação está relacionada com o desenvolver de oportunidades e meios para que todos os membros da família consigam colocar em prática as suas competências e habilidades de modo a satisfazer as necessidades da criança/família. O empoderamento está relacionado com a interação dos profissionais com a família, no sentido de estas adquirirem um sentido de controlo sobre as suas vidas, manterem ou atingirem estilos de vida saudáveis, bem como reconhecerem as alterações positivas que resultam dos comportamentos de ajuda promotoras das suas forças, habilidades e ações (Hockenberry e Barrera, 2014)

O modelo de parceria nos cuidados, desenvolvido por Anne Casey, sustenta a ideia que os pais são os melhores prestadores de cuidados para as suas crianças, uma vez que estes promovem a sua proteção e estimulação com amor, bem como o seu crescimento e desenvolvimento. Casey (1993) descreve a enfermagem na pediatria como um processo de negociação partilhada onde o respeito pelas

competências, desejos e necessidades da família são essenciais, e ainda como uma relação de confiança aberta, onde os cuidados à criança são discutidos e avaliados com acordo recíproco dos cuidadores. O enfermeiro pode minimizar os efeitos adversos da hospitalização na criança e família, recorrendo para esse efeito à parceria de cuidados, através da auscultação das expectativas do binómio alvo de cuidados, do estabelecimento de uma relação de confiança, da negociação, da facilitação e fornecimento de informação pertinente e adequada (Sousa, Antunes e Carvalho, 2013). Receber informação verdadeira e perceptível é um direito do cliente/família e é essencial para o processo de negociação dos cuidados e para os CCF. A informação oral e escrita deve ser facultada aos pais/familiares de forma antecipada, mesmo que estes não a questionem (American Academy of Pediatrics, 2012). A mesma entidade vem ainda afirmar que a utilização desta filosofia de cuidados foi considerada como promotora de cuidados seguros e com qualidade.

#### 1.1.2. Cuidados Não Traumáticos

Os CNT, são definidos, como um conjunto de cuidados terapêuticos que são prestados por profissionais de saúde, em meio hospitalar ou noutro, onde são utilizadas uma série de intervenções cujo objetivo é prevenir ou minimizar o sofrimento psicológico como o medo, a ansiedade, a tristeza, a depressão e o stress, e também prevenir ou minimizar o sofrimento físico, evitando imobilizações forçadas e por vezes dolorosas, ambientes ruidosos e dor, das crianças e suas famílias (Hockenberry e Barrera, 2014) Os mesmos autores afirmam ainda, que para o desenvolvimento deste tipo de cuidados há que ter em conta três princípios gerais: evitar ou minimizar a separação da criança com a família, promover a autonomia e evitar ou minimizar lesões corporal e a dor.

Os cuidados de saúde à criança e família podem constituir-se como momentos causadores de dor. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da dor (1979) a " Dor é uma experiência sensorial e emocional, geralmente desagradável, associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos desses danos". A dor é um fenómeno complexo, multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural

que é percebida como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor (Batalha, 2013).

Apesar dos grandes avanços nos cuidados de saúde pediátricos, os momentos críticos (internamentos, cirurgias e procedimentos) geradores de stress continuam a existir, e mantêm as suas principais características: serem desagradáveis, serem dolorosos, serem assustadores, podendo mesmo chegar a ser traumáticos. Diz-nos Batalha (2013, p.16) que “a dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, sendo o seu controlo uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas”. A eficácia do controlo da dor passa por utilização de estratégias multidisciplinares em combinação de medidas não farmacológicas e farmacológicas (Batalha, 2013).

O stress/medo da criança perante situações desconhecidas é variável, depende do seu desenvolvimento e também das suas experiências anteriores.

Medidas como as abordagens psicológicas, que preparam as crianças para os procedimentos dolorosos, como sendo, a presença dos pais, a distração, a modelagem, usadas isoladas ou combinadas e de acordo com a idade da criança, ajudam a controlar a dor. Medidas como administração de sacarose a 24% associada a sucção não-nutritiva e a permanência dos pais são indicadas nas crianças pequenas. As medidas não farmacológicas podem não ser suficientes e haver necessidade de associar administração de analgésicos locais ou sistémicos.

O enfermeiro tem de compreender que quanto menor a criança, maior o risco de desenvolver sintomas como o medo, a ansiedade, o stress, a tristeza, pois a dificuldade em compreender a situação é maior. Assim, é essencial o conhecimento dos *stressores* (separação, perda de controlo, medo da lesão corporal, dor, ambiente, medo de morte) impostos às crianças e famílias para um melhor planeamento dos cuidados individuais (Sanders, 2014).

Os mesmos autores afirmam ainda que os jogos adequados às diferentes idades funcionam como uma distração ativa, em que a sua utilização pode não só levar a uma diminuição da dor, mas também à redução do stress/ansiedade na criança, fazendo surgir o conceito de brincadeira terapêutica. O desenvolvimento

desta atitude vem ajudar a criança a desenvolver mecanismos de *copping*, ajudando-a a ultrapassar a situação de crise que a mesma se encontra a viver. Envolver a criança em brincadeiras como jogos de computador, ouvir música, ver desenhos animados, contar histórias, estimular a criança a ler ou conversar com amigos são algumas das atividades que o enfermeiro pode sugerir de forma a minimizar a dor na criança através da distração com a brincadeira (Sanders, 2014).

São vários os stressores durante a hospitalização, tornando-se dever do enfermeiro reduzi-los, e para que tal aconteça este deverá ter conhecimento que quanto mais stressores a criança acumular, mais se irão potenciar entre eles, e que cumulativamente irão refletir-se num maior desconforto e stress por parte da criança. O enfermeiro para além de privilegiar a filosofia dos CCF e para minorar estes stressores, deve ainda compreender que a idade da criança, as suas experiências anteriores de doença, separação ou hospitalização, a gravidade do diagnóstico, os seus mecanismos de defesa e o sistema de apoio disponível influenciam as reações da criança a estas crises (Sanders, 2014). Assim, a sua capacidade de comunicar é essencial para ajudar a criança a vivenciar o seu momento de doença da forma menos traumática possível.

O enfermeiro como profissional de saúde que tem um contato mais próximo com a criança/família, tem o dever de reconhecer e saber gerir a ansiedade da criança/família causada muitas vezes pelo medo do desconhecido, da possibilidade de separação e dos procedimentos realizados. O seu papel na promoção do seu bem-estar é fundamental, e para isso deverá desenvolver estratégias promotoras do bem-estar que minimizem o sofrimento global da criança/família bem como o impacto do processo de hospitalização.

## 1.2. Excesso de Peso e Obesidade Infantil

Um dos problemas de saúde da criança na atualidade é o excesso de peso e obesidade.

Embora a obesidade tenha tido o seu início por volta de 1980 apenas em 1997 a OMS reconheceu a obesidade como um problema major de saúde pública. De acordo com este organismo a obesidade infantil tem vindo a aumentar na maioria dos países. Atualmente a obesidade infantil é considerada a doença pediátrica mais prevalente a nível mundial (Carvalho, Carmo, Breda e Rito, 2011). Estima-se que, hoje, em todo o mundo, cerca de 200 milhões de crianças em idade escolar apresentem excesso de peso, das quais 40 a 50 milhões são obesas (Rito e Graça, 2015).

A Obesidade nas diferentes faixas etárias representa neste momento um dos mais importantes desafios para a saúde pública, sendo considerada uma doença crónica. É a doença nutricional mais prevalente a nível mundial sendo considerada a epidemia do século XXI (OMS, 2000).

A OMS define a obesidade como “uma doença onde o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde”. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, causados pelo sedentarismo e dietas hipercalóricas essencialmente, proporcionando que a quantidade de energia ingerida seja superior à quantidade de energia gasta (DGS, 2005a). Já o excesso de peso é definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2016) como sendo a

“condição de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10 a 20 por cento acima do ideal, aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado à ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício” (CIE, 2016, p.58).

A etiologia da obesidade é multifatorial. O mecanismo responsável pela acumulação de tecido adiposo é complexo e normalmente resulta da combinação de fatores genéticos, psicológicos, metabólicos, ambientais e comportamentais (OMS, 2000).

A obesidade das crianças como noutras faixas etárias ocorrem do facto de haver um aporte de energia superior ao seu dispêndio. Jouret citado por Ferreira (2010) refere que não existe grande diferença na ingestão de calorias nas crianças com obesidade e nas crianças que não têm obesidade. O dispêndio de energia é que se encontra fortemente comprometido, quer pela taxa de metabolismo basal quer pelo nível de atividade (Jouret citado por Ferreira, 2010).

De facto, estima-se que apenas 1 a 5% da obesidade em todas as faixas etárias estejam associadas a causas endógenas, ou seja, alterações genéticas e hormonais e que os restantes 95 a 99% se desenvolvam por causas exógenas, ou seja, ingestão excessiva, quando confrontada com o gasto de energia do indivíduo (Ferreira, 2010).

A Obesidade infantil é classificada através das curvas de crescimento do Índice de Massa Corporal (IMC), considerando o excesso de peso entre o percentil  $\geq 85$   $IMC < 97$  e Obesidade com um IMC no percentil  $\geq 97$  (DGS, 2013).

### 1.2.1 Excesso de peso e Obesidade em Portugal

Segundo os estudos mais recentes da OMS (2013), em Portugal uma em cada três crianças tem excesso de peso ou obesidade infantil. O novo relatório da OMS (2017) vem revelar que o número de adolescentes obesos continua a aumentar em muitos países da Europa, incluindo Portugal. Os maus hábitos alimentares e a reduzida atividade física estão entre as causas do elevado índice de obesidade.

A obesidade infantil é também um problema da população portuguesa. Segundo um estudo de 2013-2014 da Associação Portuguesa de Combate à Obesidade Infantil (2017) que contou com uma população de 18.374 crianças, constatou-se que 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos de idade têm excesso de peso, sendo que das quais 16,8% são obesas.

O relatório de 2015, do Projeto COSI PORTUGAL (Rito e Graça, 2015) da OMS/Europa que surgiu na sequência da aprovação da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade (OMS, 2006) e do apelo realizado aos Estados-Membros da

Região Europeia para instalação e desenvolvimento de um sistema de vigilância da obesidade infantil, refere que na avaliação de 5935 crianças de 196 escolas do ensino básico, cerca de 31,6% destas crianças apresentavam excesso de peso, sendo que 13,9% eram obesas. Relativamente aos dados apresentados em 2010 a prevalência de baixo peso aumentou de 0,8 % (2010) para 2,7% (2013) e por outro lado a prevalência de excesso de peso e de obesidade diminuiu de 35,7% (2010) para 31,6% (2013) e de 14,7% (2010) para 13,9% (2013), respetivamente. Estes números, apesar de não apresentarem grande significância estatística, alertam-nos para o facto de que as modificações estejam relacionadas com as condições sócio económicas dos portugueses.

A OMS (2017), para a região europeia, vem revelar que o número de adolescentes obesos continua a aumentar em muitos países da Europa, incluindo Portugal, apontando para que a prevalência da obesidade nos adolescentes aos 11, aos 13 e aos 15 anos, seja de 5%. Este número representa uma subida de 0,3 pontos percentuais desde 2002, quando o objetivo era travar esta doença. O mesmo relatório afirma ainda que Portugal surge como um dos cinco países entre 27 países com maior percentagem de adolescentes obesos.

De acordo com Rego e Peças (2007), existem fatores que têm contribuído para estes números crescentes de Obesidade Infantil nomeadamente: as necessidades económicas e as mudanças culturais (saída de casa da mulher para ir trabalhar). Estas alterações promoveram a diminuição do número de refeições confeccionadas em casa, bem como o aumento de ingestão do número de refeições rápidas e hipercalóricas (*ibidem*). Esta mudança levou à perda de valores da dieta saudável e diversificada (dieta mediterrânica) com conseqüente aumento do consumo de comida “*fast-food*”. A OMS (2017) refere ainda que os adolescentes portugueses estão a consumir menos doces e menos bebidas açucaradas artificiais, mas estão também a consumir menos vegetais e menos fruta.

O crescimento célere e a prevalência do Excesso de Peso e da Obesidade Infantil, na infância e adolescência, preocupa cada vez mais os órgãos responsáveis em todo mundo e em Portugal. É urgente intervir no sentido de inverter esta realidade, de modo a que futuras populações sejam saudáveis. Carvalho et al. (2011) referem que as crianças obesas têm maior probabilidade de desenvolver

doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, asma, doenças do fígado, apneia do sono e vários tipos de cancro, bem como serem adultos obesos.

### 1.2.2 Excesso de peso e Obesidade como foco de enfermagem

A abordagem e tratamento desta doença deverá ser multidisciplinar onde combine a alimentação saudável, atividade física, modificação comportamental e envolvimento parental (Carvalho et al., 2011). Os mesmos autores referem, ainda, que a intervenção deverá envolver não só os pais mas toda a família, atendendo à influência que esta tem nos comportamentos alimentares da criança, com especial enfoque na mudança comportamental dos mesmos.

São vários os estudos realizados, que demonstram que na obesidade infantil, em mais de 50% dos casos, pelo menos um dos progenitores também é obeso (Ferreira, 2010). Este autor citando Rhee e Strauss, (...) refere que o risco de obesidade numa criança é quatro vezes superior quando um dos progenitores é obeso, aumentando o risco para 8 quando os dois progenitores são ambos obesos.

Rego e Peças (2007) realçam a importância da aprendizagem por modelagem das crianças face às suas famílias. Neste sentido, sendo as famílias o seu primeiro ambiente de aprendizagem, as crianças irão assim “copiar” os pais nos seus hábitos alimentares, preferindo alimentos com elevado teor calórico e pouco valor nutricional. Também os avanços tecnológicos – consolas, computadores, telemóveis – aliados à diminuição de espaços verdes para as crianças desenvolverem brincadeira livre e exploradora, contribuem para a diminuição da atividade física e consequente aumento do sedentarismo.

A OMS reconhece que, se não se tomarem medidas eficazes para prevenir e tratar esta doença, mais de 50% da população mundial será em 2025 obesa.

Em 2006 a OMS, para fazer face ao desafio crescente da epidemia da obesidade adotou como política a Carta Europeia de Luta contra a Obesidade (OMS, 2006), onde foi declarado o compromisso para intensificar a ação dirigida à neutralização da obesidade e ainda a promessa de colocar este problema numa

posição prioritária na agenda dos governos europeus. A CELO refere que na Europa, metade dos adultos e uma em cada cinco crianças têm peso excessivo, sendo que destas, um terço apresenta já obesidade, numa tendência de rápido crescimento, reconhecendo ainda que:

1. A epidemia da obesidade representa um dos mais graves desafios para a saúde pública na Região Europeia da OMS;
2. É particularmente inquietante a tendência do aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes;
3. A obesidade tem efeitos nocivos sobre a economia e o desenvolvimento social;
4. Esta epidemia tem aumentado nas últimas décadas, como resultado de diversas modificações sociais, económicas, culturais e físicas do meio ambiente;
5. A ação internacional para apoiar políticas nacionais é premente (OMS, 2006).

