

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

A Prevenção da Obesidade Infantil em Crianças na Idade
Pré-Escolar:
Intervenção do Enfermeiro Especialista

Joana Martins Pereira da Rocha

Lisboa
2017



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


A Prevenção da Obesidade Infantil em Crianças na Idade
Pré-Escolar:
Intervenção do Enfermeiro Especialista

Joana Martins Pereira da Rocha

Orientador: Professora Doutora Maria Graça Vinagre

Lisboa
2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

O meu sentido agradecimento...

À Sr.^a Professora Doutora Graça Vinagre pelo incansável apoio, orientação, disponibilidade e compreensão nesta caminhada.

Ao meu marido e aos meus filhos pelos momentos que estive ausente, pelo vosso amor incondicional e por serem o meu porto de abrigo.

À minha mãe por ser uma super mãe e avó, sem o seu apoio esta caminhada não se teria concretizado e à minha sogra por estar sempre disponível.

Aos meus colegas da USF Vasco da Gama, a minha segunda casa, que mesmo sobrecarregados, permitiram e apoiaram este voo...

Aos profissionais com quem me cruzei pela partilha de conhecimentos e por contribuírem para o meu crescimento profissional.

Aos meus amigos, especialmente à Inês e à Rita, juntas construímos este caminho e aos colegas do 7º mestrado que tão bem me acolheram.

A todas as crianças e famílias por permitirem o meu crescimento e desenvolvimento, por me lembrarem que o melhor do Mundo são as crianças e que sem elas nada faria sentido...

“Um dia uma criança chegou diante de um pensador e perguntou-lhe: Que tamanho tem o universo?. Acariciando a cabeça da criança ele olhou para o infinito e respondeu: O universo tem o tamanho do seu mundo.”

Augusto Cury

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

COP - Consulta de Obesidade Pediátrica

CPTAS – *Canadian Pediatric Triage Acuity Scale*

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

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

ERMSM – Escala de Rastreio de Mary Sheridan Modificada

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

FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*

IPFCF - *Institute for Patient- and Family- Centered Care*

IMC – Índice de Massa Corporal

MAPICO - Mapeamento e Divulgação de boas Práticas em Projetos de Intervenção Comunitária na Área da Prevenção da Obesidade em Portugal

MEEESIP - Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

RN – Recém-Nascido

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCN - Unidade de Cuidados Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A Obesidade é considerada a epidemia global do século XXI pela Organização Mundial de Saúde. Nas últimas décadas verificou-se um grande aumento da prevalência do excesso de peso e Obesidade Infantil, reflexo das mudanças nos estilos de vida, principalmente em países desenvolvidos, atingindo todas as idades e grupos socioeconômicos. É urgente intervir e a prevenção aos três níveis é a melhor estratégia de intervenção (Pandita *et. al.*, 2016). É primordial diagnosticar e intervir precocemente, modificando comportamentos e hábitos de vida no que respeita ao padrão nutricional, atividade física e sono, essencialmente nos períodos críticos do seu desenvolvimento, a idade pré-escolar e adolescência (Sena & Prado, 2012). Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários são os primeiros a contactar e diagnosticar a obesidade infantil, logo desempenham um papel integral na sua prevenção (Avis, 2016). Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel fundamental no combate a esta epidemia, capacitando os pais para promoverem nas suas crianças e jovens um crescimento e desenvolvimento saudável e a aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis. Assim, revelou-se pertinente aprofundar conhecimentos na área da obesidade infantil e desenvolver competências ao nível das intervenções na sua prevenção. Foi traçado um percurso formativo, baseado na filosofia de cuidados centrados na família e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, com o objetivo de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem no cuidar ao recém-nascido/criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática e desenvolver estratégias de intervenção facilitadoras da promoção de saúde e prevenção da obesidade na criança em idade pré-escolar e família. Este relatório, através de uma análise crítica e reflexiva da prática, espelha as atividades desenvolvidas em diferentes contextos realçando o desenvolvimento de competências e o contributo dos conhecimentos adquiridos na prevenção da obesidade infantil e no desenvolvimento da prática profissional.

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Prevenção, Enfermeiro Especialista, Família.

ABSTRACT

Obesity is considered the global epidemic of the 21st century by the World Health Organization. In the last decades there has been a high increase in the prevalence of overweight and childhood obesity, reflecting changes in lifestyles, especially in developed countries, reaching all ages and socio-economic groups. It is urgent to intervene and prevention at three levels is the best intervention strategy (Pandita et al., 2016). It is essential to diagnose and intervene early, modifying behaviors and life habits regarding nutritional pattern, physical activity and sleep, essentially in the critical periods of their development, preschool age and adolescence (Sena & Prado, 2012). Primary Care professionals are the first to contact and diagnose childhood obesity, so they play an integral role in their prevention (Avis, 2016). In this regard, nurses play a key role in combating this epidemic, enabling parents to promote healthy growth and development and the acquisition and maintenance of healthy lifestyles for their children and young people. Thus, it was relevant to deepen knowledge in the area of childhood obesity and develop skills in prevention interventions. A training course based on the philosophy of family-centered care and the Betty Neuman Systems Model was designed to develop Nursing Specialist competencies in Child and Young Person's Nursing Care in the care of newborn / child / youth and family in different contexts of practice and develop intervention strategies that facilitate health promotion and prevention of obesity in pre-school children and the family. This report, through a critical and reflexive analysis of the practice, reflects the activities developed in different contexts highlighting the development of competences and the contribution of knowledge acquired in prevention of childhood obesity and in the development of professional practice.

Keywords: Childhood Obesity, Prevention, Specialist Nurse, Family.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUANDRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1.1. Criança em Idade Pré-escolar.....	12
1.2. Obesidade Infantil.....	14
1.2.1. Fatores de risco e complicações da obesidade.....	14
1.2.2. Prevenção da obesidade.....	16
1.2.3. Estratégias de intervenção na problemática da obesidade.....	18
1.3. Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	21
1.4. Cuidados Centrados na Família.....	24
2. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA - PERCURSO FORMATIVO.....	27
2.1. Análise e Reflexão sobre as Atividades e Competências Desenvolvidas em Estágio.....	27
2.1.1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) no Cuidar ao Recém-nascido/ Criança/Jovem e Família nos diferentes contextos da prática.....	29
2.1.2. Desenvolver Estratégias de Intervenção Facilitadoras de Promoção de Saúde e Prevenção de Obesidade Infantil.....	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS E APÊNDICES.....	62

Anexo I – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Planeamento das atividades, recursos e competências a desenvolver

Apêndice III – Plano de Sessão de Formação “*Obesidade Infantil – Dimensão do problema e a necessidade de intervenção do Enfermeiro*”

Apêndice IV – Poster “*Pirâmide da Dieta Mediterrânica - Prevenção da Obesidade Infantil*”

Apêndice V – Plano de Sessão de Formação *“Alimentação do recém-nascido prematuro: Evolução dos diferentes tipos de leite”*

Apêndice VI – Plano de Sessão de Formação *“Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono na Prevenção da Obesidade Infantil”*

Apêndice VII – Folheto informativo para os pais *“Criança dos 3 aos 5 anos - Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono na Prevenção da Obesidade Infantil (informação aos pais)”*

Apêndice VIII – Instrumento de Avaliação Estado Nutricional USF

Apêndice IX – Projeto de Intervenção de Prevenção de Obesidade Infantil na USF

Apêndice X – Plano de Sessão de Formação *“Obesidade Infantil – Sua Dimensão e Intervenção na Prevenção”*

Apêndice XI – Folhetos informativos *“Alimentação a partir de 12 meses – Integração na dieta familiar”* e *“Alimentação a partir dos 12 meses - Alimentos e Porções”*

INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado como culminar do percurso formativo desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com Relatório no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MEEESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Com a sua elaboração tem pretende-se refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) a nível científico, técnico, ético, humano e cultural, na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família.

De acordo com o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE)

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas ao processo 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.

(Diário da República, 2011 a, p.8648)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) trabalha em parceira com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

(Diário da República, 2011 b, p.8653)

Neste sentido o presente documento pretende traduzir o percurso formativo, refletindo sobre a dimensão do exercício profissional do EE em todas as suas vertentes, através da análise do quadro de referência de enfermagem e da filosofia que orienta a prática de cuidados e síntese da evidência científica sobre a temática abordada, a par das práticas de cuidados desenvolvidas no conjunto de estágios realizados durante este período.

O percurso de estágio foi realizado em diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde, distribuídos por seis locais, direcionados para a intervenção de enfermagem avançada, com foco no desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas dos EEESCJ propostas e nas intervenções de enfermagem que

contribuam para a melhoria da qualidade de cuidados à criança com obesidade infantil, através da sua prevenção e promoção de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Obesidade como um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, como a epidemia global do século XXI. Estima-se que o número de crianças com excesso de peso é 2,5 vezes superior ao número de crianças subnutridas. (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2014).

A prevalência do excesso de peso e obesidade infantil aumentou de forma drástica, nas últimas décadas, em todo o mundo, particularmente nos países desenvolvidos, mais concretamente nas áreas urbanas, afetando todas as idades e grupos socioeconómicos. Em 2013, a nível mundial, cerca de 42 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos apresentava excesso de peso, estima-se que este número atinja os 70 milhões em 2025 (OMS, 2014).

Em Portugal, 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa. Os dados mais recentes, apontam para um estudo da Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil realizado em 2013-2014 (amostra: 18 374 crianças): 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso e 16,8% são obesas. (Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil, 2016).

Sabendo que a obesidade infantil está a ganhar proporções cada vez mais alarmantes, e que a idade pré-escolar é a fase de desenvolvimento correspondente à aquisição de hábitos, é de extrema importância a abordagem e intervenção às crianças nesta idade e suas famílias, pois a prevenção da obesidade infantil passa pela promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e a eliminação dos fatores que contribuem para o seu aparecimento.

O desenvolvimento da obesidade infantil está associado a múltiplos fatores, que influenciam a dieta e a atividade física, aumentando o risco de obesidade. A principal forma de intervenção na obesidade passa pela prevenção, tendo em conta todos os fatores que podem influenciar o seu desenvolvimento, adequando as intervenções às características e especificidades de cada criança e família (Seal & Broome, 2011).

A pertinência e o interesse do desenvolvimento desta problemática surgiu no decorrer do meu quotidiano profissional, a exercer funções como enfermeira generalista numa Unidade de Saúde Familiar (USF), onde as crianças constituem um dos grupos-alvo ao qual presto cuidados , principalmente nas consultas de

enfermagem de Saúde Infantil, bem como na vacinação. Ao prestar-lhes cuidados deparou-me com casos de crianças com excesso de peso e obesidade infantil, em idades cada vez mais precoces, verificando que os pais, a maior parte das vezes, não estão despertos nem preparados para lidar com esta realidade.

Emergiu assim o interesse e a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver práticas de cuidados de enfermagem dirigidas a esta problemática, de forma a melhorar os cuidados prestados à criança e família, através da promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil.

Deste interesse e necessidade pessoais e profissionais, considerando a experiência profissional e a aquisição e desenvolvimento das competências de EE, surgiu o tema do projeto de estágio intitulado “*A prevenção da obesidade Infantil em Crianças na Idade Pré-Escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*”. Definiram-se como objetivos gerais: desenvolver competências do EEESCJ no cuidar ao recém-nascido/criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática e desenvolver estratégias de intervenção facilitadoras da promoção de saúde e prevenção da obesidade na criança em idade pré-escolar e família.

Durante o percurso formativo o principal quadro de referência foi o Modelo de sistemas de Betty Neuman e a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF).

Este relatório é constituído, após a presente introdução, pelo enquadramento conceptual, integrando a contextualização da problemática abordada, bem como o quadro conceptual de enfermagem, pela descrição e análise reflexiva do percurso de aprendizagem e das atividades realizadas e desenvolvimento de competências organizadas em função dos objetivos gerais, culminando com as considerações finais e as perspetivas futuras.

1.ENQUANDRAMENTO CONCETUAL

1.1.Criança em Idade Pré-Escolar

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

A nível psicossocial, a criança sente uma crescente necessidade de planear e realizar atividades, prosseguir os seus objetivos, mas confronta-se com a consciência e condicionalismos morais do que é socialmente aprovado. Esta etapa é considerada por Erikson a terceira crise do desenvolvimento, a que deu a designação de: iniciativa versus culpa (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Segundo o mesmo autor, as crianças desta idade estão num período de aprendizagem intensa, onde a sua principal atividade é o brincar e sentem grande satisfação pelas atividades que concretizam, mas quando sentem que ultrapassam os limites poderá surgir a culpa. Assim, o desenvolvimento da consciência é uma das tarefas fundamentais da criança em idade pré-escolar (Erikson, 1982, citado por Honckenberry & Wilson, 2014).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, Jean Piaget integra a idade pré-escolar no segundo grande estágio do desenvolvimento cognitivo, o estágio pré-operatório, no qual as crianças desenvolvem progressivamente o uso do pensamento simbólico, mas só atingem o pensamento lógico na fase escolar, no estágio das operações concretas. Esta função simbólica desenvolve-se através da capacidade da criança para usar representações mentais, às quais atribui significado, utilizando a imitação, o jogo simbólico e a linguagem (Piaget, 1952 citado por Papalia, Olds & Feldman, 2001). O egocentrismo inerente à criança poderá limitar este desenvolvimento da função simbólica, no entanto, uma das principais transições é a transformação do pensamento egocêntrico para a consciência social e a capacidade de considerar o outro (Honckenberry & Wilson, 2014).