Em maio de 2007, em Portugal foi lançada a Plataforma Contra a Obesidade. Esta plataforma tem como filosofia o combate à obesidade no campo da prevenção, a redução da prevalência do número de obesos em Portugal, e ainda a melhoria nos hábitos de saúde dos portugueses, reunindo um conjunto de iniciativas no campo legislativo, na área da prestação de cuidados e educação.

São diversos os programas a nível nacional que incidem na prevenção da obesidade. Em 2012 a DGS anunciou o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, como sendo um programa de saúde prioritário e que veio substituir o Programa Nacional de Combate à Obesidade. Este tem como finalidade incentivar e disponibilizar física e economicamente alimentos para melhorar o estado nutricional da população e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma integrando-os nas suas rotinas diárias (DGS, 2012). A mesma entidade refere que um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional, nomeadamente as cardiovasculares, as oncológicas, a diabetes e a obesidade.

A prevenção da obesidade e a diminuição da morbilidade, mortalidade e dos custos associados constituem-se como uma prioridade política do Ministério da Saúde, pois atualmente Portugal é um dos países com maior prevalência de obesidade infantil (Rito e Graça, 2015).

Também o novo Plano Nacional de Saúde para 2020, coloca o combate ao excesso de peso e à obesidade na população infantil e escolar como uma das quatro Metas de Saúde em Portugal. De referir que os indicadores relativos à obesidade infantil em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso são difíceis de monitorizar. Relativamente à obesidade infantil, a recolha de indicadores é morosa, sendo monitorizados de 3 em 3 anos com medições em 2008, 2010, 2013 em crianças em idade escolar. Em Portugal a DGS realiza a monitorização com a colaboração de todas as ARS.

Lourenço (2015), afirma que se conseguirmos contribuir para a prevenção da pré-obesidade e obesidade na população portuguesa, conseguiremos uma melhoria significativa da população em geral com repercussões positivas na qualidade de vida da população, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade, e consequentemente o número de mortes por doença crónica.

### **1.3. Promoção da Saúde – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

A Saúde é definida pela OMS, no preâmbulo da sua constituição datada de 1948 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, acrescentando ainda que não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. A mesma entidade define ainda Promoção da Saúde como o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde, bem como para a melhorar, sendo que o seu foco não é apenas no comportamento individual, mas sim uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais.

De acordo com carta de Ottawa para a promoção da saúde da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 novembro de 1986, a promoção da saúde é o processo que visa desenvolver a capacidade dos

indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a potenciar. O mesmo organismo refere ainda que, para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar habilitados a identificar e realizar as suas pretensões, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Para uma melhoria da saúde é necessário que haja a defesa da mesma e a sua promoção. Para além de cuidados curativos, cabe aos profissionais de saúde trabalharem em conjunto pela criação de um sistema de cuidados de saúde que contribua para a promoção da saúde, no respeito pelas diferenças culturais.

No que se refere à enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), publicado em 1996, Decreto-Lei n.161/96 de 4 de setembro, “clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define responsabilidades, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais”. Define ainda como alvo dos cuidados todos os seres humanos ao longo do ciclo vital e grupos sociais e tem como objetivo a promoção da saúde e da capacidade funcional, prevenção e recuperação da doença (REPE, 1996). Neste sentido os enfermeiros têm assim o dever de proteger e salvaguardar os grupos mais vulneráveis, devendo apoiar a criança/jovem e sua família na adaptação às mudanças ocorridas nas suas vidas, no sentido de alcançarem bons níveis de saúde bem como a sensação de bem-estar (REPE, 1996).

Os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem publicados pela Ordem dos Enfermeiros, vêm destacar a Promoção da Saúde, referindo que

“... são elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12).

Em 2009 a Ordem dos Enfermeiros publicou o “Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem” e propõe um perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, destacando que este “possui um conjunto de

conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009, p.10). A Especialidade de Saúde Infantil e de Pediatria é “dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2009, p.7). Relativamente ao papel do EEESCJ, este tem como missão assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo (OE, 2010, p.2).

Os Enfermeiros devido à sua preparação académica e ao contato contínuo com os utentes, são profissionais que têm um papel decisivo na implementação de medidas promotoras de saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

O Modelo de promoção de Saúde de Nola Pender auxilia na identificação dos fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, surgindo assim como proposta para integrar a Enfermagem na ciência do comportamento. Este pretende ajudar a identificar os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a sua saúde e não se limitar a explicar os comportamentos de prevenção da doença, sendo que o objetivo principal deste modelo é promover comportamentos saudáveis, com intuito de atingir níveis de saúde melhores. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tenta compreender a interação das pessoas com o seu ambiente interpessoal e físico, defendendo que cada pessoa tem um conjunto de características e experiências que lhe são únicas e que irão condicionar todas as suas ações (Pender et al., 2011).

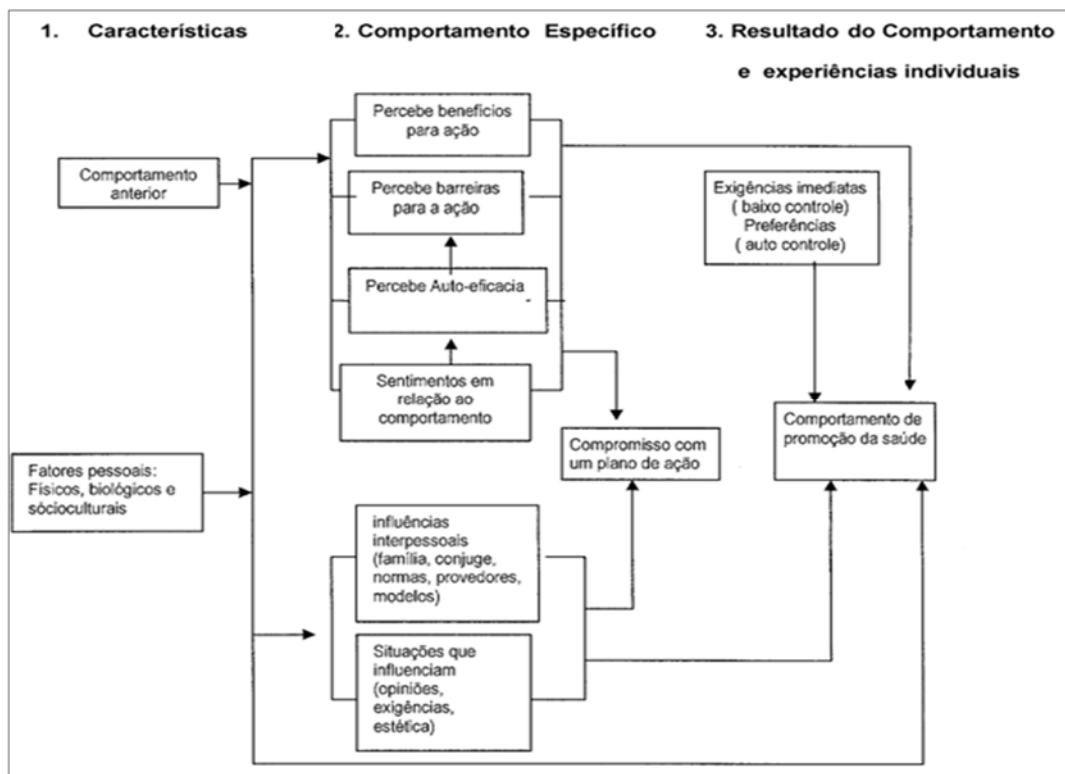
A mesma autora defende que a promoção da saúde é um processo de capacitar as pessoas, famílias, grupos e comunidades a tornarem-se ativos e responsáveis no sentido de controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e adotar medidas que visem o bem-estar, contrariamente à ideologia da prevenção da doença que é motivada pela ansiedade e pelo medo de ficar doentes.

No que concerne ao metaparadigma deste modelo, a teórica define que Pessoa é um organismo biofisiosocial e com características únicas, capaz de tomar decisões e resolver problemas (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). Em relação ao

conceito de Saúde, é vista sob os aspetos individual, familiar e comunitário, visando o aumento do nível de bem-estar podendo ser modificado por meio de ações de enfermagem (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). A Saúde torna-se o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, resultando desta forma numa melhoria da mesma, capacidade funcional e melhor qualidade de vida. O Ambiente é visto como o resultado das relações entre a pessoa e os diferentes contextos (recursos de saúde, social, económico) no sentido de criar um contexto positivo e facilitador de adoção de comportamentos de saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). A relação pessoa/ambiente é recíproca, influenciando-se mutuamente, sendo considerado essencial para que ocorra mudança de comportamento. Já o conceito de Enfermagem, surge intimamente relacionado com as intervenções que os enfermeiros devem ter para criar condições favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos de promoção de saúde no indivíduo, família e/ou comunidade (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

O Modelo de Nola Pender constitui-se como um modelo de Enfermagem que pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, possibilitando analisar o comportamento que leva à promoção da mesma, através do estudo da relação de três componentes: o 1º tem a ver com as características e experiências individuais, o 2º com os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o 3º com o comportamento de promoção de saúde desejável.

Figura 1. Diagrama do modelo da promoção de saúde.



Traduzido e adaptado de: Pender, Murdaugh & Parsons (2002)

Tendo em conta o modelo apresentado o enfermeiro deve desenvolver a sua intervenção nas diferentes variáveis dos três componentes. O 1º componente compreende o comportamento anterior, ou seja, o comportamento que deve ser mudado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal); psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico). O 2º componente encontra-se no centro do diagrama e é formado pelas seguintes variáveis: percebe os benefícios para ação com representações mentais positivas, que reforçam as consequências para adotar um comportamento; percebe as barreiras para a ação, onde as percepções negativas sobre um determinado comportamento são visualizadas como dificuldades e custos pessoais; percebe a autoeficácia, através do julgamento das capacidades pessoais para organizar e executar as ações; a atividade relacionada com a apresentação, os sentimentos em relação ao comportamento, que espelham uma reação emocional direta (podendo ser agradável/positiva ou desagradável/negativa); influências

interpessoais, onde o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, como sendo a família, os pares ou ainda por normas e modelos sociais; e por último temos as influências situacionais, onde o próprio ambiente pode facilitar ou impedir de acontecer determinados comportamentos de saúde. O 3º e último componente está relacionado com o compromisso com o plano de ação, ou seja, com ações que possibilitem ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, nas intervenções de Enfermagem; as exigências imediatas e preferências, onde as pessoas têm menos capacidade de controlo nos comportamentos que requerem uma mudança imediata, ao contrário das preferenciais, onde ocorre um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; relativamente ao comportamento de saúde, resume-se à implementação do Modelo em análise (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Nesta ótica, é importante a consciencialização sobre o comportamento/intervenção que o enfermeiro vai adotar tendo como base o modelo em análise, especificamente no que se refere às características e experiências individuais. Aqui as vivências e os comportamentos anteriores dos prestadores de cuidados assumem grande importância, uma vez que poderão condicionar o comportamento atual, bem como a mudança de comportamento que pretendamos que ocorra.

O enfermeiro consciente que na idade pediátrica a responsabilidade de cuidar é da família ou de outros prestadores de cuidados, e que o período da infância é um período crítico para adoção de comportamentos saudáveis (Pender et al, 2011), a preocupação dos enfermeiros deverá ser acrescida devendo estes incluir a promoção de comportamentos saudáveis nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança nos momentos oportunos, como sendo, as consultas definidas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) nas diferentes idades chave e ainda em todos os outros momentos de contacto, como sendo os internamentos, vindas à urgência, consultas externas de pediatra, entre outros.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil é considerado um instrumento essencial de apoio à saúde infantil e juvenil, promovendo as oportunidades de desenvolvimento e de saúde para todas as crianças e jovens de forma igual, independentemente do nível socioeconómico das famílias (DGS, 2013), devendo o enfermeiro conhecer as suas orientações para uma melhor intervenção.

Assim, após a identificação das situações tendo em conta todas as particularidades, bem como o diagnóstico que as crianças apresentam, ao cumprir e aplicar este Programa, é possível dar um apoio mais completo à Saúde Infantil e Juvenil da população, utilizando sempre o modelo conceptual centrado na criança e família como binómio beneficiário dos meus cuidados, desenvolvendo e aplicando as competências de EEESCJ.

### **Implicações do modelo para a prática**

O modelo de promoção da saúde constitui-se como adequado para a prestação de cuidados de cuidados de enfermagem direcionados para a melhoria da saúde, uma vez que, fornece um adequado e funcional enquadramento conceptual. Este identifica os focos para as intervenções de enfermagem, porém não descreve como mudar as perceções das pessoas. Pender descreve o uso do processo de enfermagem como método para produzir mudança comportamental, intensificando a importância do reforço das forças da pessoa (Pender et al, 2011).

Este modelo poderá e deverá ser utilizado para personalizar as intervenções de enfermagem, ou seja, adaptar as mensagens de saúde tendo como base as características e as necessidades da pessoa, que no caso da obesidade infantil, as da criança/jovem e sua família.

Deste modo, o Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender constitui-se como um instrumento adequado e pertinente para a implementação de programas de promoção da saúde e mudança comportamental, onde o pensamento deverá incidir na crença que as estratégias de intervenção inovadoras oferecem oportunidades de mudança.



## **2. PERCURSO FORMATIVO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo, será feita a apresentação dos cuidados de enfermagem desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio e sobre os quais pude refletir.

Durante o estágio procurei mobilizar os quadros de referência da profissão e da área da especialidade, recorrendo aos programas, modelos e técnicas de intervenção próprios, e que me proporcionaram o desenvolvimento de uma série de competências científicas, humanas e técnicas, para a prestação, a gestão e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2016).

No percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESCJ mobilizei e apliquei os conhecimentos teóricos e das filosofias do cuidar em pediatria nos cinco contextos de cuidados selecionados, dando assim, resposta às minhas necessidades de aprendizagens que foram identificadas com o meu autodiagnóstico.

A seleção dos diferentes locais, para realização dos estágios, esteve diretamente relacionada com a necessidade de compreender a dimensão do Exercício Profissional do Enfermeiro Especialista nos diferentes contextos de prestação de cuidados na área da pediatria. Estes foram criteriosamente selecionados tendo em conta as competências que pretendia desenvolver, os objetivos que defini a serem alcançados durante o estágio nas diversas áreas de intervenção do EEESCJ, nomeadamente cuidar de crianças com obesidade infantil. Outro critério foi serem consideradas instituições/serviços de referência nos cuidados de enfermagem à criança/jovem.

Para uma melhor condução de todo este percurso de aquisição de conhecimentos, aprendizagens e competências, foram delineados os seguintes objetivos:

- Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na Saúde da Criança e do Jovem nos

diferentes contextos de prestação de cuidados em situação de saúde/doença;

- Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na Saúde da Criança/ Jovem e família com Excesso de Peso e Obesidade;
- Desenvolver uma Consulta de Enfermagem para a Criança e Jovem com Excesso de Peso e Obesidade.

O tempo que permaneci em cada contexto foi planejado de acordo com as aprendizagens que podiam proporcionar e as minhas necessidades formativas, tal como é ilustrado no cronograma do estágio (Apêndice I).

Para cada contexto de Estágio, previamente, defini objetivos específicos e atividades de acordo com os objetivos gerais que foram orientadoras no meu processo formativo. Dando resposta ao pressuposto de que o EEESCJ desenvolve a sua ação baseada na evidência, durante este percurso, o meu cuidado foi acompanhado de leituras que me permitiram a reflexão permanente sobre o meu agir.

## **2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

O estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) foi desenvolvido de 27 de Setembro a 16 de Outubro de 2016 e foi selecionado por ser uma unidade de referência para a prestação de cuidados a recém-nascidos prematuros e a recém-nascidos com necessidades de cuidados especiais. Os objetivos que delinee para este local de estágio foram:

- Conhecer a operacionalização da filosofia da enfermagem pediátrica nomeadamente, cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos e cuidados promotores para o desenvolvimento neste contexto;
- Prestar Cuidados de Enfermagem a recém-nascidos e família com situações de saúde complexas.

A chegada inesperada de um filho prematuro traz consigo o medo, a incerteza, e a angústia sobre o futuro daquele bebê, bem como as implicações que esta situação irá ter em todo o sistema familiar (Askin e Wilson, 2014). Frequentemente as crianças prematuras têm necessidade de permanecer num ambiente protegido que lhes permita completar o seu desenvolvimento de modo harmonioso, nas UCINs. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2008) afirma que as unidades de neonatologia são descritas como espaços altamente especializados e carregados de emoções fortes. Barros (2006) descreve o internamento de um recém-nascido (RN) numa UCIN como uma situação de crise para os pais e que se poderá tornar verdadeiramente destruidora para o desenvolvimento do seu papel parental.

A parentalidade tem a ver com a responsabilidade de ser mãe e/ou pai; um comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; e ainda um conjunto de comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (OE, 2016). É necessário compreender que este processo de transição para a Parentalidade inicia-se com a gravidez, obrigando a diversos ajustamentos sociais e psicológicos, continuando com o nascimento do bebê e o seu desenvolvimento. A parentalidade é vivenciada de forma única por cada pai/mãe. Esta ocorre de forma diferente em todas as situações de nascimento de uma criança, quer os pais ainda não tenham filhos, quer já os tenham, quer sejam surpreendidos pela prematuridade. Nesta última situação, é essencial compreender que o processo de vinculação foi interrompido e que para além da fragilidade e doença do recém-nascido, há uma separação prematura da tríade (pais/RN), situação com implicações desorganizadoras da família.

A permanência do RN, logo desde o nascimento numa UCIN pode ser causadora e perturbadora ou mesmo provocar a disrupção do processo de parentalidade. O ambiente envolvido por tecnologia da mais variada e avançada, quer seja pelos equipamentos especiais (ex. incubadoras, ventiladores, entre outros), quer seja pelos cuidadores especializados (Askin e Wilson, 2014) têm interferência direta no processo de vinculação, bem como nos cuidados para o desenvolvimento.

O facto de nunca ter desenvolvido a minha atividade numa UCIN para além da curiosidade inerente ao espaço e à organização dos cuidados em si, outro dos motivos que me levou a escolher este local foi tentar perceber como se prestam cuidados de enfermagem globais aos recém-nascidos e suas famílias num ambiente altamente medicalizado. Estagiar numa UCIN ajudou-me a perceber a importância de estar atenta à possibilidade deste processo de parentalidade assumir contornos problemáticos, tendo direcionado a minha intervenção no sentido de minimizar os danos face à criança e família que além de cuidados físicos, precisam de cuidados promotores da vinculação e dum desenvolvimento adequado.

Trabalhar numa UCIN exige uma grande diversidade de conhecimentos e competências. Estes passam pelo conhecimento sobre o desenvolvimento do RN, o impacto que a hospitalização tem no sistema familiar e no processo de vinculação; pelo conhecimento sobre as inúmeras patologias e os respetivos cuidados específicos que cada uma exige; e ainda pelo conhecimento sobre todo o funcionamento da tecnologia necessária que asseguram a sobrevivência da criança.

Estagiar neste serviço, permitiu-me observar e perceber como se aplica, nos cuidados, a filosofia do cuidar em pediatria, em situações de saúde complexas. Pude constatar como a intervenção do EEESCJ poderá fazer a diferença, no desenvolvimento dos cuidados, contribuindo para a promoção da saúde, aos três níveis, da criança e família, como é seu dever. A OE afirma que ao EEESCJ compete prestar cuidados em resposta às necessidades à criança/família ao longo do seu ciclo de vida, promover a vinculação de forma sistemática particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2010). Para tal o EEESCJ deve deter conhecimentos sobre as competências do RN no sentido de promover o comportamento interativo, utilizar estratégias para promover o contacto físico entre os pais e o RN e ainda promover a amamentação (OE, 2010c).

O momento do acolhimento, neste contexto assume primordial importância. O nascimento de um filho é marcado por expectativas positivas que tendem a desaparecer com o nascimento de um filho prematuro. Um acolhimento bem feito, neste momento, em que a criança entra na UCIN poderá fazer toda a diferença neste processo inesperado e assustador. É importante que no processo de acolhimento numa UCIN o enfermeiro seja capaz de dosear a quantidade e o tipo de

informação fornecida aos pais bem como utilizar uma linguagem clara, simples e personalizada tendo em conta a situação. É importante que a informação seja realista, mas também promotora de esperança. Nesta unidade para ser mais fácil o assimilar de toda a informação existe um “guia de acolhimento” em suporte de papel, que tive oportunidade de entregar aquando da admissão de um RN na UCIN, para que posteriormente os pais possam ler com calma e esclarecer eventuais dúvidas.

Quase tudo numa UCIN é em tamanho reduzido: os recém-nascidos alvo de cuidados, as doses de medicação, a tecnologia utilizada e o material. Por outro lado, em tamanho bem grande temos os sentimentos de preocupação, ansiedade e medos dos pais/familiares. Estar atento e intervir junto dos pais/familiares de modo a ajudá-los a gerir estas emoções é de fundamental importância. Reduzir o tempo que medeia a entrada da criança na UCIN e a entrada dos pais na mesma, terá que ser uma preocupação dos enfermeiros. Dar informação adequada quer em qualidade quer em quantidade, logo que possível, permitirá aos pais fazer a gestão dos sentimentos que os assola. Quando um RN prematuro chega à UCIN temos duas realidades temporais completamente antagónicas, por um lado, os minutos que parecem segundos para os profissionais de saúde que tentam estabilizar hemodinamicamente a criança, por outro os minutos que parecem horas intermináveis para os pais à espera de notícias de um filho. Na UCIN onde estagiei existe a preocupação de falar com os pais no meio da situação stressante, dizer-lhes que estão a cuidar do seu filho(s), e que assim que for possível irão fornecer informação sobre a situação da criança. Outro aspeto importante que me fez refletir sobre os cuidados CCF, foi o facto de os enfermeiros acompanharem os pais até junto da criança depois de esta estar estabilizada, explicando o que significam todos aqueles equipamentos em redor do seu filho(s). Pude aperceber-me que este CCF ajudou os pais a confiar na equipa de saúde e que os sentimentos de ansiedade e medos deram lugar a esperança e alguma calma.

Quando falamos em RN prematuros, falamos de um nascimento de um sistema imaturo, e o seu internamento aquando do seu nascimento representa um conjunto de *stressores* que podem influenciar o seu desenvolvimento adequado.

Outra das aprendizagens significativas foi relativamente os cuidados promotores para o desenvolvimento infantil. Ao longo do meu percurso profissional

sempre me preocupei com a promoção do desenvolvimento da criança. A promoção do desenvolvimento nesta unidade, é preocupação, pois todos os cuidados têm em conta a repercussão na vida futura de uma criança prematura.

Atualmente a evolução dos cuidados de saúde proporcionou a oportunidade de sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional superior a 22 semanas, tornando a gestão da sua saúde num desafio para os profissionais da área da neonatologia e da pediatria. Porém frequentemente os cuidados aos recém-nascidos estão orientados para a manutenção da vida, em detrimento de medidas preventivas que poderiam minimizar os danos ao sistema neuro-músculo-esquelético (Araújo, 2010). A manipulação apropriada do recém-nascido e o posicionamento sustentado constituem-se como intervenções de enfermagem indispensáveis, no sentido de promover um desenvolvimento motor adequado e assim minimizar o desenvolvimento de padrões de movimento anómalos. Os recém-nascidos prematuros que apresentam estas alterações ou incapacidades, justificam a instituição de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010). O posicionamento sustentado e a manipulação apropriada do RN pré-termo constituem-se como importantes intervenções de enfermagem, por forma a promover um desenvolvimento motor adequado e a minimizar o desenvolvimento de padrões de movimento anómalos (Testa, Lavrador e Barraca, 2002).

Assim os posicionamentos em orientação à linha média, a contenção utilizada, e a estimulação aos diferentes níveis (sucção, táctil, luminosidade) tendo em conta a idade gestacional da criança, ou a mudança de fralda sem realizar elevação dos membros inferiores prevenindo hemorragias intracranianas, são alguns exemplos dos cuidados que prestei e sobre os quais pude refletir.

Outras das áreas que evoluiu significativamente na área da neonatologia foi a área da Nutrição. A alimentação destas crianças prematuras foi outro dos cuidados que tive oportunidade de realizar. Askin e Wilson (2014, p.341) referem que “os diferentes mecanismos de ingestão e digestão não estão totalmente desenvolvidos” na criança prematura. Devido à imaturidade dos reflexos de sucção e deglutição nos recém-nascidos prematuros, inicialmente recebem as suas primeiras calorias por via

intravenosa, através de soluções especialmente concebidas para o efeito, recorrendo-se à administração de Nutrição Parentérica (SPP, 2008).

As crianças que nascem prematuramente e com baixo peso apresentam padrões de crescimento acelerado nos primeiros meses de vida, chamado crescimento de recuperação (*catch-up growth*). Assim, verifica-se que este ganho de peso excessivo durante a infância começa a estar associado à probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes (Vasylyeva et al., 2013). O leite materno produzido por uma mãe de um bebé prematuro é substancialmente diferente do leite produzido por uma mãe de um bebé de termo (SPP, 2008). Ambos são adequados às suas necessidades apesar de atualmente se pensar que os prematuros tenham durante muito tempo uma maior necessidade de proteínas, cálcio e sais minerais, sendo que para colmatar esta necessidade foi criado um preparado rico em proteínas e outros nutrientes – o fortificante, que frequentemente é adicionado ao leite materno (SPP, 2008).

Enquanto futura EEESCJ a identificação de fatores de risco em crianças nascidas prematuramente é essencial para o desenvolvimento de intervenções de prevenção precoce para reduzir o risco de obesidade (Vasylyeva et al., 2013).

Promover a amamentação deverá ser uma preocupação do EEESCJ, pois os benefícios que a mesma tem quer para a mãe quer para o RN são imensas. No entanto e numa lógica de CCF cada situação deverá ser analisada individualmente e ditar o investimento e o discurso da equipa de saúde. Se por um lado, amamentar um filho para algumas mães gera sentimentos de satisfação e realização, para outras gera sentimentos de fracasso e ansiedade. Aqui é essencial que o EEESCJ valorize os sentimentos e as emoções, aceite as diferenças de cada família e programe intervenções numa lógica de desenvolvimento parental, nomeadamente no suporte ao bem-estar materno.

Outras intervenções que também pude observar e desenvolver prenderam-se com as aprendizagens parentais. Neste tipo de intervenção e sempre numa lógica de CCF percebi que nesta área não é suficiente o fornecer de informação estandardizada sobre os cuidados ao RN, mas sim ter a capacidade de favorecer uma atitude parental positiva promotora do desenvolvimento e crescimento do RN proporcionando a aquisição de conhecimentos que lhe permitirão cuidar

adequadamente da criança. Esta atitude positiva poderá conseguir-se utilizando pequenas estratégias como elogio ao seu bebé sobre as competências que vai adquirindo; esclarecimento sobre toda a tecnologia que envolve o RN, o seu significado e necessidade; a importância da presença dos pais, da voz e do toque, mas também sobre a gestão de estímulos ambientais; e por último proporcionar uma escuta ativa para que os pais consigam exprimir os seus receios e dificuldades e também para enquanto EEESCJ conseguir reforçar positivamente quando estes as conseguem ultrapassar.

A UCIN por todas as características que lhe são inerentes é um local carregado de fortes emoções, acabando por nem sempre ser fácil viver neste clima de elevada complexidade emocional. Para além de termos que lidar com a nossa própria vulnerabilidade emocional também temos que lidar com a vulnerabilidade dos que cuidamos e dos seus familiares, acabando por nos ser exigido uma grande capacidade na gestão de emoções de modo a conseguirmos manter a capacidade de ajuda face ao outro.

Outros cuidados que também pude observar e sobre os quais refleti foram os que são desenvolvidos no Apoio Domiciliário ao Recém-nascido pré-termo e/ou com necessidades especiais (UMAD). Este projeto teve início em 2009 e tem como objetivo promover uma melhor adaptação da criança prematura e ou com doença crónica e sua família, após a alta hospitalar, aquando do regresso a casa. Estão envolvidos neste projeto uma equipa multidisciplinar de apoio domiciliário ao recém-nascido pré-termo e/ou com necessidades especiais que tiveram internados na UCIN. Os cuidados desenvolvidos nestas visitas estão direcionados para um acompanhamento e promoção das competências parentais e para a recuperação da autonomia e saúde da criança/família, ou seja, perceber quais as dificuldades sentidas pelos pais no regresso a casa, esclarecer dúvidas, reforçar positivamente e consolidar conhecimentos, despistar crianças que vivam em más condições de higiene e de cuidados (e fazer o respetivo encaminhamento social se necessário) e prestar cuidados ao bebé e sua família se necessário.

Durante o Estágio tive oportunidade de acompanhar a equipa numa das visitas. Nesta, a educação para a saúde e o esclarecimento de dúvidas foram realizadas no domicílio da família e foram abordados temas como: as cólicas –

cuidados a ter e respectivas medidas de alívio, amamentação/leite artificial, vacinação, validação de medicação prescrita no hospital, posicionamentos do bebé e vigilância de saúde/doença.

Uma das competências desenvolvidas durante estas visitas domiciliárias foi o cuidar promotor da maximização de saúde, pois utilizei a informação existente, avaliei o contexto e a estrutura familiar promovendo a vinculação de forma sistémica, em RN com necessidades de especial complexidade.

## **2.2. Consulta de Enfermagem de Obesidade de um Hospital Central**

A Consulta de Enfermagem de Obesidade (CEO) onde estagiei situa-se na Consulta Externa de Pediatria (CEP) num hospital central. A CEP é um espaço constituído por duas salas de espera, vários gabinetes de consultas de enfermagem e médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de colheitas, uma sala de vacinação/testes cutâneos e pela UMAD.

O estágio na CEP foi desenvolvido de 17 de Outubro a 11 de Novembro de 2016. Este local foi seleccionado para a realização de estágio por ser uma consulta de referência e por acompanhar um grande número de crianças com doenças crónicas e raras, mas essencialmente, por ter uma consulta de enfermagem exclusiva para as crianças com excesso de peso e obesidade.

O seguimento das crianças na CEP é realizado após encaminhamento pelos diferentes centros de saúde, urgência pediátrica, outro hospital e internamentos de pediatria. De salientar que nem todas as especialidades médicas contam com o apoio de enfermagem, destacando a existência das seguintes consultas de enfermagem: saúde Infantil, obesidade, hipertensão arterial, alergologia, diabetes, urologia, nefrologia, imunodeficiência, fibrose quística, neurocirurgia, fendas palatinas, patologia do sono e viajante.