Para Brazelton e Sparrow (2010), a criança de três anos descobre uma nova e estimulante aventura, desenvolve a linguagem, que ajuda a moldar a sua compreensão relativamente ao mundo que a rodeia e também a moldar os seus pensamentos. Aos quatro anos, aumenta a complexidade da linguagem, o que permite à criança expressar os seus pensamentos. A criança começa a identificar-se

com os seus pais e com os seus pares, desafiando-a a aprender novas habilidades. A consciência de si própria poderá ser gerador de alguns medos e a criança poderá sentir-se dividida entre o desejo de dominar o mundo e a sensação de dependência (Brazelton & Sparrow, 2010). Aos cinco anos, a criança torna-se consciente do impacto das suas ações sobre si e sobre os outros. Nesta idade, é importante o reconhecimento de que a criança pode desempenhar tarefas e ter responsabilidades atribuídas, quer seja em casa ou na escola (Brazelton & Sparrow, 2010).

A criança encontra-se numa fase importante ao nível de aprendizagem de papéis e padrões de comportamentos de saúde, da ampliação de relacionamentos sociais, da linguagem, da aquisição de autonomia, destreza e avanço uniforme no desenvolvimento motor, onde se destacam atividades como a imaginação, a imitação e a dramatização, marcadas pela reprodução dos comportamentos dos adultos. Nesta fase a criança atravessa um período de desenvolvimento físico e de personalidade marcantes, é mais sociável, é uma fase de interiorização dos valores, padrões e hábitos da família e da cultura, constituindo assim um período ótimo para a aquisição de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Honckenberry & Wilson, 2014).

Durante a idade pré-escolar, o desenvolvimento adequado da criança depende de uma alimentação equilibrada e de um padrão de sono adequado. Quando as crianças são pouco ativas, há maior probabilidade de desenvolverem obesidade e problemas de sono (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Esta idade é considerada um dos períodos críticos ao desenvolvimento da obesidade, sendo as medidas preventivas cruciais para travar esta epidemia, uma vez que a criança está mais flexível à aquisição e alteração de comportamentos, nomeadamente relacionados com a saúde (Branco, Jorge, & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk, Ritchie, & Cunningham-Sabo, 2013).

Os estilos de vida assumem especial atenção e relevância no contexto familiar, quando falamos em crianças na idade pré-escolar. A família constituiu o seu primeiro ambiente de aprendizagem, e, por isso, tem grande impacto na sua saúde. Os pais constituem assim importantes modelos e traçam de diferentes formas os hábitos alimentares e a atividade física dos filhos (Duarte, 2010).

1.2. Obesidade Infantil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como uma doença crónica e multifatorial, que se caracteriza pela acumulação excessiva e anormal de gordura no organismo, provocando risco e prejuízo para a saúde. É definida, ainda, como excesso de peso corporal que excede o peso considerado normal para indivíduos da mesma idade, sexo, raça e constituição física (Domingues & Oliveira, 2006; Antunes & Moreira, 2011).

O *Centre for Disease Control and Prevention* considera a obesidade com base nas curvas de perfis do Índice de Massa Corporal (IMC), para a idade e o sexo, em que o excesso de peso corresponde a um percentil superior a 85, a pré-obesidade equivale a um percentil superior a 85 e inferior a 95 e a obesidade corresponde a um percentil superior a 95 (Branco, Jorge & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk, Ritchie & Cunningham-Sabo, 2013).

Ainda de acordo com McAdams (2010) citando Daniels e colegas (2005), a obesidade resulta de um desequilíbrio entre a energia obtida pela alimentação comparativamente com a energia despendida na atividade física, o que significa que ocorre uma ingestão diária de alimentos superior às necessidades diárias de energia do corpo.

Apesar da sua credibilidade, o IMC é insuficiente para identificar o grau completo de risco de peso excessivo em crianças, por isso, é importante avaliar e interpretar o risco da criança tendo em conta o contexto da história de saúde familiar, o padrão de crescimento da criança ao longo do tempo e qualquer informação clínica relevante para atribuir o grau de risco em relação ao IMC e gordura corporal (Allen, Vessey & Schapiro, 2010).

1.2.1. Fatores de Risco e Complicações da Obesidade

A obesidade infantil pode ser causada por fatores exógenos ou endógenos, onde os exógenos correspondem a 95 a 98% dos casos (Domingues & Oliveira, 2006)

O aparecimento e desenvolvimento do excesso de peso e da obesidade envolve interações multifactoriais, nomeadamente comportamentais (influência parental e cultural, padrões alimentares, de atividade física e de sono), biológicos (predisposição genética, mecanismos de regulação de apetite/saciedade,

programação metabólica durante a gravidez), sociais (comportamento dos pais, publicidade e marketing alimentar, redes sociais, influência de pares, desenvolvimento tecnológico e económico), ambientais (casa, escola, comunidade, ambiente envolvente, disponibilidade e custo dos alimentos) e cuidados de saúde (acesso e prestação de serviços) (Seal & Broome, 2011; Sancho *et. al.*, 2014).

De acordo com Wang e Lostein (2006) citado por Allen, Vessey e Schapiro (2010), o ambiente tem um impacto significativo no aumento da prevalência da obesidade. Os mesmos autores citando Bellissari (2008) referem que a inteligência e ingenuidade humana criaram um ambiente obesogénico que promove uma incompatibilidade entre a energia consumida e a energia dispendida.

Enquanto os ambientes e estilos de vida mudaram drasticamente nos últimos séculos, a composição genética não. O corpo humano permanece programado para a conversão do excesso de ingestão de energia em células gordas quando essa energia não é despendida (Allen, Vessey & Shapiro, 2010).

A interação entre comportamentos alimentares e o sedentarismo, o aporte nutricional e a atividade física, originam um desequilíbrio energético crónico, com prevalência de balanços energéticos positivos que culminará em excesso de peso (Sancho *et. al.*, 2014). Acrescendo a que a industrialização colossal e a crescente urbanização, tem conduzido à adaptação do homem à vida moderna, criando necessidades de consumo de alimentos processados e prontos a comer, com elevado teor calórico. Com os avanços tecnológicos, o ambiente tornou-se propício ao desenvolvimento da obesidade e as crianças mais vulneráveis a brincadeiras e atividades sedentárias (Costa, Ferreira & Amaral, 2010; Sena & Prado, 2012).

Os estilos de vida familiares atuais, com a presença abundante de alimentos altamente energéticos e baixos níveis de atividade física, criam um ambiente obesogénico e resultam da interação de um conjunto de fatores que podem contribuir para o aparecimento da obesidade, nomeadamente a inserção das mulheres no mercado de trabalho e menos disponibilidade para as tarefas domésticas, como a confeção de refeições; o aumento da carga horária escolar; a realização de refeições fora do domicílio e a ausência dos pais nas mesmas; o ambiente inseguro na rua que dificilmente permite a realização de atividade física e o acesso a parques e locais recreativos (McAdams, 2010; Sena & Prado, 2012).

A influência parental é um fator extremamente importante, principalmente a identificação da presença de obesidade nos pais, quer por influência genética, quer por influência ambiental, sobretudo no que respeita aos hábitos e comportamentos alimentares e de atividade física das crianças. O estatuto socioeconómico e o grau de instrução parental influenciam a criança nos estilos de vida e comportamentos saudáveis, pois crianças provenientes de baixos níveis socioeconómicos e com pais com baixo grau de instrução têm menor probabilidade de realizar uma alimentação saudável e equilibrada, bem como realizar atividade física frequente (McAdams, 2010; Branco, Jorge & Chaves, 2011).

A obesidade afeta quase todos os sistemas corporais e contribui para o desenvolvimento de uma variedade de patologias médicas. Diversos são os problemas que podem surgir associados à obesidade infantil, como cardiovasculares (hipertensão e dislipidemia), distúrbios endócrinos (diabetes mellitus tipo 2, síndrome do ovário policístico, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, síndrome metabólica), distúrbios respiratórios (asma, edema pulmonar), distúrbios ortopédicos (dor nas articulações, lesão óssea, epifisiólise femoral e doença de Blount), problemas gastrointestinais (colecistite com ou sem cálculos biliares, obstipação, refluxo gastroesofágico, doença hepática gordurosa não alcoólica), distúrbios do sono (apneia obstrutiva do sono, desorganização do sono) problemas neurológicos (pseudotumor cerebral) e consequências psicológicas (baixa de autoestima, depressão, ideias de suicídio ou mesmo suicídio) (Allen, Vessey, & Schapiro, 2010).

Costa (2012), citando a Organização Mundial de Saúde (2007) refere que uma análise de vários estudos realizados em diversos países, revelou como fatores predisponentes: desnutrição no início precoce de vida, seguido de *catch-up growth*; o grau de adiposidade na infância sobretudo se associado ao excesso de peso nos pais; e a fase entre a preconcepção e os dois anos de idade, fase primordial à saúde individual futura.

1.2.2. Prevenção da Obesidade

A prevenção é a chave e o pilar essencial para o sucesso da intervenção no controlo da obesidade, pois a maioria das crianças tornar-se-ão potenciais adultos obesos. A prevenção da obesidade infantil é a melhor forma de garantir a inexistência de complicações a longo prazo (Pandita *et. al.*, 2016).

Para Sena e Prado (2012) a prevenção assenta em modificações de comportamentos e hábitos de vida, que incluem mudanças no plano e padrão alimentar e na atividade física. É fundamental o diagnóstico precoce e intervenções nos períodos críticos de desenvolvimento da obesidade, idade pré-escolar e adolescência, para evitar obesidade na idade adulta.

A intervenção passa pelos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária. A prevenção primária inclui intervenções que enfatizem uma dieta saudável, atividade física e comportamentos saudáveis. Estas intervenções são prestadas a toda a população nos serviços de saúde, comunidade, escola, de forma a garantir um peso e um IMC adequados durante a infância. A prevenção secundária refere-se a intervenções e estratégias mais estruturadas para crianças com excesso de peso ou obesidade de forma a alcançar o peso saudável para a sua idade, quando a doença já se encontra estabelecida, o grande objetivo é garantir que uma criança/jovem com excesso de peso não se tornará um adulto obeso. A prevenção terciária envolve intervenções mais intensas e abrangentes no controlo do excesso de peso e obesidade, sendo estas intervenções realizadas sob supervisão médica e focadas na resolução e diminuição da gravidade das complicações, patologias e comorbilidades relacionadas com a obesidade, de forma a reverter a situação (Hoelscher, Kirk, Ritchie & Cunningham-Sabo, 2013; Pandita et. al., 2016).

A intervenção na obesidade infantil deve ser personalizada e adaptada à idade da criança, ao grau de excesso de peso/obesidade, às possíveis complicações associadas e às repercussões físicas e emocionais. Esta intervenção para ser efetiva deve englobar uma equipa multidisciplinar, que atua em colaboração com a família e a criança, estabelecendo objetivos focados na dieta, atividade física e mudanças comportamentais (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008).

A prevenção integra a intervenção comportamental/não-farmacológica e apresenta-se como primeira linha de intervenção, foca-se na modificação de estilos de vida incluindo orientação dietética e aumento da atividade física, envolvendo a criança e família. O grande foco da prevenção da obesidade incide no fornecimento de orientações às crianças e famílias sobre nutrição e alimentação saudável e equilibrada e o encorajamento à prática regular de atividade física (Karnik & Kanebar, 2012).

Fenton, Marvicsin e Danford (2014), no estudo que realizaram, referem evidências de que a prevenção da obesidade infantil, além das questões nutricionais e de exercício físico, deve também envolver as questões relativas ao sono sendo necessário implementar intervenções no que respeita a um padrão adequado de sono como estratégia efetiva na prevenção da obesidade infantil.

1.2.3. Estratégias de intervenção na problemática da obesidade

Os programas de intervenção devem ter como pilares a promoção de práticas saudáveis no que respeita à alimentação, nomeadamente com o aumento da ingestão de frutas e vegetais na alimentação e a inclusão de exercícios e estilo de vida ativos (Pandita et. al., 2016).

As estratégias de intervenção, associadas entre si, podem ser executadas sequencialmente desde o período perinatal até à adolescência. No período perinatal inclui uma nutrição pré-natal adequada, com um ganho de peso materno equilibrado durante a gestação, Na infância, o início precoce da amamentação e a sua promoção exclusiva até aos 6 meses, seguido de um adequado início da diversificação alimentar, com uma dieta equilibrada e o controlo e acompanhamento regular do peso e IMC. Na idade pré-escolar, facultar educação nutricional aos pais e aos filhos, de forma a desenvolver práticas alimentares saudáveis, criando preferências alimentares saudáveis, com seguimento próximo do peso e IMC. Na idade escolar, através da monitorização do peso, evitando a adiposidade pré pubertária excessiva, com aconselhamento nutricional e ênfase na importância da atividade física regular. Na adolescência evitar o aumento de peso excessivo durante o crescimento e maturação, através da manutenção de um comportamento alimentar saudável e o reforço da necessidade de exercício (Pandita et. al., 2016).

A OMS, em 2004, delineou *WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, uma estratégia global que descreve as ações necessárias para apoiar dietas saudáveis e atividade física regulares. Em 2011, numa declaração política compromete-se em promover a implementação desta estratégia, com a introdução de políticas e ações destinadas a promover dietas saudáveis e aumentar a atividade física em toda a população. Em 2016, apresentou o relatório da *Commission on Ending Childhood Obesity*, com 6 recomendações para abordar o ambiente

obesogénico e os períodos críticos ao longo da vida para combater a obesidade infantil (OMS, 2015).

Em Portugal, seguindo as diretrizes da OMS, verificou-se um aumento do número de programas de intervenção realizados para a prevenção de excesso de peso e da obesidade, e para a diminuição da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantis, desenvolvidos junto de crianças e jovens com o objetivo de controlar o aumento do excesso de peso e da obesidade (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

Em 2012, foi criado e aprovado o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), como um dos programas prioritários de saúde a desenvolver pela Direção Geral de Saúde (DGS) com o objetivo de melhorar o estado nutricional da população e promover a sua saúde, através de um conjunto planeado e estruturado de ações de forma a garantir e incentivar o acesso e a disponibilidade de certos tipos de alimentos (Graça & Gregório, 2015). A sua missão é “melhorar o estado nutricional da população portuguesa, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias” (Graça & Gregório, p. 39, 2015).