Assim, para este local de estágio defini os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos na área da obesidade Infantil;

- Observar a prestação de cuidados de enfermagem a Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade;
- Participar na prestação de cuidados de enfermagem a Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade.
- Conhecer a operacionalização da filosofia de cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos neste contexto.

A consulta de Obesidade Pediátrica foi instituída desde Maio de 2001. Nesta consulta a abordagem à criança com excesso de peso/obesidade e família é realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por: médico, enfermeiro, dietista, fisiologista do exercício, psicólogo e assistente social.

A referenciação para esta consulta ocorre quando existe Obesidade (IMC  $\geq 97$  ou +2 z-scores) para a idade e sexo, associada a pelo menos uma das seguintes comorbilidades: hipertensão arterial, hiperlipidémia, diabetes, pré-diabetes (alteração da glicémia às 2 horas na prova de tolerância oral à glicose- PTOG- com valor  $\geq 140$ -199 mg/dl ou glicemia em jejum  $\geq 100$ -125mg/dl), e ainda quando existe o insucesso no controlo do peso após seguimento durante 12 meses nos cuidados de saúde primários.

O plano assistencial para o seguimento de crianças e suas famílias com esta patologia define a intervenção de cada profissional da equipa multidisciplinar:

- o médico realiza a anamnese, o exame objetivo, a avaliação de comorbilidades, a avaliação da imagem corporal e avaliação de motivação pessoal e familiar;
- o enfermeiro formula diagnósticos de enfermagem, planifica as intervenções com ênfase na orientação dos **hábitos alimentares da criança e família** tendo em conta os hábitos alimentares da família, as questões sócio económicas e culturais, monitoriza a evolução global (Peso, Estatura, IMC, PA, Perímetro abdominal), promove e motiva para uma vida ativa e para alteração de hábitos alimentares;
- a dietista, avalia os hábitos alimentares e nutricionais, elabora e monitoriza o plano alimentar;

- o fisiologista do exercício (professor de educação física) avalia e prescreve a prática da atividade física estimulando para a redução de comportamentos sedentários;
- o psicólogo realiza uma avaliação psicológica e uma monitorização do comportamento realizando psicoterapia individual, familiar e de grupo;
- a assistente social realiza uma avaliação sociofamiliar através de entrevista articulando a situação com recursos internos e externos, discute situações de crianças, partilhando essa informação nas reuniões internas e na comunidade; Envia e recebe informações sociais realizando visitas domiciliárias e notificações judiciais.

Relativamente à periodicidade das consultas, estas ocorrem de 45 em 45 dias. A 1ª e 2ª vez que a criança vai ao hospital tem uma consulta com o médico, outra como nutricionista e ainda outra com o fisiologista do exercício. A partir da 3ª consulta que é feita pelo enfermeiro as seguintes consultas são alternadas com a consulta médica, nutricionista e fisiologista.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de observar e realizar consultas de enfermagem a crianças com obesidade. Durante a realização das mesmas foram surgindo diferentes necessidades. A primeira prendeu-se com a necessidade de aprofundar conhecimentos em várias áreas nomeadamente na temática da obesidade infantil, da alimentação saudável, da entrevista motivacional e do exercício físico. Para superar tais lacunas, realizei uma pesquisa bibliográfica orientada, sobre os temas anteriormente referidos.

Fazer uma boa apreciação/avaliação da criança e família e documentar de modo organizado permitiu-me fazer em parceria com o cliente (criança e família) um planeamento personalizado tendo por finalidade a mudança do comportamento diário e da sua dieta, sendo uma das atividades em que me envolvi durante este estágio.

Durante este percurso na CEO considerei importante desenvolver um instrumento com as estratégias comportamentais adequadas na abordagem da criança com obesidade. Este documento permitiu-me organizar e registar a intervenção realizada. Desenvolvi também um instrumento em formato de diário

onde a criança regista a dieta feita e da prática de exercício físico (apêndice III). Neste diário, numa primeira parte existe informação sobre alimentação saudável e a importância da prática de exercício físico regular. A segunda parte está reservada para o registo da avaliação antropométrica e os objetivos até à próxima consulta (em forma de contrato) e por último o registo dos alimentos ingeridos durante as refeições realizadas na semana antes de ir à consulta.

No decorrer das consultas, através de múltiplas interações com os clientes, senti que a maior parte delas, quer as crianças quer as famílias estão pouco motivadas para a perda de peso.

O principal objetivo na abordagem da obesidade infantil consiste em conseguir motivar as crianças, os adolescentes e as famílias para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, relacionados com a alimentação saudável e adoção de hábitos de atividade física e ainda melhorar ou reverter as comorbilidades associadas a esta patologia (Carvalho et al, 2011). Neste sentido, Lourenço (2015), refere que intervir na criança e família com excesso de peso ou obesidade passa pela adoção de estratégias que visem mudanças de comportamento nas crianças, mas sobretudo na família. Uma vez que é a família, a principal prestadora de cuidados à criança e responsável pela sua saúde é necessário o seu envolvimento no cuidado à criança com excesso de peso ou obesidade. Por conseguinte, torna-se necessário o envolvimento da família na prevenção e no tratamento desta patologia, sendo que este envolvimento passará pela partilha de informação sobre possíveis estratégias a adotar e pelo apoio e fortalecimento de capacidades das famílias, no sentido destas crescerem e se desenvolverem (Carvalho et al, 2011).

No decorrer da realização das consultas percebi que o ambiente familiar e as atitudes dos pais no contexto alimentar são fatores que influenciam em grande parte os padrões alimentares que as crianças desenvolvem. As sensações de fome e de saciedade que servem para controlar a quantidade de alimentos que se ingerem ocorre de forma automática e instintiva nos primeiros anos de vida, começando a perder-se à medida que a criança vai crescendo. Neste sentido, o enfermeiro deve informar os pais e ajudá-los a controlar a quantidade de alimentos ingeridos pelos filhos (Singhal citado por Ferreira, 2010).

Também o ambiente que os progenitores criam em torno das refeições, as regras associadas e a forma como os alimentos são confeccionados e apresentados, são considerados elementos essenciais no desenvolvimento de padrões alimentares nas crianças (Ferreira, 2010), sendo que o fenómeno da modelagem também poderá explicar as preferências alimentares das mesmas.

A OMS aponta para três períodos críticos na criança para o desenvolvimento da obesidade: período pré-natal, período entre os 5 e os 7 anos e o período da adolescência (OMS, 2000). Partindo deste conhecimento, na prevenção da obesidade deverão ser privilegiado estes períodos.

Foram várias as observações participativas realizadas dos cuidados prestados nas consultas de enfermagem à criança e família saudável e à criança e família com patologia, numa lógica de conseguir identificar e compreender a filosofia do cuidar em pediatria.

Ao longo do estágio na CEP a filosofia dos CCF foi evidente. Esta filosofia estava presente na organização dos cuidados, nomeadamente na marcação das consultas. A vinda às consultas era negociada com os pais/principais cuidadores tendo em conta a sua disponibilidade e as suas necessidades. Proporcionava-se apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e suas famílias promovendo de forma eficaz a articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças, nomeadamente com o Centro de Saúde (OE, 2013).

No decorrer das consultas constatei que efetivamente existe o reconhecimento da família como parceira nos cuidados. Ressalvo a centralidade do sistema familiar nos cuidados à criança bem como a prática da escuta da família, acedendo desta forma à experiência da criança e família com doença condição imprescindível para a identificação das suas necessidades e posteriormente o planeamento de intervenção adequada. Os princípios éticos que orientam os cuidados como o princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência e o princípio da justiça estiveram sempre presentes. Como refere a OE o EEESCJ deve respeitar os valores e as crenças do projeto de saúde de cada criança e família, sendo que a promoção e a valorização de uma relação de parceria com o cliente fazem parte da excelência dos cuidados contribuindo para a qualidade dos mesmos.

São vários os procedimentos invasivos e dolorosos que se realizam na CEP como sendo a punção venosa para colheitas de sangue ou tratamento e a vacinação. Torna-se assim um desafio a gestão adequada da dor nas crianças com as quais o contacto é curto e invasivo. O EEESCJ, numa lógica de CNT, deve procurar as melhores estratégias para minimizar ou banir a dor. Estas medidas passam pela utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas farmacológicas passaram pela utilização do EMLA penso e administração de sacarose a 24%. Relativamente à utilização de medidas não farmacológicas, foram usadas estratégias ambientais, como a sala decorada com objetos infantis proporcionando maior conforto à criança e a colocação de música adequada ao estágio de desenvolvimento da criança; estratégias cognitivas, como o fornecimento de informação sobre o procedimento a efetuar, as suas etapas e a importância da sua ajuda e a distração; estratégias físicas, como o posicionamento confortável na cama, ou ao colo da mãe/pai, tendo em conta a vontade da criança e família; e as estratégias de medidas de suporte emocional, como a promoção da presença de um cuidador significativo (OE, 2013).

Nesta consulta é feita também a vigilância de saúde infantil todas as sextas-feiras para os filhos dos profissionais deste hospital. A consulta de saúde infantil segue as orientações do PNSIJ (DGS, 2013) articulando assim a prestação de cuidados nas idades-chave com o programa nacional de vacinação, evitando um número mais elevado de deslocações aos serviços de saúde. Na consulta de vigilância de saúde infantil prestei cuidados com a enfermeira orientadora e de forma autónoma. A realização dos exames globais de saúde, permitiu-me avaliar o desenvolvimento físico, psicossocial e cognitivo da criança. Os cuidados antecipatórios, assim como o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o aleitamento materno/artificial, medidas de conforto para alívio de cólicas, introdução de novos alimentos e medidas de segurança dentro e fora do domicílio foram atividades que desenvolvi neste contexto.

Convém ainda referir que a cronologia das consultas vai ao encontro do Modelo *Touchpoints* de Brazelton, que perspetiva e tenta harmonizar o desenvolvimento infantil e a parentalidade em torno de momentos chave. Os *Touchpoints* são períodos previsíveis de desorganização ao longo do

desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares (Brazelton, 2006), sendo que, o PNSIJ (DGS, 2013) está organizado para que as consultas ocorram nestes períodos importantes.

Embora seguindo as orientações do PNSIJ, as idades ali referidas não são seguidas com rigidez. Se uma criança/adolescente se deslocar à consulta por outros motivos, como doença aguda, ou outro motivo, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, e se a situação clínica o permitir, é realizado o exame de saúde indicado para essa idade. Este tipo de atuação, designado exame de saúde oportunista, está contemplado no PNSIJ e permite reduzir o número de deslocações e aumentar o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade, bem como a personalização dos cuidados.

Tive oportunidade de aplicar a *Escala de Avaliação de Mary-Sheridan Modificada*. A aplicação desta escala permitiu-me estabelecer a comparação entre o que é esperado que a criança apresente e o seu desenvolvimento real. Foi fundamental compreender e ter presente que cada criança tem o seu ritmo próprio de desenvolvimento independentemente da sua idade, como recomenda a DGS (2013). Ao aplicar este instrumento tive sempre em conta que para cada idade-chave existe ainda uma lista de atividades promotoras do desenvolvimento infantil e que deverão ser recomendadas aos pais (DGS, 2013). A OE, (2010, p. 72) enfatiza que “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o Enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.”

O PNSIJ (2013) define que uma das metas dos profissionais de Saúde Infantil passa por apoiar e estimular a função parental e ainda estimular o bem-estar familiar. Neste sentido uma das estratégias utilizadas para alcançar este objetivo passou pela valorização dos cuidados antecipatórios, promovendo a saúde e prevenindo a doença, facultando assim aos pais os conhecimentos necessários para um melhor desempenho da sua função parental. É importante considerar que em saúde infantil e pediatria a adequação dos métodos de comunicação são cruciais para que a mensagem dos cuidados chegue ao nosso cliente, sendo para isso necessário validar com frequência as estratégias que utilizamos, tendo em conta os

resultados que vamos obtendo com os clientes, que se pretende que sejam ganhos em saúde.

A realização de consultas de desenvolvimento infantil pelo desafio que me colocou de pensar cada criança e família como únicas em fases de desenvolvimento diferentes constituiu-se como uma experiência formativa enriquecedora na medida em que me permitiu cuidar da criança saudável e família.

### **2.3. Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal**

A Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (APDP) foi fundada em 1926 por Ernesto Roma, licenciado em Medicina, e desde o início da sua atividade que a associação mantém como principal objetivo a educação da pessoa com diabetes, sendo atualmente considerada uma referência nos cuidados aos clientes com esta patologia. O investimento neste objetivo, para além de persistente, tem sido aprofundado sendo que atualmente a associação desempenha um importante papel em três vertentes: educacional, assistencial e social. O investimento na educação para a saúde, na área da aquisição de hábitos de alimentação saudáveis e na importância da prática de exercício físico para o controlo da doença, tem sido grande.

O período de estágio nesta unidade decorreu entre 14 a 25 de Novembro de 2016, e teve como objetivos:

- Observar a prestação de cuidados de enfermagem a Criança/Jovem e Família com Doença Crónica;
- Compreender como é realizada a abordagem multidisciplinar à Criança/Jovem e Família com Doença Crónica;

No decorrer do estágio colaborei em diversas consultas a crianças com diferentes idades, permitindo-me compreender melhor a articulação, a dinâmica e o papel de cada elemento na equipa multidisciplinar na intervenção às crianças e jovens com diabetes e suas famílias.

O impacto da doença crónica, quer na criança quer na família é enorme. Na criança, este impacto é influenciado pela idade em que a doença surgiu podendo deste modo, comprometer o seu crescimento e desenvolvimento, enquanto que para a família representa uma situação de crise. A consciência do impacto de um diagnóstico de doença crónica pode levar meses ou anos. A família experimenta várias dificuldades no processo de adaptações psicológicas, sociais e económicas relacionadas com o cuidar, ocorrendo por norma mudanças nos papéis individuais e na organização familiar (Hockenberry e Barrera, 2014). Para cuidar das crianças e suas famílias com doença crónica o enfermeiro precisa de as conhecer em todas as suas dimensões, compreender se estão adaptados à situação, ter consciência dos recursos internos e externos de que dispõem e das estratégias de *cooping* que desenvolvem.

Durante as observações participativas no decorrer das consultas de enfermagem às crianças com Diabetes Tipo I, percebi que uma das principais preocupações está relacionada com a prevenção das complicações da doença visando proporcionar-lhes uma vida com qualidade e também mais duradoura. A complexidade da intervenção do EEESCJ, às crianças com doença crónica, centra-se essencialmente na educação para a saúde, mobilizando para esse facto um conjunto de conhecimentos que se irão adequar às diferentes necessidades, individualizando cada situação e personalizando desta forma os cuidados prestados.

A APDP preconiza que cada pessoa tenha um médico e um enfermeiro de referência, permitindo não só uma melhor gestão da doença pelo próprio doente, mas também um melhor relacionamento e maior confiança, proporcionando um maior sucesso na execução dos objetivos terapêuticos e na abordagem sistemática da criança com diabetes e sua família.