Existem diversos projetos de intervenção relacionados com a Obesidade Infantil, já realizados e alguns ainda em curso, promovidos por diversas entidades, por vezes em parceria, como a DGS, Administrações Regionais de Saúde, Direções Regionais da Educação, Agrupamento dos Centros de Saúde, Câmaras Municipais, Universidades, Agrupamentos de Escolas, Organizações Não-Governamentais e Direção-Geral da Educação. Houve necessidade de criar um projeto “Mapeamento e divulgação de boas práticas em projetos de intervenção comunitária na área da prevenção da obesidade em Portugal” (MAPICO), com o objetivo de identificar e caracterizar os programas de intervenção que visam a prevenção da Obesidade. A sua realização, é fundamental na medida em que permite caracterizar as intervenções realizadas, como foram ou estão a ser implementadas, as metodologias utilizadas e a eficácia das intervenções (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

Os autores identificaram no seu projeto um total de vinte e nove programas, em que dezanove estavam relacionados com a promoção da alimentação saudável, oito dos quais relacionados simultaneamente com promoção de alimentação saudável

e exercício físico e dois relacionados apenas com a promoção da atividade física e tendo sido realizados entre 2001 e 2015, de norte a sul do país e Madeira e desenvolvidos em ambiente escolar, familiar e/ou junto da comunidade. Os projetos e programas de forma geral, apresentavam informação insuficiente no que respeita à eficácia das intervenções implementadas, o que representa um obstáculo à melhoria.

O “*Projeto Papa Bem*”, lançado pela DGS, em 2015, tem como finalidade promover a literacia em saúde, com a criação e divulgação de materiais escritos e audiovisuais, adequados à população em geral, acerca da obesidade infantil e formas de prevenção desde a conceção até aos 5 anos de idade. Estes conteúdos dão orientações sobre alimentação, atividade física e sono, valorizando o papel dos pais e ambiente familiar envolvente na promoção de um crescimento saudável e na adoção de hábitos adequados de alimentação, atividade física e sono.

Igualmente de referir o projeto “Come devagar e bem... & mexe-te também” com início no ano letivo 2012/2013, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar em parceria com a DGS, com um horizonte temporal de 4 anos. Teve como finalidade prevenir o excesso de peso nas crianças do 1º Ciclo do Ensino Básico e como objetivo geral promover um conjunto de comportamentos que reforcem a prática de hábitos saudáveis alimentares saudáveis e de atividade física num grupo de crianças. Foi selecionada uma escola de um agrupamento pertencente à área geográfica da UCSP. E em cada ano letivo foram abordados e trabalhados temas de acordo com o ano de escolaridade; 1º ano – a importância de tomar o pequeno-almoço/lanches e praticar atividade física; 2º ano - importância de beber água, comer hortofrutícolas e praticar atividade física; 3º ano - a importância de comer sopa e praticar atividade física; 4º ano - a importância de saber interpretar os rótulos dos alimentos e praticar atividade física. Os temas a incluir em cada ano de escolaridade foram abordados em sala de aula pela professora em colaboração com a equipa de saúde escolar.

Foi efetuada uma recolha de dados com o objetivo de caracterizar a população abrangida; avaliar o estado nutricional através da avaliação antropométrica, peso, estatura e IMC; identificar hábitos alimentares e de prática de atividade física, através do preenchimento de um inquérito pelos pais/encarregados de educação; avaliar os conhecimentos das crianças sobre alimentação e atividade física. De acordo resultados obtidos, realizaram-se ações de sensibilização na

escola, numa perspetiva integrada, com a equipa de saúde escolar, dirigidas às crianças, aos professores/monitores, auxiliares e pais/encarregados de educação, cujos temas principais foram a promoção de uma alimentação saudável e a promoção de boas práticas de atividade física. No final do ano letivo foi realizada uma segunda avaliação nutricional. Os resultados da avaliação da eficácia do projeto não se encontram publicados.

1.3. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman inclui-se no Paradigma da Integração, no qual os fenómenos são perspetivados como contextuais e multidimensionais. Os cuidados de enfermagem direcionam-se para a manutenção da saúde da pessoa incluindo todas as suas dimensões e o enfermeiro é responsável pela avaliação das necessidades da pessoa, considerando toda a sua globalidade (Kérouac, 1996).

Este modelo baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos como sistemas abertos, em que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação e interligados entre si. Betty Neuman descreve a adaptação como um processo dinâmico e contínuo, segundo o qual o organismo satisfaz as suas necessidades, que podem perturbar a harmonia e estabilidade do cliente, provocando stress, através de stressores, que são estímulos promotores de tensão e desequilíbrio, podendo causar a doença (Freese, 2004).

Para Freese (2004), Betty Neuman desenvolveu um modelo de cuidar o cliente a partir de uma visão holística e uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta, para definir os problemas de enfermagem e compreender o cliente, como um ser multifactorial, em interação constante com o ambiente, sensível a possíveis stressores.

Relativamente aos metaparadigmas, o conceito de pessoa é visto enquanto cliente/sistema de cliente e observado como um todo englobando todas as dimensões do ser humano (psicológica, fisiológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento), incluindo as experiências atuais e passadas. É um sistema aberto em que as suas partes se encontram em interação dinâmica com o ambiente, sendo consideradas todas as variáveis que possam afetar o seu sistema, ajustando os seus comportamentos e ambiente às suas necessidades. Estas cinco variáveis individuais,

psicológica, fisiológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, quando afetadas poderão conduzir ao desequilíbrio do sistema. Sendo um sistema aberto, o stress e a reação ao mesmo são os seus componentes básicos (Freese, 2004).

O metaparadigma ambiente define-se como todos os fatores internos e externos que envolvem e interagem com a pessoa e podem influenciar positiva ou negativamente o seu sistema, num dado momento. Existem três ambientes relevantes, interno (intrapessoal, com toda a interação contida no cliente), externo (extra e interpessoal, com todas as interações que ocorrem fora do cliente) e o ambiente criado (inconscientemente desenvolvido, mobiliza todas as variáveis do sistema com o objetivo de integração, estabilidade e integridade do sistema). Os stressores são as forças ambientais que interagem e podem alterar potencialmente a estabilidade do sistema, podendo ser causados por forças intra, inter e extrapessoais (Freese, 2004).

Freese (2004) refere o metaparadigma saúde como um processo de contínuo bem-estar que se desenvolve ao longo do tempo, ou seja, equaciona-se como a estabilidade do sistema. O cliente consegue manter um nível de saúde adequado, através de uma harmonia funcional.

Betty Neuman defende o metaparadigma enfermagem como a abordagem da pessoa na sua totalidade, em que a perceção da enfermeira influencia a qualidade dos cuidados. Relaciona-a com todas as variáveis que influenciam e afetam a resposta da pessoa ao stress. O seu objetivo é ajudar o cliente a atingir o nível máximo de saúde através de intervenção nos três níveis de prevenção, de modo a fortalecer os mecanismos adaptativos e a diminuir os fatores stressores, baseadas num possível ou real grau de intervenção, recursos, objetivos e no resultado antecipado (Freese, 2004).

A estrutura básica do sistema apresenta linhas de resistência (mais interna), linhas de defesa normal (intermédia) e flexível (mais externa). A linha de resistência envolve os fatores, forças e condições de recurso e estáveis que permitem a defesa contra o stressor mantendo o equilíbrio, como por exemplo o sistema imunitário. A linha de defesa normal é dinâmica, reflete o nível de bem estar do cliente, a estabilidade e integridade do sistema, representa a capacidade normal de resposta às agressões, resulta do somatório das aprendizagens adquiridas em confrontos anteriores com agentes agressores, onde se incluem, por exemplo, estilos de vida e

o estágio de desenvolvimento. A linha de defesa flexível é o limite exterior do sistema cliente, amortece e absorve as agressões prevenindo a invasão do stressor, é o mecanismo flexível de resposta particularmente sensível às circunstâncias. Betty Neuman, considera a reconstituição, como o estado de adaptação do sistema aos stressores, onde se incluem os fatores intra, inter e extrapessoais interligados às cinco variáveis do sistema, que necessita de um grau de reação, ou seja a energia necessária para o cliente se ajustar (George, 2000; Freese, 2004).

De forma a sistematizar o modelo de sistemas, Betty Neuman elaborou um esquema que permite a visualização de todo o sistema (Anexo I).

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

Relacionando os conceitos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman com a problemática da Obesidade Infantil, a Pessoa assume-se como a criança/família em constante crescimento e desenvolvimento, que constitui o sistema aberto, vulnerável a stressores, como os fatores que podem causar obesidade infantil, que podem provocar um desequilíbrio deste sistema e vão influenciar as cinco variáveis. O ambiente, consiste em todo o meio ambiente que envolve a criança/família e com o qual estabelece uma relação recíproca, como os amigos, escola, família alargada, comunidade. A Saúde como o contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e sujeito à mudança, onde os pais têm responsabilidade. A Enfermagem é considerada como uma profissão única que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta da criança/família ao stress relacionado ou que pode conduzir a esta condição. Assim, o EEESCJ, perante o sistema criança/família deverá intervir ativa e precocemente nas cinco variáveis. As intervenções de enfermagem têm uma intencionalidade terapêutica com o objetivo de ajudar a criança/família a atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, direcionadas para a prevenção primária, secundária ou terciária, tendo em conta o ambiente e as suas interferências,

valorizando todas as variáveis afetadas pelo stressor, promovendo um cuidado holístico a cada criança centrado na família.

1.4. Cuidados Centrados na Família

Os cuidados de enfermagem à criança e família têm como filosofia de cuidar, os Cuidados Centrados na Família (CCF). A Criança encontra-se inserida na família, que é uma constante na sua vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

A filosofia de CCF baseia-se no pressuposto de que a família é a principal fonte de força e apoio. Esta abordagem de cuidados reconhece que as perspetivas e informações fornecidas pela criança/jovem e família são componentes essenciais na tomada de decisão especializada e assume a criança/jovem e família como parceiros da equipa de cuidados de saúde (American Academy of Pediatrics, AAP, 2012).

Os cuidados centrados na família são uma abordagem inovadora de planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde baseados numa parceria entre profissionais de saúde e a criança/jovem e família que reconhece a importância da família para o sucesso dos cuidados. Esta prática identifica o papel essencial e vital da família na garantia e manutenção da saúde e bem estar da criança/jovem, reconhecendo o desenvolvimento emocional e social como parte integrante da saúde da criança/jovem (AAP,2012).

O *Institute for Patient- and Family- Centered Care* (IPFCF) (2016) defende quatro conceitos fundamentais na filosofia de CCF, Dignidade e Respeito, Partilha de Informação, Participação e Colaboração. A Dignidade e o Respeito envolvem a compreensão por parte dos profissionais de saúde, das escolhas e perceções da família, incorporando os conhecimentos, a cultura, os valores e as crenças do utente e família no planeamento e prestação de cuidados. A Partilha de Informação implica a comunicação e partilha de informação completa, imparcial, clara, objetiva e pertinente dos profissionais de saúde com o utente e família, que lhes permita a tomada de decisão e participação efetiva nos cuidados. A Participação envolve o encorajamento e apoio à participação do utente e família nos cuidados e na tomada de decisão. A Colaboração consiste na parceria entre utente, família e profissionais de saúde no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas de saúde, na investigação e na prestação de cuidados de saúde.

O IPFCF assume como princípios essenciais dos CCF:

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

Honckenberry & Wilson (2014), adoptam a capacitação e o empoderamento como dois conceitos básicos dos CCF. Os profissionais de saúde capacitam as famílias, ao reconhecerem e valorizarem as suas forças e competências, a sua experiência e papel natural de cuidadores, criando oportunidades e meios para dar resposta às necessidades da criança/jovem e família, facilitando a adaptação à mudança e a aquisição e desenvolvimento de novas competências. O *empowerment* envolve a interacção entre os profissionais de saúde e as famílias, de forma a permitir que estas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo e reconhecimento das mudanças positivas, provenientes de comportamentos de ajuda, fomentadores das suas próprias forças, habilidades e ações.

Em 1988, Anne Casey desenvolve a partir da filosofia de CCF, um modelo de cuidados pediátricos, *Modelo de Parceria de Cuidados*. Este modelo baseia-se no reconhecimento da experiência dos pais/família nos cuidados à criança/jovem, considerando os pais/família como parceiros no cuidar. Esta parceria envolve uma negociação que pressupõe a partilha de poder, conhecimentos e valores, em que os enfermeiros prestam apoio contínuo, ensinam e orientam a criança/jovem e pais/família na tomada de decisão informada e partilham o planeamento e prestação de cuidados, criando uma relação de confiança, na qual discute-se e avalia-se as necessidades da criança/jovem e família, respeitando a sua individualidade (Casey, 1993, 1995).

A parceria entre enfermeiro, criança e pais/família assume-se como elemento essencial na prevenção da obesidade infantil. Ao cuidar da criança e pais, à luz da parceria de cuidados, consegue-se estabelecer um processo de negociação, que garanta uma parceria eficaz e permita estabelecer a adoção de comportamentos adequados ao desenvolvimento da criança e à disponibilidade física e psicológica dos pais, capacitando-os para a importância da prevenção da obesidade infantil.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) a intervenção do EEESCJ evidencia os CCF como filosofia de cuidados da Enfermagem Pediátrica, concebendo a família como contexto da criança/jovem, focalizando-se na interdependência criança/jovem/família e ambiente, atuando a nível dos domínios: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação, promovendo o desenvolvimento das competências da criança/ jovem e da família na maximização da sua saúde. É importante que o EEESCJ reconheça os pais/família como melhores prestadores de cuidados, respeitando e valorizando a sua experiência e contributo nos cuidados à criança/jovem.

2. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA - PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo pretende identificar, descrever e analisar reflexivamente o percurso de aprendizagens profissionais desenvolvidas durante o período de estágio, através da realização de diversas atividades, nos vários contextos da prática de cuidados ao recém-nascido/criança/jovem e família escolhidos, fazendo referência às competências de EEESCJ desenvolvidas. Todas as aprendizagens consideradas significativas serão analisadas crítica e reflexivamente tendo por base referenciais teóricos e a evidência científica.

Para Benner (2005), o enfermeiro adquire experiência e conhecimento clínico ao longo do tempo, através da fusão entre os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos. O enfermeiro desenvolve o seu conhecimento quando, no decorrer da sua prática faz julgamentos clínicos, descreve e documenta as observações, os seus comportamentos, os seus casos e as mudanças que vão surgindo da sua prática.

Benner (2005), refere ainda que o enfermeiro passa por cinco níveis de competência, que desenvolvem ao longo da vida profissional. Sendo o perito o nível mais elevado, no qual o enfermeiro tem uma vasta experiência, complementada com um conhecimento fundamentado e aprofundado, que lhe permite prestar cuidados individualizados, com uma compreensão intuitiva e holística de cada situação. O enfermeiro especialista não é mais que um perito, que deve ser detentor de conhecimentos práticos e teóricos, que lhe permitam uma tomada de decisão consciente e adequada, com responsabilidade, flexibilidade e criatividade, através de um espírito de iniciativa e pensamento crítico, tendo por base uma conduta ética e deontológica.

2.1. Análise e reflexão sobre as atividades e competências desenvolvidas em estágio

As experiências e aprendizagens constituíram um espaço de formação, que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados especializados ao recém-nascido/criança e jovem e suas famílias.

A seleção dos contextos da prática de cuidados para a realização do estágio, teve por base, a problemática do projeto, as orientações da Ordem dos Enfermeiros

(OE) para a aquisição de competências comuns de EE e competências específicas de EEESCJ e a concretização dos objetivos propostos.

O estágio teve a duração de dezoito semanas, com o seguinte percurso, Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), Unidade de Cuidados Neonatais (UCN), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em articulação com a Consulta de Obesidade Pediátrica (COP) e Unidade de Saúde Familiar (USF), organizado em cronograma (Apêndice I).

A escolha do SIP, UCN e SUP surgiu por estarem incluídos no Centro Hospitalar de referência à USF onde exerço funções e existir uma articulação permanente com os mesmos. A UCSP pela existência de um projeto comunitário na área da Prevenção da Obesidade Infantil. A COP pela pertinência no que respeita à principal problemática em foco e porque se insere no Centro Hospitalar de referência da UCSP. Por último, a USF onde exerço funções, para a realização de um projeto de intervenção na Prevenção da Obesidade Infantil, a implementar futuramente na unidade.

Os objetivos gerais tiveram em conta os temas comuns da OE, nomeadamente no que diz respeito ao enquadramento conceptual de enfermagem de saúde infantil e pediatria e a problemática em estudo. O percurso de estágio teve como objetivos gerais e específicos:

1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no cuidar ao recém-nascido/criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática:

- 1.1) Analisar o contexto nas vertentes funcional, estrutural e organizacional;
- 1.2) Analisar a intervenção do EEESCJ, na equipa multidisciplinar;
- 1.3) Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento.

2. Desenvolver estratégias de intervenção facilitadoras da promoção de saúde e prevenção da obesidade na criança em idade pré-escolar e família:

- 1.4) Compreender a intervenção do EEESCJ nos três níveis de prevenção;
- 1.5) Aprofundar conhecimentos gerais e específicos sobre obesidade infantil;
- 1.6) Identificar estratégias promotoras de apoio à criança/família na prevenção da obesidade infantil;
- 1.7) Conhecer projetos na área da obesidade infantil;

- 1.8) Promover a capacitação da criança/família na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos da obesidade infantil em contexto de consulta de saúde infantil;
- 1.9) Envolver os profissionais de saúde da USF na prevenção da obesidade infantil.

Previamente, para cada contexto da prática de cuidados, com base nos objetivos gerais e específicos, foram delineadas atividades de forma a atingir os mesmos, que de acordo com as aprendizagens e necessidades identificadas foram sujeitas a alguns ajustes e reformulações, de forma a desenvolver as competências de EE e EEESCJ e atingir os objetivos propostos (Apêndice II).

- 2.1.1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no cuidar ao recém-nascido/criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática;

De forma a analisar o contexto nas vertentes funcional, estrutural e organizacional, em todos os contextos de estágio realizei uma reunião com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora, de forma a apresentar o Documento Orientador de Estágio, com o propósito de apresentar a problemática em estudo e os objetivos e atividades propostas para cada contexto. Consultei normas, protocolos, projetos existentes e outros documentos específicos de forma a compreender o método de trabalho e a filosofia de cuidados.

No estágio no SIP, o impacto que a hospitalização tem no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e na sua dinâmica familiar, e a promoção da sua adaptação a esta situação foi o grande desafio dos cuidados prestados, refletindo e desenvolvendo competências de EEESCJ, que com os seus conhecimentos aprofundados e especializados, utiliza estratégias específicas e promove uma prática de cuidados adequada à singularidade de cada criança/jovem e família.

O SIP admite crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, habitualmente com patologia infecciosa, mas também recebe crianças e jovens da cirurgia de ambulatório. É permitida a permanência dos pais 24h por dia ou de um elemento de referência, ficando apenas um elemento durante a noite, o que permite incluir os pais

como parceiros no cuidar, de forma a promover um crescimento físico, social e emocional não só da criança como da própria família e adaptação à situação de hospitalização. Jorge (2004) defende que o acompanhamento da criança durante a hospitalização pelos pais ou pessoa significativa tem inúmeras vantagens. Quando a criança é internada ocorre inevitavelmente uma separação do ambiente familiar físico e afetivo, que é atenuado com a presença dos pais, ao acompanharem a criança em permanência durante este processo.

O espaço físico tem uma decoração com pinturas infantis na parede, o que revela a sensibilidade de minimizar o impacto do ambiente hospitalar na criança, tornando-o mais agradável e adequado ao grupo etário. Hockenberry e Wilson (2014) referem, com base na filosofia dos CCF, que o ambiente tem um impacto importante nas crianças e famílias, funcionando como um fator inibidor ou facilitador do envolvimento e participação dos pais, podendo enviar uma mensagem positiva.

O internamento, é frequentemente uma situação crítica, causadora de instabilidade para o sistema criança/família, envolvendo-o numa crise que afeta todos os seus elementos.

A hospitalização e a doença podem constituir as primeiras crises com que a criança se depara, envolvendo stressores como a separação dos pais e família, a perda e o controlo de autonomia, o medo do desconhecido, a lesão corporal e o medo da morte. As crianças com idade inferior aos 7 anos, poderão responder a estas crises com a regressão, ansiedade da separação, apatia, medos e distúrbios do sono, entre outras manifestações (Brazelton & Sparrow, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

As intervenções realizadas no SIP, consideraram sempre as variáveis do sistema criança/família e os stressores associadas à hospitalização, de forma a promover o *empowerment* dos pais/família, promovendo e facilitando a sua readaptação e a aprendizagem de novas competências para a gestão da sua doença, tendo por base a parceria de cuidados.

De acordo com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, a criança é o alvo dos cuidados e a família é considerada como prestadora de cuidados, sendo o envolvimento dos pais nos cuidados é negociado com a equipa de saúde. É da responsabilidade do enfermeiro, após conhecer as necessidades e os desejos dos pais, envolvê-los no processo de tomada de decisão e nos cuidados (Ordem dos

Enfermeiros, 2015). A participação dos pais/família nos cuidados à criança, é extremamente importante para manter e fortalecer os papéis e as relações entre a criança/jovem e os pais/família, ajuda na manutenção das rotinas familiares em ambiente hospitalar e na redução do stress emocional da criança/jovem e pais/família (Young et. al., 2006).

Observei, colaborei e prestei cuidados a crianças e jovens com uma diversidade de patologias essencialmente infetocontagiosas, respeitando a filosofia de CCF e a parceria de cuidados, consultei os processos clínicos das crianças/jovens, analisei situações concretas com a enfermeira orientadora e com outros elementos da equipa, especialmente EEESCJ. O que me permitiu identificar as patologias mais comuns neste contexto, os seus sinais e sintomas, quais as intervenções e abordagens para as mesmas. Estas questões revelaram-se importantes como aquisição e consolidação de conhecimentos, no sentido de transpô-los para as situações de prestação de cuidados a crianças com patologias infecciosas no meu contexto de trabalho.

Na interação com a família procurei estabelecer uma relação de confiança, valorizando sempre os conhecimentos e as capacidades dos pais, considerando experiências anteriores, manifestando aos pais a ideia de que estes são os melhores cuidadores da criança. Procurei avaliar os seus conhecimentos sobre os cuidados a prestar à criança, no sentido de promover a sua autonomia, como por exemplo na alimentação à criança, na administração de medicação oral, nos cuidados de higiene e conforto a prestar, informando e apoiando os pais em todo o processo. Considerei sempre a opinião dos pais sobre a evolução do estado de saúde da criança, valorizando a referência a queixas e sintomas relatados como não habituais na criança.

Prestar CCF permite reduzir o impacto negativo da hospitalização na criança/jovem e família, uma vez que os cuidados são planeados e prestados com e para o sistema família (Coyne, O'Neill, Murphy, Costelo & O'Shea, 2011).

O EEESCJ deve reconhecer sempre a criança como ser vulnerável, valorizando os pais/família como principais prestadores de cuidados, preservar a segurança e o bem-estar da criança/jovem e família e maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. Quando a criança se encontra em situação de internamento, toda a família é "hospitalizada", assim o beneficiário dos

cuidados é o binómio criança/jovem – família. Os enfermeiros especialistas, devem ter como competência a avaliação da família, de forma a responder às suas necessidades, principalmente na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2010).

As atividades realizadas no SIP referidas anteriormente, permitiram desenvolver as competências relacionadas com *E1. Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde*.

Procurei momentos de aprendizagens que permitissem desenvolver competências e habilidades a nível relacional e comunicacional com a criança em diferentes estádios de desenvolvimento e sua família, em situação de instabilidade do sistema criança/família, que permitiram desenvolver a unidade de competência *E.3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*, no SIP e no SUP. A comunicação, é o instrumento básico da enfermagem, quando efetiva, permite que se estabeleça uma relação de confiança entre a criança/jovem e o enfermeiro.

A comunicação é a base da relação terapêutica, essencial para dar resposta às necessidades da dinâmica familiar. Quando o enfermeiro investe o seu tempo a construir um relacionamento e compreensão com a criança/família consegue desenvolver um sentimento de confiança e há uma melhoria da comunicação (Levetown, 2008).

Segundo Honckenberry e Wilson (2014), o brincar é a linguagem universal e é uma das formas mais importantes de comunicação, pode ser uma técnica efetiva no estabelecimento da relação terapêutica. Assim, considerando o estadió de desenvolvimento da criança, ao abordá-la, utilizei brincadeiras, o sorriso e a comunicação verbal de forma a promover o conforto nos procedimentos, obtendo assim reciprocidade e confiança por parte da criança.

Para Tavares (2011), o brincar permite ao enfermeiro distrair e descontraír a criança, enquanto a conhece e ajuda a exprimir os sentimentos acerca da sua experiência. Pois, através do brincar a criança expressa os seus medos, desconfortos, frustrações, ansiedade e dor, através de simbolismos, fantasias e representações de experiências vividas.

Utilizando o brincar consegui estabelecer uma relação terapêutica com a criança/família, mas também o concretizei ao valorizar as emoções, dúvidas,

preocupações e emoções da criança/ jovem e família face ao processo de saúde estando disponível para o diálogo, escuta e compreensão. Este apoio emocional prestado aos pais, valorizando as suas necessidades e não apenas as das crianças, revelou-se importante, pois permitiu o estabelecimento de um ambiente favorecedor da participação dos pais nos cuidados.

Relevo o desenvolvimento de competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, *E.2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas*, nos estágios no SIP, no SUP, na UCN e na USF.

No SIP e SUP, verifiquei preocupação e cuidados na gestão da dor, através da monitorização e registo da dor, utilizando instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis na avaliação da dor, como a Escala de dor FLACC/FLACC-R, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala Numérica e Escala do Observador pois, tal como preconizado pela DGS (2010), é fundamental proceder ao registo da avaliação da dor. Na UCN, é comum na prática de cuidados dos enfermeiros nesta unidade a utilização de medidas de conforto e alívio da dor, como a utilização de sacarose a 24%, posicionamento com contenção, método canguru, sucção não nutritiva e a avaliação da dor recorrendo a escalas de avaliação da dor *Neonatal Infant Pain Scale – NIPS e Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale – N-PASS*.

Durante os procedimentos no SIP e SUP, observei e participei, na aplicação de medidas farmacológicas, como sacarose e EMLA®, e não farmacológicas, como o posicionamento e aplicação de frio, a distração, o brincar, a música e o suporte emocional. Na vacinação na USF onde presto cuidados, recorri a algumas destas estratégias não farmacológicas, mas as mais significativas foram, o encorajamento, o reforço positivo e a negociação, com a entrega de autocolantes a dizer “sou forte, sou corajoso”, funcionando como um elogio pela cooperação. As intervenções no que respeita a medidas não farmacológicas da dor, vão de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015).

No SIP, existe uma sala própria para a realização de procedimentos invasivos, como a venopunção, sempre que a condição clínica permite a criança dirige-se a esta sala, para que os procedimentos sejam aqui realizados, de forma a dissociar experiências possivelmente traumáticas do local de descanso, o quarto.

Constater sempre a preocupação de garantir a presença de um dos cuidadores e o esclarecimento prévio do procedimento à criança adequado ao estágio de desenvolvimento e idade da mesma.

Ao participar na prestação de cuidados, no SIP e no SUP, procurei envolver não só a criança mas também os pais/família/cuidador nos procedimentos, estabelecendo com eles uma parceria, incluindo-os nos procedimentos a realizar, pedindo a sua colaboração como fonte de segurança e conforto para a criança/jovem, com o objetivo de minimizar o impacto negativo associado aos cuidados a prestar. No final dos procedimentos tentei sempre elogiar a criança, pela coragem e pelo sucesso do procedimento, fazendo um reforço positivo da situação.

O enfermeiro deve incentivar o envolvimento ativo e a participação da criança em todos os cuidados para que esta mantenha um sentimento de controlo. Situação que com a agitação característica do SUP, por vezes conduz a uma prestação de cuidados de forma acelerada sem que haja margem para essa participação (OE, 2013; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015) .

Para Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida (2015), é primordial o investimento numa interação antecipada, fornecendo informação antecipatória que permita a colaboração da criança no procedimento, facilitando o seu comportamento e minimizando o impacto e sofrimento decorrente dos procedimentos. As estratégias durante as intervenções de enfermagem incluem a transmissão de uma atitude serena e responsável por parte do enfermeiro.

Honckenberry e Wilson (2014), mencionam que preparar as crianças para os procedimentos tem como benefícios reduzir a ansiedade, promover a colaboração, reforçar e ensinar estratégias de *coping* e promover uma sensação de controlo. Para Brazelton e Sparrow (2010), as preparações são ainda mais importantes nas idas à urgência, mesmo que tenham de se realizar rapidamente. É importante ser sincero com a criança sobre os procedimentos que envolvam dor, sobre a causa que motivou a ida à urgência, reforçando no final do procedimento o comportamento da criança, felicitá-la, referindo como foi difícil passar pela experiência e que a superou.

No SIP, SUP e UCN as equipas têm desenvolvido projetos, normas e protocolos na área da gestão da dor, o que demonstra preocupação e atenção com estas questões.

Na UCN, a principal competência de EEESCJ desenvolvida foi E.3.2. *Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.*

A realização deste estágio foi de grande importância para mim, pois durante sete anos exerci funções numa unidade de neonatologia e regressar com a perspectiva de futura enfermeira especialista, com um “*know how*” mais diferenciado e com a experiência de exercer funções numa unidade de cuidados de saúde primários, em que realizo a vigilância destes recém-nascidos após a alta, foi sem dúvida uma mais valia e uma experiência enriquecedora.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (2016), a taxa de nados vivos de baixo peso e prematuros tem vindo a aumentar, tendo em 2015 atingido o valor de 8,9%, o que inevitavelmente exige dos enfermeiros um treino e preparação especializada nos cuidados aos recém-nascidos com necessidades especiais.

Com a evolução e progresso científico e tecnológico verificados, na área da Neonatologia nos últimos tempos, constituindo a prematuridade, o principal motivo de internamento na UCN, é fundamental atenuar o impacto negativo que esta experiência tem nos pais numa fase de transição para a parentalidade. Para Hockenberry e Wilson, (2014) quando os pais são envolvidos de forma ativa nos cuidados ao seu filho, desenvolvem um vínculo mais efetivo e forte com o seu recém-nascido (RN), facilitar e fomentar a relação RN-pais é fundamental, para promover a vinculação, pois a separação inerente ao nascimento prematuro vai ter impacto no processo normativo de vinculação.

As atividades realizadas permitiram-me consciencializar do impacto que o nascimento prematuro tem não só no RN, como nos pais, que de uma forma abrupta e prematuramente, têm que se adaptar a esta realidade, contrariando as expectativas idealizadas. Os pais de um recém-nascido prematuro quando se deparam com o desafio que é a parentalidade, também são confrontados com sentimentos de negação, perda, culpa, fracasso e impotência, agregados com a incerteza do futuro e a adaptação a um ambiente estranho e à separação do seu filho (Brazelton, 1994). Verifiquei que os pais inicialmente, focam-se mais nas informações clínicas, mas com a permanência junto do RN, a observação e envolvimento na prestação de cuidados, vão se consciencializando do seu papel e gradualmente começam a desenvolver e a desempenhar as suas competências parentais.

Segundo Brazelton (1994), quando o recém-nascido nasce prematuramente e se encontra internado numa Unidade de Cuidados Neonatais, o desenvolvimento da vinculação fica comprometido, os pais passam por um processo de luto, através de uma reação relativa à perda do bebê idealizado, acompanhada por vezes, pela culpabilização pela situação, sendo necessário uma adaptação da situação idealizada para a situação real. Assim, de acordo com os estudos realizados por Klaus e Kennell, os enfermeiros que desempenham funções nas unidades de neonatologia, devem centrar o seu cuidado não apenas no RN, mas também desenvolver empatia com os pais, promovendo a vinculação pais-filhos (Brazelton, 1994).

Para Hockenberry e Wilson (2014), as expectativas idealizadas durante a gestação, terminam de forma abrupta com o internamento do recém-nascido, num ambiente desconhecido, sobre o qual os pais não têm controlo nem conhecimento. Ocorre a confrontação entre o bebê real com o bebê imaginário, os pais regressam a casa sem o seu bebê, vivenciam stress e ansiedade, sentindo medo. Pelo que responder às necessidades dos pais é essencial para o sucesso do processo.

Assim, o EEESCJ numa unidade de cuidados neonatais, não direciona os seus cuidados exclusivamente para o recém-nascido, mas também para os pais ajudando no processo de vinculação e no desenvolvimento de competências parentais. Na UCN, observei que os EEESCJ reconhecem a importância dos pais junto do RN como potenciadores de saúde e bem-estar do RN e favorecem a adaptação da família à sua nova condição.

Durante o estágio, observei e colaborei na promoção da vinculação e no desenvolvimento das competências parentais, integrando, incentivando, envolvendo e apoiando os pais nos cuidados ao seu recém-nascido, incentivando o toque, que “é o primeiro ato de comunicação entre os pais e a criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.359), bem como a participação dos pais no momento da mudança de fralda e alimentação e sempre que a situação clínica o permitiu, o recém-nascido foi colocado em método canguru, técnica utilizada com frequência na unidade e com grupo de trabalho a realizar protocolo sobre o mesmo.

Observei, colaborei e prestei cuidados, que promovessem o desenvolvimento infantil, proporcionando a redução do estímulo ambiental, com luzes e ruído reduzidos, temperatura da incubadora ideal e manipulações reduzidas às

necessárias, concentrando os cuidados em períodos limitados coincidentes com os estados de alerta do RN.

Verifiquei que a equipa de enfermagem manifesta uma preocupação constante, tendo uma base desenvolvimentista, em garantir o bem-estar e o desenvolvimento da criança, minimizando as intervenções desnecessárias, com manipulação mínima e a promoção do conforto através de posicionamentos terapêuticos e contenção, utilização de sacarose e sucção não nutritiva; sempre com a preocupação em envolver os pais nos cuidados, em integrá-los no serviço e em fornecer explicação da tecnologia que rodeia o recém-nascido. A equipa tem desenvolvido projetos, normas e protocolos na área da dor, com a utilização de escalas de avaliação de dor e aplicação de medidas de conforto e alívio da dor durante a prestação de cuidados.

Todos os cuidados prestados, na promoção da vinculação e das competências parentais, devem ter como principal objetivo a autonomia dos pais nos cuidados ao seu RN no momento da alta. Na UCN a preparação do RN e família para a alta é realizada ao longo do internamento e de forma progressiva por toda a equipa, não só de enfermagem, mas multidisciplinar.

No berçário da unidade, a prestação de cuidados ao RN, teve como objetivo a capacitação os pais para o momento da alta, no sentido de aumentar a sua segurança e capacidade para o desempenho e assunção da parentalidade, fazendo-os sentirem-se cada vez mais seguros e capazes de serem pais do seu RN, orientando sobre cuidados antecipatórios e promovendo o *empowerment* dos pais, através de orientações, utilizando o método verbal e demonstrativo, de forma individualizada, no que respeita à amamentação, alimentação, sono, higiene, vestuário, segurança, ambiente, competências e necessidades do RN, sinais de alarme, medicação e vacinas, atendendo sempre à situação clínica e necessidades individuais do RN e dos pais.

Foi também preocupação na prestação de cuidados promover a consciencialização por parte dos pais das necessidades do RN, conhecendo as características e particularidades do seu RN, de forma a aprenderem a identificar as necessidades do seu RN, adequando os cuidados às mesmas.

Outra questão e atividade desenvolvida neste estágio, relaciona-se com a continuidade de cuidados e articulação entre a unidade de cuidados neonatais e as

unidades de cuidados de saúde primários. Uma vez que se verificam algumas barreiras nesta articulação, nomeadamente dificuldade em contactar as unidades de cuidados de saúde primários telefonicamente e o desconhecimento de quem são os elementos de referência em cada unidade. Assim, procedi a um levantamento dos elementos de referência na Saúde Infantil, nos cuidados de saúde primários e contatos eletrónicos respetivos, do Agrupamento de Centros de Saúde a que pertence a Unidade onde exerço funções, que tem como hospital de referência, o centro hospitalar onde está incluída a UCN onde realizei o estágio.

O SUP onde realizei o estágio divide-se pela sala de triagem, a sala de tratamentos, a sala de cirurgia, a sala de reanimação e a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

Durante o estágio foi possível passar por todas as valências do SUP, mas a experiência incidiu sobretudo na sala de triagem, pelo meu interesse e pelo facto da enfermeira de referência ter formação prévia, necessária, como enfermeira responsável pela triagem, e na sala de tratamentos. Procurei observar e participar com a enfermeira de referência no máximo de situações possíveis, progressivamente com mais autonomia, em todas as oportunidades de aprendizagem, o que permitiu o desenvolvimento das competências de EESCJ direcionadas para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem em situações de especial complexidade.

O SUP adota como modelo de triagem o *Canadian Pediatric Triage Acuity Scale* (CPTAS). Os pressupostos do modelo exigem formação prévia aos enfermeiros responsáveis pela triagem. A mesma é realizada em três passos, o primeiro é uma avaliação rápida por parte do enfermeiro responsável pela triagem, destinada a identificar a aparência geral da criança, a respiração e a circulação; o segundo passa pela recolha de dados (queixas e sintomatologia) realizada ao acompanhante e à criança; no terceiro realiza-se uma avaliação dos sinais vitais e possíveis alterações fisiológicas. Após a realização destes três passos é atribuído um nível de priorização por cor, com as cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, sendo o vermelho, mais grave, emergente decrescendo até ao azul, menos grave, não urgente (Warren, Jarvis, Garvel & CTAS National Working Group, 2008).

O ambiente de um SUP é geralmente muito emotivo associado a stress potenciado pelo processo de doença aguda, que pode culminar num internamento na UICD e posteriormente num serviço de internamento, o que pode gerar uma crise e

desequilíbrio no sistema criança/jovem/família. O enfermeiro no SUP é o primeiro profissional de saúde a abordar a criança/jovem/família, o que implica uma experiência e conhecimentos teórico-práticos sólidos, para uma ação adequada e imediata em situações complexas e graves.

A observação e participação nos cuidados prestados na triagem, permitiu verificar a importância destas questões, ou seja, a necessidade de forma rápida e eficiente, através de uma tomada de decisão fundamentada, conseguir realizar uma avaliação geral da criança, com um olhar atento sobre as queixas, sinais e sintomas verificados, efetuar um diagnóstico precoce e atribuir o nível de priorização adequado, cumprindo os critérios da CPTAS. Verifiquei, que o impacto deste primeiro contato é extremamente importante no estabelecimento de uma primeira relação terapêutica, de forma a reduzir a ansiedade inerente a uma situação percebida como urgente pela criança/pais/acompanhantes.

Para Fernandes (2012), a triagem representa o primeiro contato que os enfermeiros desenvolvem com a criança e os pais, refletindo o primeiro passo para o fortalecimento de um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar. Deve-se estabelecer um contato acolhedor que transmita às crianças e pais confiança e máxima disponibilidade. Explicando a dinâmica do serviço, a prioridade de atendimento por gravidade e que a atribuição de determinada cor de pulseira não significa necessariamente o tempo máximo de espera respeitante a essa cor. É fundamental o enfermeiro ter uma boa preparação para adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação de acordo com as características da criança/jovem e família, privilegiando uma comunicação próxima que promova a diminuição da ansiedade, dúvida e medo.

Na sala de triagem em colaboração e participação com a enfermeira de referência, realizei o acolhimento à criança/jovem/família; questionei o motivo de vinda ao SUP, história de saúde recente e antecedentes pessoais; avaliei e registei sinais vitais, sintomas e estado geral; procurei perceber qual o nível de priorização atribuído à criança/jovem, informei a criança/família da prioridade atribuída e circuito a realizar e sempre que justificável prestei cuidados imediatos à criança/jovem de acordo com protocolos e normas existentes no SUP no que respeita a hipertermia e alívio da dor, permitindo uma avaliação da variável fisiológica considerando o Modelo

de Sistemas de Betty Newman. Verifiquei sempre a preocupação na avaliação da dor, através de escalas protocoladas.

Ao realizar o treino na avaliação da gravidade e prioridade de situações de doença, na triagem, realço o desenvolvimento da competência comum de Enfermeiro Especialista *C.1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão* e as competências específicas de EESCJ *E.1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem* e *E.2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.*

Foi possível constatar, o recurso ao SUP por um número significativo de utentes com queixas que não justificam a ida à urgência e com patologias que poderiam ser resolvidas pelo médico de família, conduzindo a um gasto de recursos humanos e materiais desnecessários. O seguimento regular da criança saudável ou com doença crónica, bem como, a resolução, encaminhamento e orientação correta de situações não urgentes deve ser realizado nos cuidados de saúde primários pelo médico de família, deixando os recursos do serviço de urgência para assistência médica especializada em situações não resolúveis pelo médico de família. (Caldeira et al, 2006).