A responsabilização e a negociação é outras das estratégias adotadas pelos enfermeiros, que pude observar e consolidar na abordagem das crianças e jovens com esta doença crónica e que segundo os profissionais têm vindo a mostrar resultados positivos num melhor controlo da doença.

O enfermeiro deve ter a consciência que é impreterível enfatizar as capacidades e potencialidades da criança e da família, com o objetivo de minimizar o impacto da doença crónica em todo o sistema, devendo a atenção do mesmo

focar-se nas experiências normais, no ajustamento do ambiente e na promoção das capacidades de adaptação, tentando maximizar a qualidade de vida do contexto familiar (Hockenberry e Barrera, 2014). Constatei que a prestação de cuidados numa lógica de CCF facilita o estabelecimento de uma verdadeira parceria de cuidados. O EEESCJ deverá ter capacidade para lidar com as situações mais difíceis e com grande carga emocional, não esquecendo que pelo tempo de permanência junto da criança e da família, este detém o privilégio da proximidade, funcionando como elo de ligação entre a criança, a família e a toda a restante equipa de saúde.

As competências comunicacionais assumem especial importância em todas as abordagens à criança/jovem sendo de extrema importância adequar o tipo de linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança. Esta adequação não só irá proporcionar uma melhor adaptação às diferentes situações, mas também poderá permitir o diagnóstico de outras necessidades, não relacionadas com a doença, podendo dar suporte através do encaminhamento para os recursos adequados.

Apesar do período de estágio na APDP ter sido curto, considero muito proveitosas as experiências vivenciadas, uma vez que nunca tinha tido experiência de prestação de cuidados numa instituição não hospitalar, permitindo-me desta forma identificar outros recursos e competências das crianças e suas famílias.

#### **2.4. Serviço de Urgência Pediátrica**

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) decorreu de 28 de Novembro de 2016 a 6 de Janeiro de 2017.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto de nunca ter prestado cuidados a crianças em situações de urgência, perspetivando um leque de experiências e situações que iriam contribuir de forma significativa para a minha aprendizagem num agir sob pressão com eficiência e competência.

Assim defini como objetivos para o estágio neste local:

- Prestar Cuidados de Enfermagem à criança e família em contexto de urgência Hospitalar.

- Comunicar com a criança e família em situação de urgência.

O SUP é constituído por cinco espaços de cuidados de enfermagem:

- O posto de triagem: onde é realizada uma avaliação geral da criança, tendo em conta o motivo de ida ao SUP. A triagem é feita utilizando o Sistema de Triagem de Manchester. Este método de triagem estabelece não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.

- Sala de Tratamentos e Sala de Aerossóis: onde se realizam procedimentos invasivos e nebulizações.

- Sala de Observação: onde permanecem as crianças que são transferidas do atendimento em “balcão”, que necessitam de cuidados de saúde. Neste local as crianças permanecem num período que se prevê até 8 horas; sendo que após este ou têm alta porque a situação de doença está resolvida ou se precisam de continuidade de cuidados são internadas no serviço de Internamento de Pediatria ou Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria;

- Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT): permanecem crianças cujo estado de saúde inspira mais cuidados e que necessitam de uma maior vigilância da sua situação clínica;

- Sala de Reanimação: onde se faz atendimento imediato de crianças em risco de vida, e que lhes foi atribuída prioridade imediata.

Cuidar de crianças/jovens em situação de doença aguda, grave ou com ameaça à vida, é definitivamente um dos momentos mais stressantes para qualquer profissional de saúde.

Considero verdadeiramente complexo cuidar da criança/jovem que necessita de cuidados emergentes ou urgentes. A primeira complexidade está relacionada com a responsabilidade de ter os conhecimentos, bem como a capacidade de os mobilizar atempada e adequadamente, com a finalidade de estabilizar a criança/jovem evitando a morte. A segunda complexidade, prende-se com o reconhecimento de situações emocionalmente intensas e geradoras de stress e ansiedade, quer para a criança, quer para a família, quer para o próprio enfermeiro.

O Enfermeiro que presta cuidados na urgência, para além de possuir competências técnicas e científicas, tem ainda de ter noção dos seus conhecimentos e dos seus limites bem como das suas possibilidades de atuação, e ainda ter capacidade de lidar com as suas emoções. Relativamente à gestão das emoções e para se proteger de situações emocionalmente perturbadoras o enfermeiro deverá ir reciclando estas emoções negativas, através da reflexão sobre o sucedido, contribuindo assim para o desenvolvimento do seu trabalho emocional (Diogo, 2015).

Durante o estágio no SUP, no sentido de colmatar a pouca experiência que tenho num serviço com estas características, foi fundamental a pesquisa bibliográfica dirigida tendo em conta as vivências do contexto, bem como as discussões com a enfermeira orientadora, onde foram debatidas situações que para mim não foram tão claras, cuidados desenvolvidos, recursos a utilizar bem como competências a desenvolver.

No decorrer do estágio, prestei cuidados em quatro áreas: triagem, sala de tratamentos, sala de observação e UCINT.

Na triagem, consegui identificar e classificar as situações de doença das crianças, através do que era relatado pela criança/adolescente/família e atribuir-lhes uma prioridade de atendimento. Apesar de ter realizado o curso de Triagem de Manchester em fevereiro de 2016, ainda não tinha tido oportunidade de o aplicar. Assim, no decorrer do estágio e com a experiência da enfermeira orientadora nesta área foi muito gratificante conseguir mobilizar conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação de focos de instabilidade da criança dando uma resposta adequada, no despiste de situações mais complexas que exigem um agir objetivo e eficaz como por exemplo dificuldade respiratória, maus tratos, entre outros. Constatei ainda, que as competências comunicacionais assumem grande importância neste posto, pois quer a comunicação quer a capacidade de escuta são fundamentais para uma atribuição de prioridade correta, mas também para me aperceber das angústias e medos da criança e família.

Na sala de tratamentos e sala de observação, tive oportunidade de prestar cuidados que implicavam sofrimento físico para a criança tais como a colheita de sangue para análises, punção venosa periférica, administração de terapêutica,

lavagem nasal, aspiração de secreções. Mais uma vez tentei utilizar medidas farmacológicas como a aplicação de EMLA para punção periférica, e de cloreto de etilo para administração de intramusculares. As medidas não farmacológicas como a distração com brinquedos, técnicas de relaxamento e autocontrole como a respiração profunda, música, permanência dos pais, reforço positivo antes durante e depois de um procedimento invasivo e doloroso foram também utilizadas numa lógica de CNT. Procurei estabelecer uma comunicação adequada aos diferentes estádios de desenvolvimento e culturas da criança e família de modo a ajudar no controle emocional perante a doença aguda e nas das diferentes situações de cuidados.

Na sala de observação, tive oportunidade de cuidar de crianças no período pós-crítico de convulsões, crises de sibilância, vômitos incoercíveis, vigilância de traumatismos cranianos, entre outros. Durante a prestação de cuidados às crianças e famílias neste espaço, confirmei que um bom acolhimento no serviço de urgência é essencial para satisfazer as necessidades físicas e psicoafectivas da criança e sua família, humanizando desta forma o atendido neste local. Durante a permanência da criança e família neste local, verifiquei que o esclarecimento de dúvidas contribui para uma melhor adaptação à situação.

Na UCINT, inicialmente a prestação de cuidados teve início com a minha observação participativa, questionando os colegas acerca da realização de determinados cuidados, analisando o funcionamento geral do serviço e ainda o desenvolvimento do trabalho de equipa. De seguida a prestação de cuidados de enfermagem tornou-se autónoma, tendo sido benéfico a troca de experiências com os colegas sobre os métodos para realizar determinados procedimentos, proporcionando diferentes visões de como desenvolver os cuidados.

Nesta unidade internamento onde se desenvolvem cuidados específicos, prestei cuidados a crianças com situações clínicas que inspiravam cuidados específicos, como por exemplo as crianças que apresentavam dificuldade respiratória com hipoxémia, desequilíbrios hidro – eletrolíticos, pós-operatórios de cirurgias complexas, situações inaugurais ou de descompensação da diabetes, vigilância de parâmetros vitais ou do estado neurológico. No entanto a patologia mais frequente durante o decorrer do estágio com necessidade de internamento

nesta unidade, foi a bronquiolite com hipoxemia em lactentes. Neste local, foram várias as crianças que se alimentavam de leite materno em exclusivo, e que devido à pausa alimentar para diminuição do esforço respiratório e à preocupação das mães face à situação clínica do seu filho, algumas pensaram mesmo em desistir de amamentar. A minha intervenção junto destas mães passou pelo cuidar dos seus filhos, mas também no apoio durante a amamentação, esclarecendo que o aleitamento materno é relevante no desenvolvimento e saúde das crianças. Assim, incentivei estas mães a continuarem a extrair leite com bomba, no sentido de assegurar a produção do mesmo, para o poder armazenar e acondicionar de forma correta e assim ser administrado ao bebé posteriormente. Outro aspeto relativo à promoção do aleitamento materno exclusivo foi a informação que proporcionei às mães sobre a importância e os benefícios do mesmo.

O momento da hospitalização é encarado de diferentes formas pela criança, esta vivência será influenciada pela idade da criança, o seu estágio de desenvolvimento, experiências anteriores (internamentos, idas a instituições de saúde), bem como a capacidade para lidar com a situação. A família da criança deve ser vista como uma constante na sua vida, reconhecendo os profissionais o dever de a respeitar, de a apoiar, de a encorajar e de potencializar as suas competências (Hockenberry e Barrera, 2014). O momento da hospitalização é considerado um momento de grande tensão numa família, e partindo do pressuposto que a família é a primeira responsável pelos cuidados à criança, a enfermagem deverá centrar o seu cuidado na família e não apenas na criança. Ao longo da prestação de cuidados consegui reconhecer o impacto que a doença e a hospitalização podem causar numa criança, atendendo à sua particular vulnerabilidade, uma vez que possuem uma linha de defesa mais limitada para enfrentar situações de stress (Barros, 2006).

O SUP caracteriza-se por ser um serviço de grande complexidade, quer em termos dos cuidados que se prestam, como das emoções que se vivenciam. Durante a prestação de cuidados neste contexto percebi que as emoções dos pais são muito intensas e que a sua capacidade de compreensão poderá estar comprometida face ao stress da situação. Como futura EEESCJ é essencial estar atenta às necessidades da criança e dos pais como a informação, a proteção e o respeito, no sentido de lhes dar resposta e valorizar a situação de crise pela qual o sistema

familiar está a passar, trabalhando em conjunto com ela e criando uma relação de parceria que vise os melhores resultados.

No que se refere à gestão dos cuidados, a minha foi crescente ao longo do tempo de estágio proporcionando-me capacidade para tomadas de decisão autónomas e fundamentadas tendo presente sempre o binómio alvo dos meus cuidados, tempo e prioridades.

Por último e tendo em conta a filosofia dos CCF, considero estas situações mais difíceis pelo impacto que a doença aguda e grave provoca no sistema familiar. Assim, partindo desta premissa, enquanto futura EEESCJ é essencial perceber que as minhas intervenções deverão ser ponderadas e dirigidas no sentido de minimizar os efeitos que todo o processo de doença provoca na criança, família e enfermeiro, sobretudo nos cuidados à criança em situação crítica, bem como na capacitação da família para lidar com esta situação.

## **2.5. Consulta Externa de Pediatria**

O último contexto deste percurso que rumou à aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIJ, foi na Consulta Externa de Pediatria. O estágio desenvolvido naquele que é o meu serviço de prestação de cuidados, decorreu de 9 de janeiro a 10 de fevereiro de 2017. A escolha deste local de estágio prendeu-se com o meu foco de atenção para este estágio – A Obesidade infantil e a vontade de desenvolver um projeto de melhoria de cuidados de enfermagem nesta área. Assim defini como objetivos para este contexto:

- Desenvolver uma Consulta de Enfermagem para a Criança e Jovem com Excesso de Peso e Obesidade;
- Integrar a Consulta de Enfermagem na abordagem multidisciplinar das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade;
- Promover a mudança e a adesão a comportamentos saudáveis e duradouros permitindo o tratamento e prevenção da obesidade Infantil.

A prestação de cuidados de enfermagem neste serviço desenvolve-se em 3 vertentes: consulta de enfermagem, sala de tratamentos e hospital de dia pediátrico.

O Ministério da Saúde citado por OE (2012, p.1) define consulta de enfermagem como sendo

“... uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

A consulta de enfermagem possibilita assim ao enfermeiro conhecer melhor o seu cliente e, conseqüentemente procurar uma melhor resolução para os problemas identificados mesmo que por outros profissionais de saúde (Vanzin e Nery citado por Gomes e Nunes, 2006) sendo esta considerada uma atividade que deve ser desenvolvida pelos enfermeiros tanto nos cuidados primários, como nos cuidados secundários e terciários (Gomes e Nunes, 2006). Esta atividade assume ainda especial importância, na identificação de problemas de saúde, bem como a implementação de cuidados de enfermagem que vêm contribuir para a promoção, proteção, recuperação e/ou reabilitação da criança, refletindo-se assim numa melhoria da qualidade de vida (Bretas e Ribeiro citado por Gomes e Nunes, 2006).

Hockenberry e Barrera (2014) afirmam que esta melhoria dos cuidados é atingida quando se tem capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, de modo a conseguirmos promover a saúde e prevenir a doença, num suporte de aconselhamento, colaboração e confiança. A OE (2011), define as áreas de atenção do EEESCJ tornando claro que os seus focos de intervenção são: a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, proporcionando a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, através da orientação antecipatória às famílias, principais cuidadores; a gestão do bem-estar da criança; e a deteção precoce, bem como o respetivo encaminhamento, de situações que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança e sua família (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

O EEESCJ em parceria com a criança e sua família tem o dever de estabelecer atividades promotoras do desenvolvimento independentemente do contexto onde a criança se encontre, fornecendo orientações aos pais; promovendo o mais elevado estado de saúde possível; prestando cuidados à criança saudável ou doente e família; proporcionando educação para a saúde; identificando as necessidades de cuidados e mobilizando os diferentes recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2010).

A OE (2010, p.69) vem ainda reforçar que, “no que concerne à Saúde infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem (...)”.

Na CEP procura-se dar resposta a várias áreas de especialidade, objetivando-se a prestação de cuidados de saúde diferenciados, onde todas as crianças antes de irem à consulta médica, têm uma consulta de enfermagem. Na CEP são consultadas crianças encaminhadas do SUP, do internamento de pediatria, do médico de família e da consulta de outros hospitais com patologia crónica maioritariamente. Neste contexto também são realizadas consultas de vigilância infantil a crianças saudáveis, que não tenham médico de família atribuído.

Na consulta, é realizada a apreciação da criança e família. É feita a história de saúde da criança, nomeadamente a avaliação dos parâmetros antropométricos, sinais vitais, alergias, história de antecedentes pessoais e familiares, avaliação das atividades de vida diária e avaliação do desenvolvimento com recurso à escala de avaliação de Mary Sheridan, que são documentados informaticamente. A avaliação de desenvolvimento infantil é uma das atividades essenciais na consulta de enfermagem e de acordo com a OE (2010, P.72)

“para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. (...) todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento. Desse modo, poderão receber tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança e família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida.”