Ao exercer funções numa unidade de cuidados de saúde primários, refleti sobre alguns aspetos no que respeita ao acesso aos serviços de saúde, em que a recorrência ao SUP, verifica-se pela fácil acessibilidade, disponibilidade de serviços especializados e meios auxiliares de diagnóstico e também pela falta de resposta por parte dos cuidados de saúde primários. Refletindo de que forma o EEESCJ pode mudar alguns comportamentos de procura de serviços de saúde, na consulta de Saúde Infantil, da USF onde presto cuidados, orientarei os pais nos cuidados a prestar à criança, em situações de doença aguda mais comuns, quais os sinais de alarme, que tipo de situações justificam a ida a um serviço de urgência, de forma a capacitá-los para a escolha do serviço de saúde mais adequado a cada situação.

Na consulta de Saúde Infantil, da USF, onde presto cuidados, a avaliação do crescimento é feita com base nos parâmetros antropométricos e a avaliação do desenvolvimento é realizada através da aplicação da Escala de Rastreio de Mary Sheridan Modificada (ERMSM). Com os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos

foi possível durante a realização de uma consulta a uma criança de 9 meses, com a aplicação da ERMSM, após verificar que a criança não se sentava, nem permanecia sentada sem apoios, sendo este um sinal de alarme para a idade em questão, no que respeita à área Postura e Motricidade Global, aplicar a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (Schedule Growing Skills II), em colaboração com a médica de família, avaliando a criança na área controlo postural ativo nos 6 meses de idade. Verificámos que a criança em questão encontrava-se em casa aos cuidados da mãe e passava a maior parte do dia, deitada dentro de um parque e segundo a mãe ele era muito preguiçoso e só queria estar deitado. Foram fornecidas orientações à mãe de forma a estimular o desenvolvimento adequado à idade da criança. A médica de família realizou encaminhamento da criança para a Consulta de Desenvolvimento, com informação da avaliação anexada. Esta situação fez-me refletir sobre a importância do fornecimento de cuidados antecipatórios aos pais no que respeita ao crescimento e desenvolvimento da criança, para poderem exercer a sua parentalidade positivamente de forma a promover um crescimento e desenvolvimento saudável à criança. Mobilizando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foi considerada a variável de desenvolvimento. Também permitiu o desenvolver a unidade de competência *E.3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*.

A *Schedule of Growing Skills II* é um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, pronto a ser usado por qualquer profissional de saúde. Esta escala permite identificar o nível de desenvolvimento das crianças em 9 áreas de competências designadas por controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social e ainda autonomia pessoal e cognitiva, contudo não é um instrumento de diagnóstico aprofundado (Bellman et. al., 2003).

2.1.2. Desenvolver estratégias de intervenção facilitadoras de promoção de saúde e prevenção de obesidade na criança em idade pré-escolar e família
Fenton, Marvicsin e Danford (2014) citando o *Center for Disease Control and Prevention (2013)* refere que as crianças com excesso de peso ou obesidade até aos

5 anos, especialmente nos anos pré-escolares, têm cinco vezes mais probabilidade de sobrepeso em adultos do que crianças com peso saudável.

No que respeita à intervenção do EEESCJ, nos vários contextos de estágio, nos três níveis de prevenção, no SIP e no SUP, constatei que a prevenção da Obesidade Infantil tem difícil enquadramento nestes dois contextos, pois as situações de doença aguda e a sua estabilização são a prioridade dos cuidados. No SIP verifiquei também, que os padrões e hábitos alimentares e de atividade física estão alterados pela situação de internamento, como tal não é o momento indicado para proceder à sua avaliação e modificação. No entanto, poderá ser um contexto de intervenção para algumas situações específicas.

Honckenberry e Wilson (2014) referem que o internamento altera todas as rotinas e rituais da criança, onde se inclui a alimentação, atividade física e o sono, que são comportamentos importantes na prevenção da obesidade infantil. O apetite da criança doente ou hospitalizada pode estar diminuído e não refletir os hábitos alimentares em casa, mas o enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para avaliar os conhecimentos dos pais/família sobre nutrição e fornecer orientações sobre a melhoria da ingestão nutricional na criança.

No SIP, contatei com cerca de cinco crianças com excesso de peso, durante a prestação de cuidados, tendo sempre em consideração que os padrões alimentares poderiam estar alterados pela situação de saúde, aproveitei os momentos da refeição para perceber qual o padrão alimentar habitual da criança/jovem em questão, concretizando alguns momentos de educação para a saúde. Não verifiquei nenhum encaminhamento das situações identificadas para outros profissionais, apesar de haver o cuidado de alguns elementos da equipa de enfermagem em adequar a dieta à situação da criança e articular com a dietista. Os casos destas crianças foram objeto de discussão e análise com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa, o que me permitiu perceber que alguns elementos não estariam tão despertos para a problemática da obesidade infantil, surgindo a realização de uma sessão de formação sobre “Obesidade infantil - dimensão do problema e intervenção do enfermeiro”, concretizada na sala de trabalho com os enfermeiros presentes naquele turno, com o objetivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria para a intervenção do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil (Apêndice III). É de realçar o desenvolvimento da

competência comum de EE, *D.2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade* e *C.1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*, com a realização desta atividade.

No SUP os cuidados e as intervenções estão direcionadas para as situações de doença aguda e resolução das mesmas, apesar de pelas características percebermos que algumas crianças seriam potencialmente obesas, o motivo de recurso ao SUP e a sua resolução sobrepôs-se sempre às questões da obesidade. Assim, após reunir com a Enf.^a Chefe e a Enf.^a Orientadora pareceu pertinente a realização de um poster com uma adaptação da pirâmide alimentar mediterrânica, com imagens infantis, acompanhada por alguns dados sobre obesidade infantil, para ser colocado na sala de espera, uma vez que alguns utentes permanecem na mesma por um tempo considerável, de forma a lerem e reterem a informação disponibilizada no poster, sensibilizando a população que recorre ao SUP e permanece na sala de espera para a problemática da obesidade infantil (Apêndice IV).

O SIP e o SUP inserem-se na mesma instituição, relativamente ao encaminhamento das situações de obesidade, existe uma lacuna na Consulta de Obesidade Infantil na instituição em questão, pois não dispõe de Consulta de Enfermagem, esta é apenas realizada por uma Endocrinologista e por uma Dietista, encontra-se sobrelotada, com critérios de admissão complexos, o que dificulta o encaminhamento e o acesso.

Na UCN, a questão da alimentação do recém-nascido prematuro é delicada e com exigências específicas. De acordo com Vasylyeva, T. et al., (2013) as crianças que nascem prematuramente e com baixo peso apresentam padrões de crescimento acelerado nos primeiros anos de vida (*catch-up growth*) e que quando se verifica este ganho de peso excessivo durante a infância, tem uma grande probabilidade de desenvolver obesidade. Tendo em conta o tema do projeto, a prevenção da obesidade infantil, a questão dos cuidados antecipatórios sobre a alimentação do RN no momento da alta, assumiu elevada pertinência.

Na Europa, a taxa de amamentação de crianças nascidas pré-termo, no momento da alta é baixa (Pereira-da-Silva, et. al., 2014). Assim, a intervenção do EEESCJ na UCN, passa essencialmente pela prevenção primária. A maioria dos RN

prematturos tem alta alimentado por leite de fórmula, os cuidados antecipatórios sobre a alimentação, em que devem ser considerados o tipo de leite, a sua preparação, a quantidade administrada e o horário, são bastante importantes. Assim, na transmissão de cuidados antecipatórios que realizei no decorrer do estágio, procurei sempre integrar estes aspetos e sensibilizar os pais para a importância e o impacto dos cuidados alimentares na vida futura do seu RN. Assim o fator não amamentação e a alimentação por leite de fórmula pode ser considerado como um possível stressor e fator de risco ao desenvolvimento futuro de obesidade.

Para os pais de recém nascidos prematturos o aumento de peso, acaba por ser uma vitória, significa que o seu filho está crescer e a recuperar o peso, como tal, é muito importante trabalhar com os pais os aspetos de uma alimentação e nutrição adequadas para prevenir obesidade infantil no futuro (Andrade, Machado & Kenner, 2015).

Os aspetos de alimentação e nutrição adequada ao recém nascido prematturo, foram trabalhados com os pais dos RN internados durante o estágio, considerando as variáveis psicológica, sociocultural e de desenvolvimento. No entanto, no seguimento deste aspeto, após reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, pareceu pertinente a realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem com o tema “Alimentação do Recém-nascido Prematturo: evolução nos diferentes tipos de leite”, com o objetivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais para a alimentação do recém-nascido prematturo, evolução no que respeita aos diferentes tipos de leite e consequências. Foram realizadas duas sessões de formação em dois momentos de passagem de turno. A enfermeira chefe ao assistir à sessão e pela sua pertinência na prática de cuidados diária da unidade, considerou importante a realização de uma nova sessão, integrado num dia de formação para enfermeiros, para abranger o maior número de enfermeiros possível, o que foi concretizado já após o término do estágio (Apêndice V). Releva-se o desenvolvimento das competências comuns de EE, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimentos das aprendizagens profissionais já referidas anteriormente.

A consulta de obesidade pediátrica (COP), onde realizei estágio, presta assistência a crianças e jovens com obesidade que são referenciados por outros serviços e unidades de acordo com critérios de referenciação pré-definidos. A

criança/jovem obeso requer um acompanhamento multidisciplinar diferenciado e a sua avaliação, intervenção terapêutica e monitorização são realizados por uma equipa multidisciplinar, constituída por médico, enfermeiro, dietista, fisiologista do exercício, psicólogo e assistente social. A intervenção do EEESCJ na COP realiza-se a nível da prevenção secundária, em situações limite, prevenção terciária, com acompanhamento por outras especialidades, por comorbilidades associadas.

Na primeira e na segunda consultas (com intervalo de cerca de 1 mês), são realizadas consulta médica, consulta de dietética e nutrição e consulta de fisiologia do exercício, onde se realiza, a avaliação da história clínica, anamnese, exame objetivo, avaliação das co-morbilidades, da imagem corporal e da motivação pessoal e familiar, pedido de avaliação laboratorial e imagiológica pela equipa médica; a avaliação de hábitos alimentares e nutricionais e a elaboração e monitorização do plano alimentar, pela dietista; a avaliação da prática da atividade física, prescrição da prática de atividade física e estimulação da redução de comportamentos sedentários pelo fisiologista do exercício. As consultas seguintes são realizadas com a periodicidade trimestral, intercalando a consulta de enfermagem com a consulta médica. Sempre que a situação justifique é pedida a intervenção dos outros profissionais de saúde.

Na COP, a abordagem e intervenção de enfermagem considera as dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual do sistema criança-família, engloba uma apreciação inicial dos antecedentes de saúde, pessoais e familiares, estado de saúde atual, aproveitamento escolar; avaliação dos dados nutricionais e dos hábitos alimentares da criança e da família, com a descrição das refeições diárias, para identificação de possíveis erros alimentares e fornecimento de orientações para uma alimentação saudável e equilibrada. É importante a criança/jovem aprender a fazer escolhas saudáveis, tendo em conta as questões socioeconómicas e culturais, promovendo um estado nutricional adequado e perceber a importância de comer devagar e mastigar bem o alimento; auscultação da rotina diária da criança, refeições em casa ou refeições na escola, com quem estão após a escola, pais, avós; monitorização dos dados antropométricos e evolução ponderal, com a avaliação do peso, estatura, IMC, tensão arterial e perímetro abdominal, percebendo se houve aumento de peso ou de IMC entre consultas e identificando o que conduziu a essa situação; promoção e motivação para uma vida

ativa, com uma atividade física regular e diminuição de atividades sedentárias. Durante a consulta é sempre prestado apoio emocional e reforço positivo, são esclarecidas as dúvidas nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento e, sempre que necessário, procede-se ao encaminhamento para outro profissional de saúde especializado. As questões do tema da obesidade, complicações associadas também são abordadas. A intervenção de enfermagem na COP está de acordo com a abordagem referida por Domingues e Oliveira (2006).

Da experiência na consulta de enfermagem constatei que o contexto familiar, socioeconómico e cultural da criança é a base da intervenção a ser realizada, os cuidados são centrados na família e são negociadas com os pais/principais cuidadores as suas necessidades e as da criança/jovem. Verifiquei algumas faltas à COP, que na perceção das enfermeiras, tendo por base a sua experiência e conhecimentos, esta situação acontece pelo facto dos pais não percecionarem a obesidade como uma doença. Estas questões da perceção parental do excesso de peso ou obesidade, pode comprometer o sucesso das intervenções realizadas, como constatei com algumas crianças em várias consultas. A perceção parental pode ser considerado um potencial fator de risco para o desenvolvimento da obesidade, os pais ao desvalorizarem a situação da criança real potenciam um desequilíbrio do sistema.

Para Cardoso (2014), a capacidade dos pais em reconhecer o excesso de peso dos filhos é um fator determinante na Obesidade Infantil, a falta de perceção parental relativamente ao estado ponderal das suas crianças/jovens, torna-se um obstáculo na prevenção ou na procura de ajuda profissional.

Costa (2012) citando Gualdi- Russo e colaboradores (2008); He e Evans (2007) refere que a perceção adulterada ou o não reconhecimento pelos pais do peso excessivo dos seus filhos, pode influenciar negativamente a adoção de comportamentos e medidas preventivas ou mesmo de tratamento relacionados com a obesidade. Referindo também o estudo de Andrade, Barros e Ramos (2011), em Portugal, ainda verificou que 94% e 86% das mães de crianças com pré-obesidade e obesidade, respetivamente, classificaram-nas como tendo peso normal e os pais de mais de 50% das crianças com hábitos alimentares pouco saudáveis subestimavam o respetivo IMC.