No desenvolvimento da consulta, os problemas de enfermagem da criança e família são identificados e são fornecidas orientações que visam a prevenção e promoção da saúde da criança e família.

Como já foi referido anteriormente é elevado o número de crianças e adolescentes seguidas na consulta com excesso de peso e obesidade. O acompanhamento destas crianças é realizado por uma pediatra e nutricionista em consultas alternadas, de modo a que se consiga pelo menos um seguimento de 3 em 3 meses. Apenas em casos considerados muito graves a criança é seguida por uma psicóloga.

Perante a identificação da necessidade da existência de uma consulta de enfermagem, que veja a criança e família com um olhar holístico, o enfermeiro caracteriza-se por ser um profissional com capacidade para desenvolver atividade de promoção da saúde e prevenção de doença, sendo que o EEESCJ deverá ter ainda a capacidade de procurar estratégias para intervir na sua área de atuação, que incentivem a alteração de comportamentos prejudiciais à saúde.

Uma vez que já existe intervenção dos pediatras da endocrinologia e da nutricionista junto das crianças com excesso de peso e obesidade tive necessidade de reunir com estes profissionais. Tivemos duas reuniões em conjunto. A 1ª reunião teve como intuito apresentar o meu projeto que visa a melhoria de cuidados de saúde à criança com obesidade, através do desenvolvimento e da implementação de uma consulta de enfermagem para estes clientes e família. A 2ª reunião teve como objetivo perceber quais as dificuldades que as médicas e a nutricionista sentem no tratamento das crianças com esta patologia. Assim, as dificuldades identificadas foram:

- Elevada taxa de abandono das consultas;
- Fraca motivação individual e familiar para a mudança;
- Dificuldade no agendamento de próximas consultas com menor periodicidade pelo elevado número de criança que são seguidas;
- Ausência de estratégias (nacionais e institucionais) para combater a epidemia.

O objetivo primário da abordagem da obesidade infantil consiste na adoção de estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente no aspetos relacionados com a alimentação e atividade física, pelas crianças, adolescentes assim como por toda a família (Barlow e Spear citado por Carvalho, Carmo, Breda e Rito, 2011).

No decorrer do estágio na CEP realizei consultas de enfermagem à criança com obesidade e percebi que o tempo previsto para as consultas de enfermagem, neste serviço, não é suficiente para as intervenções que são necessárias.

Nestas consultas pude identificar várias situações de famílias que valorizam pouco o peso da criança com pré-obesidade e obesidade, levando conseqüentemente à ausência de medidas que promovam a mudança comportamental dos filhos. Perante esta realidade é importante que os programas de intervenção sejam dirigidos para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis e da prática de exercício físico, procurando transmitir aos pais orientações neste sentido e ajudá-los a encontrar estratégias educativas e eficazes de modo a evitar conflitos, ajudando a que o processo de perda de peso seja o menos desagradável, para toda a família.

Consciente das dificuldades que irei encontrar face ao descontrole crescente da epidemia do excesso de peso, proponho uma intervenção de enfermagem dirigida à criança e família trabalhando em parceria com os pediatras e nutricionista.

#### 2.5.1. Proposta de Desenvolvimento de Consulta de Enfermagem

O tratamento da obesidade em crianças e adolescentes deve ser personalizado, adaptado à idade, ao grau de obesidade, às complicações metabólicas e às repercussões físicas e emocionais (OMS, 2000). Neste sentido, proponho:

- Criação de uma consulta de enfermagem específica para as crianças com esta patologia com mais tempo, com o objetivo de sensibilizar estas crianças/jovens e suas famílias para a alteração de estilos de vida, sendo para isso necessário incentivar e orientar para que aconteça uma mudança comportamental;

- A existência da consulta de enfermagem entre as consultas da pediatra e da nutricionista, diminuindo o tempo de vinda ao hospital mantendo o foco no objetivo da perda de peso;
- A ocorrência periódica de reuniões multidisciplinares, para discussão dos casos mais graves, com o objetivo de serem encontradas novas estratégias que conduzam à mudança de comportamento e conseqüentemente à perda de peso;
- Promoção de formação conjunta, pediatra, nutricionista e enfermeiro, dirigida à equipa multidisciplinar sobre a prevenção e intervenção na obesidade infantil, com o objetivo de sensibilizar a todos os profissionais para esta problemática, uniformizar a linguagem e definir a área de intervenção de cada profissional;

Golan et al. citado por Carvalho et al., (2011) referem que uma abordagem em ambiente familiar, onde os pais funcionam como os agentes exclusivos da mudança, é mais benéfica face a abordagem convencional, onde as crianças funcionam como os únicos agentes de mudança. Apesar de não existir nenhum modelo padrão na abordagem da obesidade infantil, Carvalho et al. (2011, p.154) referem que “(...) as intervenções em ambiente familiar de base comportamental que incorporam modificações ao nível da alimentação e da actividade física parecem ser as mais efetivas no controlo do peso corporal”.

O ambiente familiar, particularmente a estrutura e o funcionamento da própria família são fatores determinantes e importantes para o sucesso da abordagem da obesidade infantil, sendo que as intervenções em ambiente familiar parecem motivar os pais das crianças na mudança comportamental, nomeadamente dos comportamentos que estão relacionados com a alimentação e atividade física de toda a família (Carvalho et al., 2011).

A prevenção e o tratamento da obesidade não devem ser consideradas uma tarefa individual, é uma responsabilidade dos pais, dos profissionais de saúde, da

escola, da sociedade (Lourenço, 2015).

- A intervenção passará por sugerir estratégias comportamentais (tabela 1).

**Tabela 1- Estratégias comportamentais na abordagem da obesidade infantil**

Estratégia	Exemplos
<b>Controlo do Ambiente</b>	Eliminar os refrigerantes de casa; Reduzir o tamanho das porções: servir as refeições diretamente nos pratos e optar por pratos de sobremesa; Substituir alimentos de elevada densidade energética por hortícolas e frutos frescos; Retirar a televisão dos quartos das crianças e limitar o tempo destinado a ver televisão, <i>tablets</i> , ou jogos de computador a 1-2h por dia;
<b>Monitorização dos comportamentos</b>	Registar o número de refrigerantes, porções de hortícolas e frutos consumidos diariamente Estabelecer o número de horas por semana destinadas a ver televisão Registar o peso corporal semanalmente Fazer um diário alimentar e do exercício físico
<b>Estabelecimento de Objetivos</b>	<u>Objetivos individuais para a criança:</u> "Vou substituir os refrigerantes por água" "Vou comer fruta fresca ao lanche" "Só vou ver televisão, jogar jogos eletrónicos sem movimento e estar ao computador depois de ter feito os trabalhos de casa e no máximo 7 horas por semana"  <u>Objetivos individuais para os pais:</u> "Vou dar os parabéns ao meu filho sempre que ele alcance um objetivo estabelecido previamente" "Vou rever diariamente o diário alimentar com o meu filho" "Vou caminhar com o meu filho pelo menos 3 vezes por semana"  <u>Objetivos para a família:</u> "Não vamos comprar refrigerantes para casa" "Todas as refeições vão ser servidas na cozinha diretamente nos pratos de sobremesa" "Vamos disponibilizar diariamente frutos frescos e hortícolas em casa" "Não vamos ver televisão à hora das refeições"
<b>Recompensa pelos objetivos alcançados</b>	Dar os parabéns à criança sempre que esta alcance um objetivo, recompensando-a através da elaboração de uma atividade, como por exemplo: ir ao mercado comprar o seu fruto preferido, dar um passeio, comprar uma peça de roupa que a criança goste, etc. Evitar os seguintes comportamentos: Dar alimentos ricos em açúcares e gorduras (guloseimas, bolos, gelados), dar dinheiro, dar bens materiais muito caros

Adaptado de: Carvalho et al., 2011



### 3. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A competência consiste num saber e num agir responsável, que implica mobilizar, integrar e ainda ter a capacidade de transferir conhecimentos, recursos e habilidades (Fleury e Fleury, 2001). Neste sentido, ao relacionarmos o conceito de cuidados de enfermagem com o conceito de competência profissional, pressupõe-se um processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes.

Durante o estágio, o processo de desenvolvimento de competências aconteceu de forma gradual ao longo de todos os contextos de cuidados. Segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (p.8648),□

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

De acordo com o mesmo regulamento, espera-se que o enfermeiro especialista detenha competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste sentido ao longo dos diferentes contextos de cuidados para adquirir as competências comuns de enfermeiro especialista prestei cuidados com respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais; promovi cuidados de qualidade baseados na evidência científica; sugeri a criação de projetos institucionais, como o desenvolver de uma consulta de enfermagem; e geri os cuidados em articulação com as Enfermeiras Orientadoras e os restantes elementos da equipa de saúde.

As competências específicas do EESIP que se encontram definidas no nº 1 do Artigo 4º do Regulamento no 123/2011 de 18 de Fevereiro e são: 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.

Nesta lógica de aquisição de competências e tendo em conta a reflexão sobre

as vivências em cada contexto, e respeitando o que é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, acerca da Promoção da Saúde considero ter **assistido a criança e família, na maximização da sua saúde** através do uso de estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde, mais especificamente através da realização de educação para a saúde em várias áreas, consoante as necessidades individuais identificadas e a faixa etária da criança/adolescente, como por exemplo, alimentação e estilos de vida saudáveis e a sua importância para o controle do peso, hábitos de higiene, prevenção de acidentes, papel parental, entre outros, criando e aproveitando as oportunidades para trabalhar com a família, a criança e/ou o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2010). Considero ter proporcionado um conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença.

A minha prestação de cuidados durante o SUP permitiu-me desenvolver a competência **cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade**. Participar e prestar cuidados a criança e jovens com situações de saúde aguda, em algumas situações com risco de vida, permitiu-me desenvolver o meu sentido de observação intencional e perspicaz junto da criança que apresente instabilidade das funções vitais, consolidando o conhecimento perante a atitude que se pretende que seja de vigilância e preventiva. Para tal, o EEESCJ deve ter conhecimentos sobre a sintomatologia que a criança apresenta e ter a sensibilidade para reconhecer sinais de alarme. O domínio do conhecimento sobre a terapêutica utilizada a fim de evitar situações emergentes é outra competência do enfermeiro que cuida das crianças com situação de doença aguda, como sendo no Serviço de Urgência ou na UCINT. A capacidade de mobilizar os conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação dos focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória durante os cuidados desenvolvidos na triagem, foi outra das competências que este posto me permitiu desenvolver.

O desenvolvimento de capacidades no domínio da competência do enfermeiro que **“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da**

**criança/jovem, otimizando as respostas”** (OE, 2010, pág. 4), foi desenvolvida ao longo de todos os contextos pelos quais passei. No desempenho das minhas funções, no meu local de trabalho, tenho contato de proximidade com a criança e família que apresentam ansiedade e stress relacionado com a situação de saúde da criança e família causada muitas vezes pelo medo do desconhecido, da possibilidade de separação por internamento e dos procedimentos realizados. Neste sentido, houve sempre grande preocupação em envolver os pais em todos os procedimentos, convidando-os a permanecer junto da criança. Também a minimização da dor durante os procedimentos, através da distração com *tablets* (punção venosa, colheita de sangue), aplicação de anestésicos locais (colheitas de sangue, administração de terapêutica intramuscular e punção venosa), medicação analgésica (realização de pensos de queimaduras), implementação de medidas não farmacológicas no controlo da dor como a sacarose a 24% oral e amamentação (vacinação, venopunção, gasimetria) em crianças até ao ano de vida, são exemplos de alguns dos princípios dos cuidados não traumáticos que realizei e que após o estudo desta temática assumem ainda uma maior relevância nos meus cuidados.

Hoje, depois do Estágio, enquanto futura EEESCJ, defendo e assumo como essencial o desenvolvimento de estratégias de bem-estar que minimizem o sofrimento global da criança e família bem como o impacto do processo de hospitalização.

Em diferentes contextos de estágio, nomeadamente na Consulta de Enfermagem às crianças/jovens que apresentam Diabetes, procurei promover a adaptação das crianças e famílias à sua situação de doentes crónicos. O trabalho com estas famílias passou por um conjunto de intervenções, nomeadamente a educação para a saúde, alertando para a modificação de alguns comportamentos do dia-a-dia, diminuição do impacto emocional através do estabelecimento de uma relação de abertura e diálogo, no sentido facilitar a expressão dos significados e emoções atribuídos à doença (Santos e Figueiredo, 2013). Durante o Estágio não tive oportunidade de cuidar com situação de doença rara.

Nas consultas de saúde infantil com a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e da constante promoção do desenvolvimento da parentalidade. No sentido promover uma melhor compreensão, tentei sempre comunicar de modo

apropriado ao estágio de desenvolvimento da criança e à cultura familiar, conseguindo em todo o processo diagnosticar e intervir o mais precocemente possível nas doenças comuns, minimizando os danos que as mesmas podiam causar afetando a qualidade de vida da criança/jovem e sua família, através da partilha de conhecimentos e mobilização de recursos. Na UCIN, também consegui promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais, através do desenvolvimento da parentalidade, através da transmissão de conhecimentos sobre as competências do recém-nascido e da promoção da sua interação com os pais. Esta interação foi conseguida através da mobilização de estratégias para promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido, através da prestação de cuidados pelos mesmos (promoção da amamentação, prestação de cuidados de higiene, método canguru, entre outras).

O percurso agora colocado em papel proporciona uma visão crescente do caminho para o desenvolvimento das competências de EEESCJ que considero ter atingido. As diferentes experiências formativas, quer em sala de aula, quer através da realização de trabalhos escritos, prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos, debates com o grupo de pares e enfermeiras orientadoras sobre os cuidados prestados, permitiram-me o adquirir e o desenvolver de competências em vários domínios, como sendo no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que irão contribuir a excelência dos cuidados de enfermagem especializados e diferenciadores. Pelo que atrás foi referido penso que desenvolvi competências na **prestação cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança.**

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração do presente relatório procurei espelhar todo o meu percurso formativo durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório, sendo que, para a sua consecução mobilizei os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica. Os contributos dos diversos conteúdos teóricos e teórico-práticos das diferentes unidades curriculares permitiram-me um olhar diferente par os cuidados especializados à criança, ao jovem e família, nos diversos contextos. Durante o Estágio as experiências nos diferentes contextos revelaram-se enriquecedoras, na medida em que as vivências diárias obrigaram a um aprofundamento baseado na evidência científica e conduziram à constante necessidade de reflexão e análise, contribuindo desta forma para o desenvolvimento do meu juízo crítico fundamentado. Esta articulação entre as vivências nos contextos, em diálogo com a evidência científica, permitiu-me o desenvolvimento de competências de enfermagem a um nível avançado, como é esperado de um enfermeiro especialista.

A Enfermagem da Criança e do Jovem enfrenta grandes desafios. Situações como as grandes dificuldades socioeconómicas que as crianças e suas famílias apresentam, a sobrevivência de crianças pré-termo e com patologias graves, o aumento da esperança de vida das crianças com doença crónica, rara e deficiência, ou ainda em cuidados paliativos, são situações que exigem do EEESCJ uma sólida formação que lhe permita cuidar com qualidade destes clientes.

Cuidar em pediatria significa envolver a criança saudável ou doente e a pessoa significativa para ela, ou seja prestar cuidados centrados na família. Neste sentido é impreterível que o EEESCJ adquira conhecimentos e experiência clínica, que lhe permitam prestar cuidados a todas as crianças, tanto nas diferentes faixas etárias, como nas diferentes culturas tendo em conta as suas diversidades, particularidades e a sua complexidade.

Ao EEESCJ, cabe desenvolver conhecimentos assim como a aquisição de competências neste domínio específico da enfermagem, pois só assim será competente na prestação de cuidados à criança e família tendo em consideração os

seus processos de saúde e doença, permitindo intervenções de elevado nível que vão de encontro às reais necessidades identificadas.

Especificamente em relação ao meu foco de atenção especial, a Obesidade Infantil, dada a complexidade que envolve a temática, tenho consciência que existe um longo caminho a percorrer com algumas dificuldades que terão de ser ultrapassadas e para as quais espero contribuir positivamente com as intervenções de enfermagem a um nível mais avançado. A minha intervenção passará por dois níveis que se desenvolverão em simultâneo. Integrada na equipa de saúde, a minha intervenção passará pela sensibilização dos enfermeiros e dos outros profissionais para a problemática da obesidade infantil e na defesa da implementação de uma consulta de enfermagem enquanto meio necessário e indispensável para a mudança comportamental individual e familiar e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida desta população. Ao nível da prestação de cuidados junto da criança e família terá a ver com a sensibilização e o fortalecimento da responsabilidade parental no combate e na prevenção da patologia.

A realização desta reflexão, mais profunda, apresentada em forma de relatório, proporciona uma visão global e integrada, do processo evolutivo e crescente para o pensar de enfermeira especialista, com a noção clara que o EEESCJ é o profissional mais capacitado para gerir recursos. O EEESCJ presta cuidados de enfermagem interpretando o seu cliente como um ser único e holístico, é o elo de ligação entre os diversos serviços e instituições, e é ainda considerado um mobilizador de recursos, garantindo que os ganhos em saúde sejam efetivamente uma realidade.

Nesta reta final deste meu percurso, sinto-me uma enfermeira diferente, com mais conhecimento e mais realizada. Diferente na forma de ver as situações, na capacidade de as ajudar a ultrapassar e na forma como me relaciono com as pessoas de quem cuido e como as valorizo. Sinto-me realizada, pela consciência que tenho das minhas capacidades, assim como pela disponibilidade física e emocional para estar com a criança e família nas situações de saúde e doença; quando sou reconhecida pelos clientes e pelos pares pelas minhas intervenções diferenciadoras e pela tomada de decisão consciente, responsável e eficaz. Tenho a certeza que a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é um marco determinante neste processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alligood, M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed.). St. Louis: Elsevier.

American Academy of Pediatrics (2012). Patient-and-Family-Centered Care and the Pediatrician's Role - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. *Pediatrics*. 129 (2). 394-404.

Araújo, A. (2010) Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em *Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. [https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:agregador.ibict.br.BDTD\\_UFPE:oai:repositorio.ufpe.br:123456789/9204](https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:agregador.ibict.br.BDTD_UFPE:oai:repositorio.ufpe.br:123456789/9204)

Askin, D. & Wilson, D. (2014) Recém-nascido de Alto Risco e a Família In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência

Associação Portuguesa de Combate à Obesidade Infantil (2017). Acedido em 21/5/2016. Disponível em: <http://www.apcoi.pt/>

Barros, M. L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.) (pp. 297–316). Coimbra: Quarteto Editora.

Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista saúde & tecnologia*,16-21.

Benner P., (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Casey, A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E.A., Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. Londres: Scutari Press.

Carvalho, M., Carmo, I., Breda, J. & Rito, A. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 148-156.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*. (2<sup>o</sup>ed). Loures: Lusociência  
Direção-Geral da Saúde (2005a). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2.<sup>a</sup> ed.) Loures: Lusodidacta.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2016). *Documento orientador: Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Ferreira J., (2010). *Prevalência de Obesidade Infanto-Juvenil: Associação com os hábitos alimentares, atividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10362/4263>

Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. RAC, Edição Especial. 183-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

Gomes, R. M., & Nunes, C B. (2006). Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 10 (1), 223-237.

Harrison, T. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nurse*. 25(5). 335–343.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, J. & Barrera, P. (2014) Perspetivas de Enfermagem Pediátrica In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ªed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

Lourenço, M. (2015). *Obesidade Infantil. Prevenir é a Melhor Opção*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/02/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 1/2/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Parecer MCEESIP Nº 04/2010. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer MCEESIP Nº 3/2012. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Parecer MCEESIP Nº 13 / 2013. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, 3 (1), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE. Série 1, nº 8.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros .

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation of Obesity*. Geneva: OMS Press.

Organização Mundial de Saúde (2006). Especial Crescimento Infantil: OMS estabelece padrão universal de desenvolvimento para as crianças. *Notícias e informações sobre saúde*. Disponível em: <http://www.news.med.br/p/especial+crescimento+infantil++oms+-1276.html>

Organização Mundial de Saúde (2006). *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade*. Istambul: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*. Copenhaga: OMS.

Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in Nursing Practice*. (4º ed.). New Jersey: Pearson.

Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in Nursing Practice*. (6º ed.). New Jersey: Pearson.

Rego, C & Peças, M. (2007). *Crescer para Cima – Como Prevenir ou Tratar a Obesidade da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Obras em Curso.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série, nº 35 (18-2-2011), 8648- 8653.

Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª série, nº 35 (18-2- 2011), 8653-8655.

Rito, A., Graça P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Sanders, J. (2014) Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência

- Santos, C. Q., & Figueiredo, M. C. B. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, III (9), 55-65.
- Sakraida, T. J. (2004). Nola J. Pender: Modelo de promoção da saúde. In: M. R. Alligod & A. M. Tomey (Coords). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª ed. (p.699-709). Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2008). *Manual para os pais de Bébés prematuros*. Lisboa: SPP: Secção de Neonatologia.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25 (2), 24-28.
- Testa, A., Lavrador, M., Barraca, S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Referência*, 8, 79-83.
- Vasylyeva, T., Barche, A., Chennasamudram, S., Sheehan, C., Singh, R. & Okogbo, M. (2013). Obesity in prematurely born children and adolescents: follow up in pediatric clinic. *Nutrition Journal*, 12, 150.
- Victor J., Lopes M. & Ximenes L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 235-240. Consultado a 22 de Junho de 2016, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Cronograma de Estágio**

UNIDADE	HOSPITAL	2016														2017									
		SET	OUT				NOV				DEZ				JAN				FEV						
		26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
		30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
UCIN	HFF													Férias de Natal											
CEP	HSM																								
DCI	APDP																								
SUP	HBA																								
CEP	HBA																								
Relatório Final																									

UCIN- Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

CEP- Consulta Externa de Pediatria

DCI-Diabetologia da Criança e do Jovem

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

CEP- Consulta Externa de Pediatria

HFF-Hospital Fernando da Fonseca

HSM - Hospital de Santa Maria

APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

HBA- Hospital Beatriz Ângelo

## **APÊNDICE II**

Guia orientador do Estágio nos diferentes contextos

**1º OBJETIVO GERAL**

Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na Saúde da Criança e do Jovem nos diferentes contextos de prestação de cuidados em situação de saúde/doença.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS</b>	<b>LOCAL DE ESTÁGIO</b>
1.1. Analisar a dinâmica funcional do serviço;	1.1.1 Análise da estrutura física, funcional e organizacional dos respetivos serviços das diversas instituições, através da observação e da consulta de protocolos, políticas e normas internas; 1.1.2. Observação e colaboração nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, nos diferentes contextos de saúde/doença, com especial enfoque na prevenção e tratamento da obesidade infantil; 1.1.3 Integração na equipa multidisciplinar e organização nos diferentes serviços; 1.1.4 Análise da metodologia de trabalho adotada pelas equipas de enfermagem, nos diferentes campos de estágio; 1.1.5 Observação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos e centrados na família; 1.1.6. Reflexão sobre a prática nos diferentes contextos e situações.	EESIP Orientador; Normas e protocolos dos serviços; Bases de dados da ESEL Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência;	<b><u>APDP:</u></b> <b><u>CEP HBA:</u></b> <b><u>CEP HSM:</u></b> <b><u>SUP HBA:</u></b> <b><u>UCINP HFE:</u></b>  De 26 Setembro 2016 a 10 Fevereiro 2017;
1.2. Analisar a filosofia e princípios orientadores dos cuidados do EESIP na equipa multidisciplinar;	1.2.1. Consulta, leitura e discussão com os EESIP de documentos como guias orientadores, protocolos de atuação para conhecer a sua intervenção na equipa disciplinar; 1.2.2. Síntese reflexiva das atividades observadas e discutidas .	EESIP Orientador; Bases de dados e Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência;	<b><u>APDP:</u></b> <b><u>CEP HBA:</u></b> <b><u>CEP HSM:</u></b> <b><u>SUP HBA:</u></b> <b><u>UCINP HFE:</u></b>  De 26 Setembro 2016 a 10 Fevereiro 2017;

**1º OBJETIVO GERAL (continuação)**

Desenvolver Competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na Saúde da Criança e do Jovem nos diferentes contextos de prestação de cuidados em situação de saúde/doença.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	LOCAL DE ESTÁGIO
1.3. Prestar cuidados de enfermagem à criança nos diferentes contextos e nos três níveis de prevenção de acordo com a idade, o desenvolvimento e o estado de saúde da criança	1.3.1.Desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família nos diferentes contextos de cuidados; 1.3.2.Prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação crítica de saúde 1.3.3.Participação na prestação de cuidados à criança e ao jovem com doença aguda/crónica e à sua família; 1.3.4.Avaliação, registo e interpretação de parâmetros de crescimento e desenvolvimento; 1.3.5.Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; 1.3.6.Leitura de bibliografia de referência relacionada com os cuidados de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção.	EESIP Orientador; Bases de dados e Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência;	<b><u>APDP:</u></b> <b><u>CEP HBA:</u></b> <b><u>CEP HSM:</u></b> <b><u>SUP HBA:</u></b> <b><u>UCINP HFF:</u></b>  De 26 Setembro 2016 a 10 Fevereiro 2017;

**2º OBJETIVO GERAL**

Desenvolver competências para a Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados na Saúde da Criança/ Jovem e família com Excesso de Peso e Obesidade.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS</b>	<b>LOCAL DE ESTÁGIO</b>
2.1. Aprofundar conhecimentos na área da obesidade Infantil	2.1.1. Leitura e pesquisa bibliográfica sobre: - Epidemiologia da Obesidade Infantil; - Etiologia e agentes causais da Obesidade; - Classificação da Obesidade; - Principais fatores de risco associados à obesidade; - O impacto da Obesidade na Criança e no Jovem;	Bases de dados da ESEL; Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência.	<b>CEP HSM</b> : de 17 de Outubro de 2016 a 11 de Novembro de 2016; <b>APDP</b> : de 14 de Novembro de 2016 a 25 de Novembro de 2016; <b>CEP HBA</b> : de 9 Janeiro 2017 a 10 Fevereiro 2017.
2.2. Saber o estado da arte relacionada com os cuidados de enfermagem da criança com excesso de peso e família	2.2.1. Elaboração da scoping review relativamente às intervenções de enfermagem a Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade.		
2.3. Observar a prestação de cuidados de enfermagem a Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade	2.3.2. Análise e discussão com os EEESIP para reconhecer as estratégias utilizadas na abordagem da Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade; 2.3.3. Síntese reflexiva das atividades observadas .	EESIP Orientador; Bases de dados e Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência.	<b>CEP HSM</b> : de 17 de Outubro de 2016 a 11 de Novembro de 2016.
2.4. Participar na prestação de cuidados de enfermagem a Criança/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade	2.4.1. Identificação de causas de excesso de peso/obesidade; 2.4.2. Desenvolvimento de estratégias que ajudem as crianças e suas famílias à mudança de comportamentos alimentares e de sedentarismo; 2.4.3. Estabelecimento de uma relação terapêutica com vista à adesão a comportamentos de vida saudáveis; 2.4.3. Reflexão crítica das atividades desenvolvidas.	EESIP Orientador; Bases de dados e Centro de Documentação da ESEL; Bibliografia de Referência.	<b>CEP HSM</b> : de 7 de Outubro de 2016 a 11 de Novembro de 2016.

**3º OBJETIVO GERAL**

Implementar uma Consulta de Enfermagem para a Criança e Jovem com Excesso de Peso e Obesidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	LOCAL DE ESTÁGIO
3.1. Integrar a Consulta de Enfermagem na abordagem multidisciplinar das Crianças/Jovens com Excesso de Peso e Obesidade	3.1.1. Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar; 3.1.2. Planeamento e descrição das intervenções a serem desenvolvidas durante a consulta de enfermagem em articulação com as da restante equipa na prevenção e tratamento da Obesidade Infantil; 3.1.3. Discussão dentro da equipa de enfermagem dos documentos produzidos; 3.1.4. Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da consulta de enfermagem a crianças com excesso de peso.	EESIP Orientador; Equipa multidisciplinar; Bases de dados da ESEL; Centro de Documentação da ESEL; Bases de dados do HBA; Bibliografia de Referência.	<b>CEP HBA</b> : de 9 Janeiro 2017 a 10 Fevereiro 2017.
3.2. Promover a mudança e a adesão a comportamentos saudáveis e duradouros permitindo o tratamento e prevenção da obesidade Infantil	3.2.1. Compreensão/ exploração do contexto familiar de cada criança utilizando instrumentos adequados; 3.2.2. Desenvolvimento de estratégias adequadas que ajudem as crianças e suas famílias a integrar as mudanças alimentares na sua vida quotidiana (entrega de folhetos informativos) bem como para importância do exercício físico; 3.2.3. Educação das crianças e pais com vista ao desenvolvimento de competências, que permitam alterações de comportamento que previnam e/ou tratem da obesidade.	EESIP Orientador; Equipa multidisciplinar; Bases de dados da ESEL; Centro de Documentação da ESEL; Bases de dados do HBA; Bibliografia de Referência.	<b>CEP HSM</b> : de 17 de Outubro de 2016 a 11 de Novembro de 2016; <b>CEP HBA</b> : de 9 Janeiro 2017 a 10 Fevereiro 2017.