No que respeita à abordagem em COP das crianças em idade pré-escolar constatei a existência de um jogo construído pela equipa de enfermagem, que consiste numa caixa com pratos de vários tamanhos e imagens de alimentos e bebidas, saudáveis e menos saudáveis, com o objetivo das crianças através do jogo retratarem uma refeição e indicarem os alimentos que consomem habitualmente e, se necessário, fazer correções e indicar quais as opções mais saudáveis. Jogo este que, durante o estágio, importei e adaptei na USF onde presto cuidados, para utilizar como instrumento lúdico no envolvimento da criança em idade pré-escolar, na aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Regra geral, as crianças aderiram bem ao jogo, conseguindo-se identificar erros alimentares, que muitas vezes são omitidos pelos pais/avós. A utilização da roda dos alimentos e a sua associação a um prato por ambos terem uma forma circular, foi outra estratégia utilizada.

A realização do estágio na COP concomitante com pesquisa de literatura contínua sobre o tema permitiu aprofundar conhecimentos específicos sobre a problemática da obesidade infantil e a intervenção adequada, realçando o desenvolvimento da competência *D.2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.*

Na UCSP o estágio incidiu essencialmente na saúde escolar, pela existência do projeto relacionado com a prevenção da obesidade infantil, “*Come devagar e bem... & mexe-te também*”, já referido anteriormente. Também participei nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, realizadas pela EEESCJ, onde verifiquei que são fornecidas orientações antecipatórias sobre alimentação desde o nascimento, sempre que se identificam situações de excesso ou obesidade estas são referenciadas pelo médico de família para a consulta hospitalar de obesidade infantil, cumprindo os critérios de referenciação da COP, onde realizei estágio. Não existe nenhum protocolo de articulação específico com a COP, mas a enfermeira da consulta de saúde infantil da UCSP, sabe quem são as enfermeiras de referência para a COP, sempre que necessário estabelece contato telefónico. A população abrangida pela UCSP engloba alguns bairros camarários, o que na perspetiva da EEESCJ da UCSP, torna a intervenção um desafio, tendo muito presente as questões socioeconómicas deficitárias e as questões culturais.

No ano letivo de 2016/2017, onde está incluído a data de realização do estágio, a DGS deixou de ser parceiro no projeto, por questões organizacionais. De

qualquer forma a equipa de saúde escolar, decidiu manter a base do projeto e realizar a intervenção nas escolas, alargando esta intervenção ao pré-escolar, jardim de infância.

Durante o estágio participei numa atividade na comunidade, Atividade “Comunidade Saudável”, realizada num bairro camarário, destinado às crianças do Jardim de Infância e do 1º ciclo da escola localizada no bairro, no período da manhã e no período da tarde, aberta a toda a comunidade de forma a incentivar os pais e familiares das crianças a participar também nas atividades. De modo geral as crianças mostraram-se interessadas e colaboraram nas atividades, tendo-se verificado uma fraca adesão por parte da restante comunidade do bairro, durante a tarde.

A realização desta atividade foi muito importante, uma vez que o trabalho diretamente na comunidade é algo que não tenho grande experiência e proporcionou-me momentos interessantes de reflexão e aprendizagem. O bairro é constituído maioritariamente por comunidades ciganas e africanas, comunidades fechadas em si, com questões culturais muito próprias e específicas, o que constitui um desafio para as ações de educação para a saúde a realizar, sendo necessário valorizar e adequar sempre as intervenções às diferentes culturas, conseguindo através das crianças chegar às famílias.

Participei e colaborei também na realização de ação de educação para a saúde em dois jardins de infância, no total de quatro turmas de crianças dos 3 aos 5 anos, sobre alimentação saudável. Foram usados como instrumentos o jogo adaptado da COP e a roda dos alimentos em que as crianças tinham que colocar na mesma os alimentos correspondentes a cada categoria da roda (Apêndice VI).

No jogo a maioria das crianças escolheu alimentos não saudáveis, como alimentos de consumo habitual, as crianças mais velhas de 5 anos, tinham noção de quais os alimentos e bebidas saudáveis, alguns referiram que não consomem porque os pais não compram. No que respeita à roda dos alimentos é notória a existência de um trabalho por parte das educadoras na abordagem destes temas. No final das sessões foi enviado um folheto informativo aos pais, com a indicação dos alimentos e porções adequadas à idade da criança, a importância da atividade física e do sono no desenvolvimento da criança, bem como referência ao desenvolvimento da obesidade e suas repercussões futuras (Apêndice VII). Realço o desenvolvimento de

competências relacionais e comunicacionais na realização destas atividades, essencialmente no que respeita à comunicação com a criança em idade pré-escolar.

Segundo Sousa e Trindade (2013), a escola assume-se como um local privilegiado para realização de educação para a saúde, conseguindo-se abranger uma população considerável, em idades propícias à aquisição de comportamentos e atitudes que despertem e promovam estilos de vida saudáveis. Também engloba uma faixa etária diversificada a nível socioeconómico e cultural, permitindo que as ações de educação para a saúde sejam vistas como uma forma de combater a exclusão e diminuir a discriminação social, pois a saúde é vista como um direito de todos e um dever do Estado.

Para Almeida e colaboradores (2005), os profissionais envolvidos nas atividades em saúde pré-escolar devem desenvolver ações com o objetivo de promover hábitos e comportamentos saudáveis, desenvolvendo atividades que permitam às crianças conhecer os diferentes tipos de alimentos, os que são mais e menos saudáveis, promovendo uma alimentação adequada.

As crianças mostraram interesse e curiosidade pela temática, participaram ativamente nas atividades, mas foi notório a necessidade de trabalhar estas questões com os pais/cuidadores das crianças, sendo na sua maioria famílias carenciadas socioeconomicamente, com questões culturais muito enraizadas, o que dificulta a intervenção. Na percepção das educadoras, a maioria dos pais não sabe fazer a gestão económica dos alimentos, não tem noção que é possível comprar alimentos saudáveis sem despender muitos recursos financeiros. Mas da sua experiência as questões trabalhadas com as crianças surtem algum efeito em casa, pois as crianças vão falar dos assuntos em casa, vão questionar os pais, o que fará os pais/cuidadores mais atentos e disponíveis tentar mudar alguns hábitos. A intervenção na prevenção da obesidade infantil neste contexto tem como grande foco a dimensão sociocultural, considerando como fatores de risco os fatores comportamentais, nomeadamente a influência parental e cultural; biológicos, nomeadamente a predisposição genética, quando os pais já são obesos; sociais, nomeadamente o comportamento parental e ambientais, como a comunidade em que vivem e a disponibilidade e custo dos alimentos.

A experiência e as aprendizagens realizadas a nível comunitário, bem como o conhecimento do projeto de prevenção de obesidade infantil, foram importantes para

a construção e elaboração de um projeto de prevenção de obesidade infantil na unidade de cuidados de saúde primários onde exerço funções.

Na USF, onde exerço funções o grande foco do estágio foi o desenvolvimento de um projeto de intervenção na prevenção de obesidade infantil.

Os cuidados de saúde primários, são segundo Avis (2016), o primeiro contato da maioria das famílias e das crianças com os serviços de saúde no que respeita à questão da obesidade infantil e a base da intervenção passa por orientar as crianças e as famílias na aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis, avaliando os comportamentos e estilos de vida e classificando o estado nutricional das crianças.

Assim, com o objetivo de caracterizar a criança/jovem no que respeita aos seus antecedentes pessoais, antecedentes de saúde, antecedentes familiares, hábitos de vida e avaliar o seu padrão alimentar, nível socioeconómico e cultural, foi elaborado um instrumento de avaliação de dados nutricionais, para utilizar na consulta de saúde infantil, para poder planear e intervir de forma mais direcionada e personalizada possível, para as características da criança e família, individuais, familiares, socioeconómicas e culturais (Apêndice VIII).

Costa (2012) refere que é necessário que nas consultas de vigilância de saúde, seja efetuada uma avaliação que possibilite a deteção de situações de risco, no que respeita à evolução do IMC, fatores de risco familiares, no que respeita a padrões alimentares, de atividade física e de sono.

Gerir a obesidade infantil é um desafio para os enfermeiros, pois está associado à mudança de hábitos envolvendo toda a família, particularmente os pais, incluindo uma área tão sensível como a alimentação, como refere Andrade, Machado e Kenner (2015) citando Batch e Baur (2005) e Kochi e Monte (2006).

A educação para a saúde nas consultas de saúde infantil, incluiu cuidados antecipatórios sobre alimentação, exercício físico e sono, que são os pilares da intervenção na prevenção da obesidade infantil, sempre adaptados às necessidades da criança e da família, esclarecendo possíveis dúvidas que os pais/famílias possam ter relativamente a estes temas, envolvendo os pais neste processo. A intervenção na Consulta de Saúde Infantil deve considerar todas as dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual do sistema criança-família.

Costa (2012) citando Sacks, Swinburn, e Lawrence (2009) enfatiza a necessidade de orientação antecipatória, como ferramenta essencial no

empowerment dos pais, gerando conhecimento e comportamentos que lhes permita atuar antes da obesidade estar instalada.

Segundo Sena e Prado (2012), o pilar essencial do tratamento da obesidade passa pela sua prevenção, através de modificações de comportamentos e hábitos de vida, que incluem mudanças no plano e padrão alimentares e na atividade física. O estudo de Bhuyan e colaboradores (2015) refere que a intervenção na obesidade infantil envolve componentes comportamentais onde se incluem intervenções que promovam mudanças de estilos de vida e educacionais que envolvem a educação dos pais/cuidadores, trabalhando aspetos como a educação nutricional, atividade física e aconselhamento comportamental.

É extremamente importante, a consciencialização dos pais/família como modelos para a crianças, no que respeita à adoção de comportamentos e hábitos saudáveis, questão que esteve sempre presente nas intervenções durante a consulta de saúde infantil, reforçando sempre a importância de hábitos alimentares, de exercício físico e sono, a nível familiar. As crianças aprendem melhor vendo e imitando os modelos dos pais e famílias, do que ouvindo. O que verifiquei foi que a maioria dos pais/cuidadores não tem perceção do excesso de peso das suas crianças e consideram uma situação normal. Quando a situação é explorada em consulta, explicada a situação atual da criança, as consequências futuras possíveis e são fornecidas orientações sobre alimentação e nutrição adequadas, a prática de exercício físico e alternativas e o sono, verifiquei interesse por parte dos pais em melhorarem os seus hábitos e das crianças.

Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2011) citando He e Evan (2007) consideram que consciencializar os pais da dimensão da obesidade como problema de saúde e o seu impacto, pode representar um passo fundamental para a promoção de um estilo de vida mais saudável, pois as evidências, apesar de não serem diretas, indicam que essa consciencialização e acompanhamento aos pais ajudarão a evitar comportamentos menos saudáveis no futuro. Os resultados do estudo realizado pelos autores revela que a perceção dos pais relativamente à imagem corporal dos seus filhos em idade pré-escolar encontra-se distorcida, verificando-se uma tendência parental em subestimar o real estado nutricional das suas crianças.

Segundo Duarte (2010), as famílias constituem o primeiro ambiente de aprendizagem, com grande impacto na sua saúde bem como no potencial para

desenvolver estilos de vida saudáveis. Os pais são os grandes modelos da criança, modelando os hábitos alimentares e de atividade física, afetando diretamente o seu peso. A mesma autora citando Whitaker e Dietz (1998), refere que nos primeiros anos de vida das crianças, os hábitos alimentares dos pais são considerados como a melhor fonte de informação, pois as crianças comem o que os pais comem.

As famílias quando praticam comportamentos promotores do seu bem estar físico, psíquico e social promovem a sua saúde e das suas crianças. As atividades parentais quotidianas sustentam e educam as crianças para um futuro saudável e responsável, embora nem sempre, os pais, tenham consciência da sua influência no crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, pelo que, é relevante os enfermeiros explorarem as crenças parentais e desenvolverem intervenções adequadas às características de cada família (Hanson, 2005).

As intervenções e atividades realizadas nos vários contextos de estágio relacionadas com a obesidade infantil e sua prevenção permitiram o desenvolvimento da competência *específica de EEESCJ, E.1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.*

Foi elaborado um projeto de intervenção na prevenção da obesidade infantil, para desenvolver na USF com a finalidade de prevenir o excesso de peso e obesidade nas crianças dos 0 aos 5 anos inscritas na USF onde exerce funções, com o objetivo geral de promover um conjunto de comportamentos que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis, de atividade física e de sono nas crianças dos 0 aos 5 anos e nos respetivos familiares como prevenção da obesidade infantil, no contexto das consultas de saúde materna e de saúde infantil. A população alvo são as grávidas e crianças dos 0 aos 5 anos com vigilância de saúde na USF. Como já foi referido anteriormente os profissionais de saúde dos CSP tem um papel essencial no combate à epidemia da obesidade infantil, ao integrarem nos seus cuidados intervenções que promovam a aquisição de hábitos nutricionais, de exercício físico e sono saudáveis de forma a prevenir a obesidade infantil, assim a realização do projeto assume-se como importante no combate a esta epidemia (Apêndice IX).