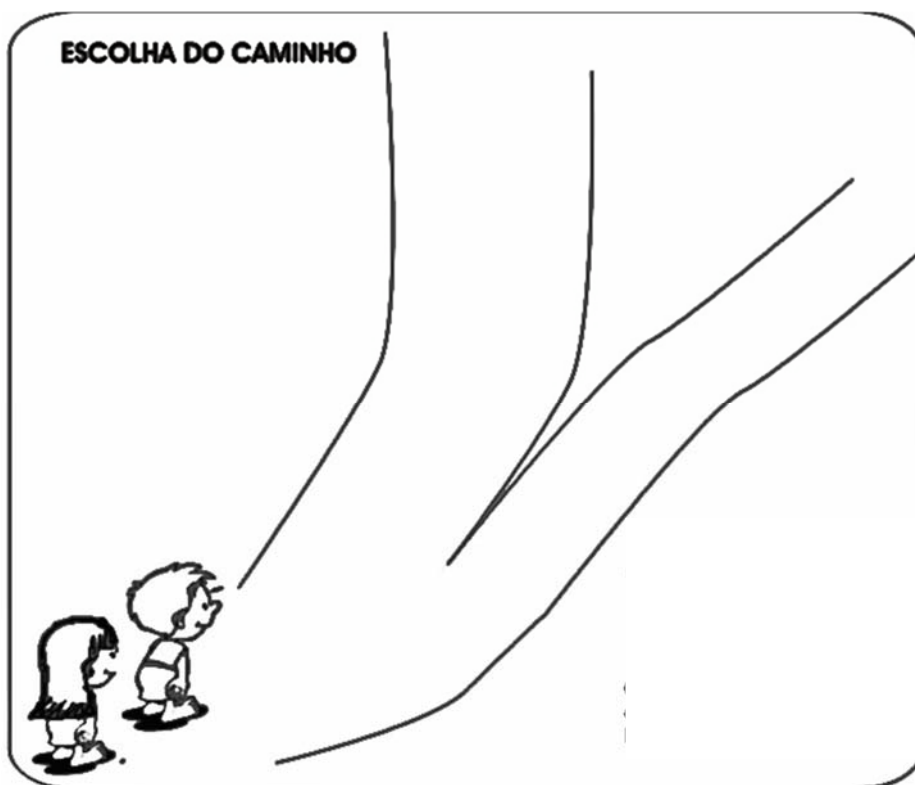
### **APÊNDICE III**

Instrumento de registos para a consulta de Enfermagem :

“O Caminho para a perda de peso”

# O CAMINHO PARA A PERDA DE PESO:

O MEU DIÁRIO ALIMENTAR E DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO



Hoje começa uma nova etapa, e queremos que saibas que grandes caminhadas fazem-se com pequenos passos, e que juntos vamos fazer com que eles surjam.

Todos sabemos que perder peso não é fácil.

Assim, aquilo que nós profissionais de saúde, a tua família e tu vamos trabalhar juntos ... é muito mais que apenas contribuir para a tua perda de peso.

Juntos vamos ajudar-te a construir uma nova visão sobre a importância de comer de forma saudável, de praticares exercício físico e acima de tudo de te sentires bem com as tuas escolhas.

Sabemos que o caminho nem sempre vai ser fácil, e que nem sempre vai correr bem ... mas queremos que saibas, que também nesses momentos te ajudaremos a compreender o que correu menos bem.

Hoje iniciamos um novo caminho ...  
e juntos vamos esforçarmo-nos para que consigas Perder Peso.

---

(O profissional)

---

(a criança/o adolescente)

---

(O familiar)

## PERDER PESO ENVOLVE :



## QUERES PERDER PESO? PORQUÊ?

---

---

---

Ao longo deste caminho vais sentir muitos sentimentos ...



**Irritação**



**Tristeza**



**Aborrecimento**



**Felicidade**

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

É importante compreenderes que para perder peso, terás de comer **várias vezes ao dia (3/3h)** e que saltar refeições engorda!

Realizar uma alimentação saudável, não significa fazer uma alimentação restritiva e monótona.



## PARA COMEÇAR, PRECISAMOS QUE SAIBAS QUE É IMPORTANTE:

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

## Deves fazer 5 a 6 refeições por dia ...

### Pequeno-Almoço:

- 1 copo de leite meio-gordo, um pão escuro, uma peça de fruta

### Lanche meio da manhã:

- 1 iogurte magro ou uma peça de fruta

### Almoço:

- 1 sopa de legumes
- prato: uma porção de peixe/carne, acompanhado de legumes ou salada e arroz, massa, leguminosas ou batatas;
- sobremesa: uma peça de fruta fresca

### 1º lanche da tarde:

- 1 iogurte magro ou uma peça de fruta

### 2º lanche da tarde:

- 1 iogurte magro ou uma peça de fruta

**Jantar** : (refeição semelhante à do almoço, de preferência menos abundante)

- 1 sopa de legumes
- prato: uma porção de peixe/carne, acompanhado de legumes ou salada e arroz, massa, leguminosas ou batatas;
- sobremesa: uma peça de fruta fresca

## EQUIVALÊNCIAS

<b>1 pão de mistura</b>	=	4 bolachas de água e sal	<b>ou</b>	6 bolachas maria	<b>ou</b>	4 tostas secas				
<b>1 pão de mistura</b>	=	2 fatias de pão de forma	<b>ou</b>	5 colheres de sopa de cereais (tipo CornFlakes)						
<b>1 copo de leite meio gordo (240 ml)</b>	=	2 iogurtes naturais	<b>ou</b>	1 iogurte de líquido magro						
<b>2 batatas médias</b>	=	4 a 6 colheres de sopa de arroz	<b>ou</b>	4 a 6 colheres de sopa de massa						
<b>1 batata média</b>	=	4 colheres de sopa de grão	<b>ou</b>	4 colheres de sopa de ervilhas	<b>ou</b>	4 colheres de sopa de feijão				
<b>1 maçã</b>	=	1 Laranja	<b>ou</b>	1 Pêra	<b>ou</b>	1 banana pequena	<b>ou</b>	12 morangos	<b>Ou</b>	2 fatias finas de melão
<b>Palma da mão</b>	=	Mesmo tamanho de carne	<b>ou</b>	Mesmo tamanho de peixe	<b>ou</b>	2 ovos cozidos				
<b>1 colher de chá de manteiga</b>	=	1 fatia de queijo	<b>ou</b>	1 fatia de fiambre	<b>ou</b>	½ de queijo fresco				

## O EXERCÍCIO FÍSICO

A atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. A atividade física adequada e desporto aliada a uma alimentação saudável constituem os pilares para um estilo de vida saudável.

- Crianças e Adolescentes necessitam de 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana.
- Para Controle de Peso: pelo menos 60 minutos diários de atividade física vigorosa/ moderada. <sup>2</sup>

Exemplos de exercício físico:

- Corrida;
- Desporto que envolva corrida: futebol, basquetebol...
- Dança: Zumba;
- Caminhadas;
- Andar de Biciclete;

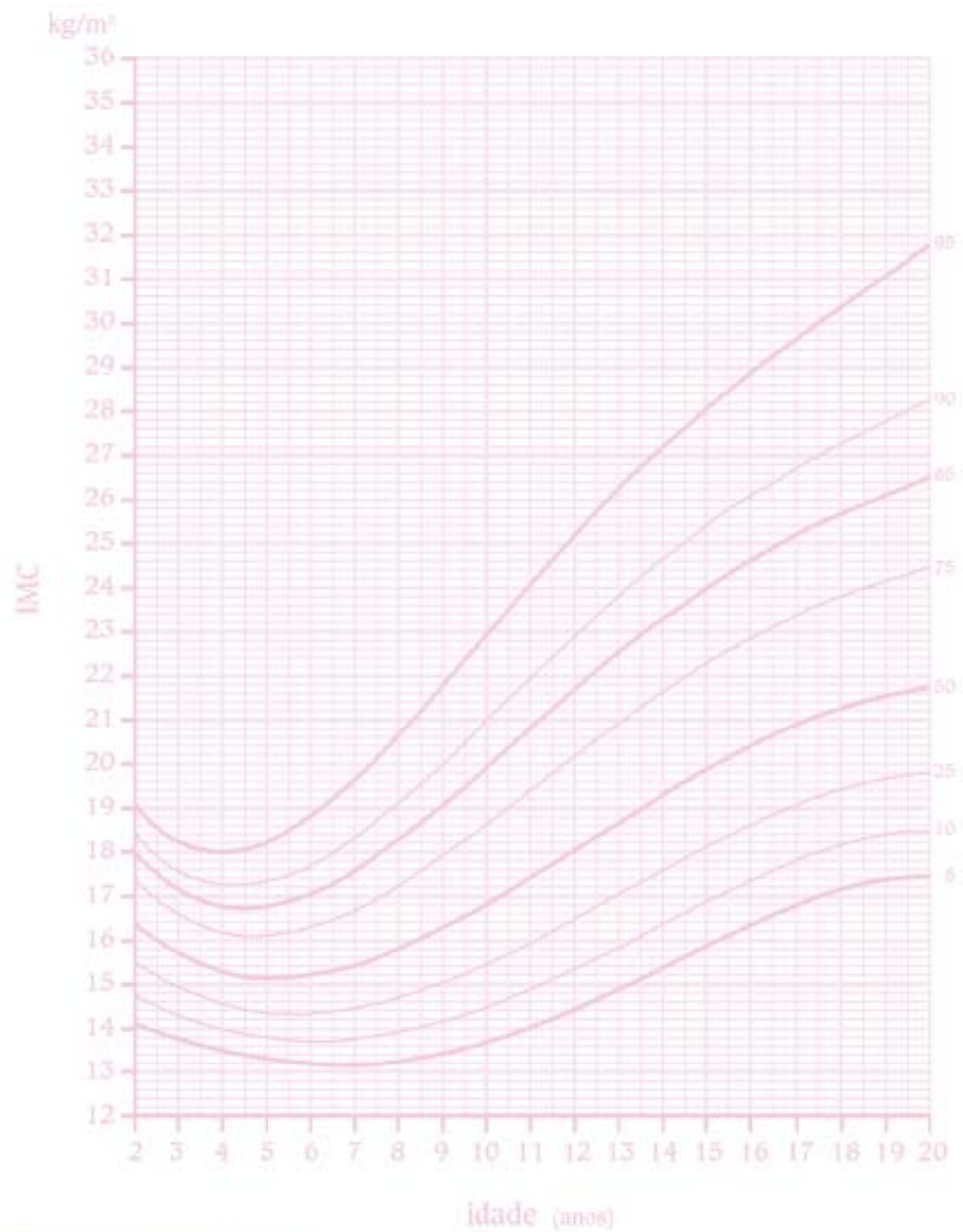


# Percentil de IMC

RAPARIGAS

*índice de massa corporal 2-20 anos*

---



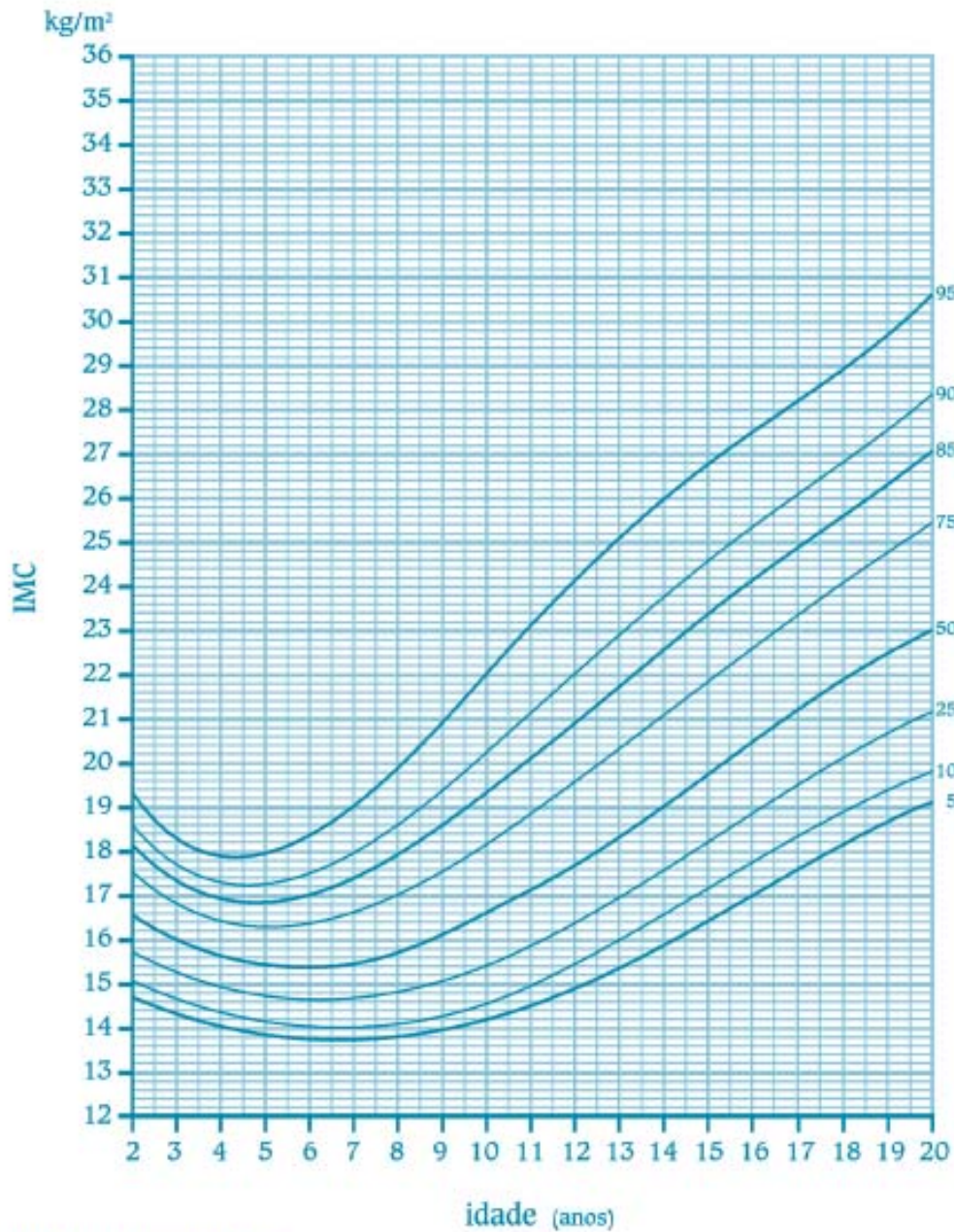
**OBESIDADE > percentil 95**

**EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95**

# Percentil de IMC

RAPAZES

## *índice de massa corporal 2-20 anos*



OBESIDADE > percentil 95

EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

## QUE COMI HOJE e o EXERCÍCIO QUE FIZ ?

	Pequeno – Almoço	Meio da Manhã	Almoço	1º lanche	2º lanche	Jantar	Exercício Físico
2ª F							
3ª F							
4ª F							
5ª F							
6ª F							
Sábado							
Domingo							

	Pequeno – Almoço	Meio da Manhã	Almoço	1º lanche	2º lanche	Jantar	Exercício Físico
2ª F							
3ª F							
4ª F							
5ª F							
6ª F							
Sábado							
Domingo							

## O QUE COMI HOJE e o EXERCÍCIO QUE FIZ ?

	Pequeno – Almoço	Meio da Manhã	Almoço	1º lanche	2º lanche	Jantar	Exercício Físico
<b>2ª F</b>							
<b>3ª F</b>							
<b>4ª F</b>							
<b>5ª F</b>							
<b>6ª F</b>							
<b>Sábado</b>							
<b>Domingo</b>							

	Pequeno – Almoço	Meio da Manhã	Almoço	1º lanche	2º lanche	Jantar	Exercício Físico
<b>2ª F</b>							
<b>3ª F</b>							
<b>4ª F</b>							
<b>5ª F</b>							
<b>6ª F</b>							
<b>Sábado</b>							
<b>Domingo</b>							

---

**O que mais te custou fazer?**

**O que menos te custou fazer?**

**O que vamos alterar até a próxima consulta?**

---

**(O profissional)**

**(a criança/o adolescente)**

**(O familiar)**

---