Goes e colegas (2015) mencionam que as mais atuais recomendações alertam para a necessidade de abordagens precoces, focadas na criança e na

família. Costa (2012) citando Sacks, Swinburn, e Lawrence (2009) concebe a ideia que é necessário iniciar precocemente uma promoção da saúde eficaz, com orientações iniciadas na gravidez e mantidas durante a infância. Estas duas indicações fortalecem a ideia do projeto ter início durante a vigilância da gravidez com continuação depois do nascimento e até aos 5 anos.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a coordenadora da USF, responsável de enfermagem e responsáveis pelo programa de Saúde Infantil, para perceber qual a viabilidade do projeto, os elementos mostraram bastante interesse na realização de um projeto na área da prevenção da obesidade infantil, referindo que o mesmo será uma mais valia para a unidade, população abrangida e profissionais. Durante a reunião semanal com a equipa multidisciplinar, foi feita uma breve abordagem ao projeto e foram sondados quais os elementos interessados em colaborar na elaboração do projeto, foi discutida a pertinência da realização de uma sessão para a equipa de enfermagem e médica para sensibilização sobre a problemática da obesidade. Esta sessão de formação, realizou-se no âmbito das sessões clínicas mensais, com o tema “Obesidade Infantil – Sua Dimensão e Intervenção na Prevenção” com o objetivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem e Médica da USF para a dimensão da obesidade infantil e a necessidade e importância da intervenção na prevenção, com algumas orientações sobre os pilares da prevenção (Apêndice X) .

A equipa para elaboração do projeto foi definida e é constituída por dois enfermeiros, eu e uma Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e um médico de medicina geral e familiar. Após estar definida a equipa, foram realizadas reuniões para definição de objetivos, população abrangida, atividades a desenvolver e recursos necessários e planeamento de estratégias a desenvolver. Apesar destes elementos de referência o projeto irá envolver toda a equipa de enfermagem e médica na prevenção da obesidade infantil. Os conteúdos do projeto “Papa Bem” serão instrumentos de apoio para o projeto de intervenção.

Na USF existe uma lacuna no que respeita às orientações sobre alimentação após completar o primeiro ano de vida, data em que as orientações fornecidas são para a integração na dieta familiar, apenas referindo alguns cuidados, mas sem orientações específicas sobre hábitos a adotar e as porções de cada categoria de alimentos. Assim, pareceu pertinente a elaboração de folheto informativo sobre

cuidados alimentares após integração na dieta familiar, como meio de suporte e orientação para pais/família. Foram então elaborados dois folhetos, um sobre os hábitos e orientações para uma correta integração na dieta familiar e outro com as orientações sobre categorias de alimentos e porções adequadas à idade da criança, que irão ser utilizados como instrumento de apoio no projeto, na consulta dos 12 meses de idade (Apêndice XI).

Releva-se o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista *C.1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D.2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade; D.2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.*

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem enfrenta novos desafios, dispersos num vasto leque de situações e contextos de prática de cuidados complexos, exigindo que os profissionais estejam aptos para gerir esta complexidade, oferecendo cuidados especializados que respondam às necessidades das crianças/jovens e suas famílias.

A caminhada traçada de generalista a especialista, durante o percurso formativo que se iniciou no SIP, passando pela UCN, SUP, COP, UCSP, terminando na USF onde exerceu funções, culminou na elaboração do presente relatório. Foi um período intenso, de crescimento e desenvolvimento pessoal, profissional e académico, que me permitiu desenvolver competências de EE e EEESCJ, desenvolver competências específicas na área da obesidade infantil e respetiva intervenção aos diferentes níveis de prevenção, bem como contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados ao RN, criança, jovem e família.

Nesta caminhada como futura EEESCJ, é perentório no decorrer da prática profissional mobilizar quadros de referência, recorrer aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem e a filosofia de CCF como base dos cuidados prestados, no qual o grande foco dos cuidados não é apenas a criança/jovem, mas o binómio criança/jovem – família, trabalhando em parceria para atingir um objetivo comum, o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Os CCF foram a filosofia que adoptei durante o percurso e que irei seguir enquanto futura EEESCJ, porque considero que só poderemos ter sucesso nos cuidados prestados à criança/jovem se envolvermos a família neste processo.

Considero que as competências desenvolvidas possibilitaram tornar-me mais competente, nomeadamente na avaliação e na tomada de decisão, para uma prestação de cuidados de saúde especializados e de qualidade, fundamentados no conhecimento teórico e na capacidade reflexiva e crítica.

Assim, de um modo geral, considero que os objetivos propostos foram atingidos e as atividades realizadas durante os estágios, em diferentes contextos de prática na assistência à criança/jovem e família, permitiram identificar as estratégias utilizadas pelas diferentes equipas de enfermagem no cuidar do RN, criança, jovem e família em diferentes contextos, analisando reflexivamente essa prática de cuidados

e desenvolvendo assim competências especializadas, que transponho diariamente para a minha realidade profissional.

Relativamente à problemática da Obesidade Infantil, esta é atual e considerada um problema de saúde pública, a epidemia do século XXI, com repercussões incalculáveis no futuro das crianças e dos jovens, onde muito caminho há a percorrer, e todas as estratégias que possam ser utilizadas a curto e médio prazo para a “combater”, serão ganhos em saúde uma vez que a sua prevenção é sem dúvida a melhor estratégia.

A mobilização do modelo de sistemas de Betty Neuman com os três níveis de prevenção, esteve sempre presente, destacando a prevenção primária como principal foco.

Considerando a prevenção primária como o pilar essencial da intervenção na problemática da Obesidade Infantil, a implementação do projeto de intervenção elaborado para a USF onde exerço funções, será um grande desafio profissional, expectando resultados positivos no desenvolvimento do mesmo, permitindo avaliar a eficácia das intervenções realizadas, envolvendo toda a equipa da unidade. Pretendo apresentar os resultados de avaliação do projeto futuramente em eventos científicos.

Os CSP, a área onde exerço funções são o meio, por excelência, para o desenvolvimento de intervenções de prevenção da obesidade infantil. As crianças e famílias, procuram estes cuidados em situações de vigilância de saúde, onde o envolvimento da criança e da família no processo de aquisição de hábitos saudáveis fica facilitado, uma vez que a criança e a família conhecem o enfermeiro e com ele estabelecem frequentemente uma relação de confiança e de continuidade. É fundamental a continuação do trabalho desenvolvido em estágio nas Consultas de Saúde Infantil, para uma avaliação das características da criança e da família e definição de um plano de ação e de cuidados individualizados que contribuam para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, mobilizando todas as competências e os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos.

Cuidar uma criança com o objetivo de “combater” a obesidade infantil, deve ter por base a sua prevenção, implica uma vigilância de saúde eficaz, que eu como futura EEESCJ poderei realizar no âmbito da consulta de enfermagem de Saúde Infantil, através de um acompanhamento adequado, promovendo a aquisição de hábitos nutricionais, de atividade física e de sono adequado à etapa de

desenvolvimento e características da criança/jovem e família, identificando precocemente os fatores de risco.

Sendo a nutrição infantil, uma área de interesse e relacionada com a obesidade infantil, considero o investimento em formação nesta área um objetivo futuro.

Como futura EEESCJ pretendo promover junto da equipa de enfermagem as boas práticas no âmbito da Saúde da Criança e do Jovem, procurando sempre a melhor evidência científica possível. Também pretendo ser um agente de mudança na USF, ser um elemento dinamizador na melhoria das práticas no que respeita ao desafio de prevenir a obesidade infantil, envolvendo os restantes profissionais da equipa.

Este percurso foi exigente a todos os níveis e identifico como principais dificuldades, a conciliação entre a vida académica, profissional, pessoal e familiar, de grande desgaste emocional e psicológico, mas que foram ultrapassados e que também contribuíram para o crescimento verificado, incentivando sempre a fazer mais e melhor no que respeita aos cuidados especializados à criança/jovem e família.

Durante este percurso fui convidada a integrar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, como interlocutora da USF, desafio que aceitei considerando que as competências desenvolvidas e os conhecimentos aprofundados como futura EEESCJ durante este percurso serão, sem dúvida, uma mais valia na questão da proteção das crianças e jovens dos maus tratos infantis.

Concluo que este percurso não termina aqui, devemos estar em permanente atualização e procurar sempre as melhores práticas suportadas na evidência científica. A reflexão sobre as práticas desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, fundamentada pelos conhecimentos adquiridos, aprofundados e desenvolvidos, foi fundamental para o desenvolvimento de competências de EEESCJ, e será uma constante no meu desenvolvimento profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. et. al. (2005). Modelo de Intervenção em Saúde Pré-Escolar. *Psilogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, 2(2), 33-55.
- American Academy of Pediatrics (2012). Policy statement: patient-and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129 (2), 394-404.
- Andrade, A., Machado, M. & Kenner, C. (2015). Prematurity, Overweighth and Obesity: A Problem That Merits Increased Recognition by Heathcare Practitioners and Researchers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15, 174-176.
- Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade: Em Crianças e Adolescentes Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 279-284.
- Aparício, G., Cunha, M. Duarte, J. & Pereira, A. (2011). Olhar dos pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 40. 99-113
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.apcoi.pt/obesidade-infantil/
- Avis, J., et. al. (2016). Tools and resources for preventing childhood obesity in primary care: A method of evaluation and preliminary assessment. *Patient Education and Counseling*, 99. 769-775.
- Bhuyan, S., Chandak, A., Smith, P., Carlton, E., Duncan, K. & Gentry, D. (2015). Integration of public health and primary care: A systematic review of the current literature in primary care physician mediated childhood obesity interventions. *Obesity Research & Clinical Practice*, 9, 539-552.
- Branco, S., Jorge, M. S., & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 509-516.
- Brazelton, T. B. (1994). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Editora Presença.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2010). *A criança dos 3 aos 6 anos – o desenvolvimento emocional e do comportamento* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

- Caldeira, T. *et al* (2006). O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37 (1), 1-4.
- Cardoso, B. R. F. (2014). *Viver e Comer Bem dos 3 aos 5 – Caracterização das crianças do Jardim de Infância da Biquinha*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E. & Tucker, A. *Advances in Child Health Nursing*. London: Security Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Costa, M. G. F. A. (2012). *Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências*. Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento. Aveiro.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T. & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (12), 2561-2573.
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos em crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 3, 43-51.
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Domingues, T., & Oliveira, L. N. (2006). Obesidade Infantil e suas complicações: assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem UNISA*, 7, 57-59.
- Duarte, M. E. B. (2010). *Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Crianças em Idade Pré-Escolar*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Fenton, K., Marvicsin, D., Danford, C. (2014) An Integrative Review of Sleep Intervention and Related Clinical Implications for Obesity: Treatment in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 503-510.
- Filipe, J., Godinho, C. A. & Graça, P. (2016) Intervenções comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5 (2), 170-184.

- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In M. R. Alligood, & A. M. Tomey, Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ª ed., p. 766). Loures: Lusociência.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Goes, A., et. al. (2015). "Papa Bem": investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 12-23.
- Graça, P & Gregório, M. J. (2015). Estratégia para a Promoção da Alimentação Saudável em Portugal. *Perspetivas – Direção Geral de Saúde*, 4, 37-41.
- Goes, A., et. al. (2015). "Papa Bem": investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33 (1), 12-23.
- Hanson, S. (2005) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição). Lusociência: Loures.
- Hoelscher, D. M., Kirk, S., Ritchie, L., & Cunningham-Sabo, L. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (10), 1375-1394.
- Honckenberry, M., Wilson, D., (2014). *Wong Enfermagem na Criança e no Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hopkins, K. F., DeCristofaro, C., & Elliot, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23. 278-288.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2016). *Advancing The Practice of Patient- and – Family – Centered Care in Primary Care and Other Ambulatory Settings: How to Get Started*. Disponível em <http://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf> Acedido a 20.10.2016
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas Demográficas 2015*. Lisboa: INE.

- Jolley, J., & Shields, L. (2009). Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.
- Karnik, S. & Kanekak, A. (2012). Childhood Obesity: a Global Public Health Crisis. *International Journal of Preventive Medicine*. 3 (1), 1-7.
- K erouac, Suzanne et al. (1996)- *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Levetown, M. (2008). Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121, e1441- e1460.
- McAdams, C. B. (2010). The environment and pediatric overweight: A review for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurses Practitioners*, 22, 460-467.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5^a ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Caderno OE. Série I. (8) . Volume 1. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança: Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos OE. Série 1(6). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adapta o   Parentalidade durante a Hospitaliza o: Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. Série 1. (8). Lisboa: OE.
- Pandita, A., et. al. (2016). Childhood obesity: prevention is better than cure. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 9, 83-89.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001) *O Mundo da Criança* (8^a edi o). Amadora: Mc Graw Hill.
- Pereira-da-Silva, L., et. al (2014). Nutri o entérica na criança nascida pré-termo: revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 326-339.

- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011 a), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série II, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011 b), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II Série II, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Sancho, T., et. al. (2014). Determinantes do Peso Corporal de Crianças em Idade Pré-Escolar. *Revista Factores de Risco*, 9 (34), 26-33.
- Seal, N., & Broome, M. (2011). Evidence-Based Interventions for Pediatric Weight Control. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(4), 293-300.
- Sena, R. A., & Prado, S. (2012). Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. *Revista de Enfermagem UNISA*, 13(1), 69-73.
- Sousa, J., Loureiro, I., & Carmo, I (2008). A Obesidade Infantil: Um problema emergente. *Saúde e Tecnologia*, 2, 5-15.
- Sousa, R. R., Trindade, R. (2013). O Impacto da Saúde Escolar na comunidade Educativa. *Educação, Sociedade e Culturas*, 38, 99-116.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência
- Vasylyeva, T. et al. (2013). Obesity in prematurely born children and adolescents: follow up in pediatric clinic. *Nutrition Journal*, 12, 150.
- Warren, D.; Jarvis, A.; Garvel, J. & CTAS National Working Group (2008). Revision to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 224-243.
- World Health Organization (2014). *Commission on Ending Childhood Obesity – Facts and figures on childhood obesity*. Disponível em www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en Acedido a 12.10.2016.
- World Health Organization. (2015). *Media centre: Obesity and overweight*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acedido a 12.10.2016.
- Young et. al. (2006), Negotiation of care for a hospitalised child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 9(2), 4-13.

ANEXOS

Anexo I

Modelo de Sistemas de Betty Neuman

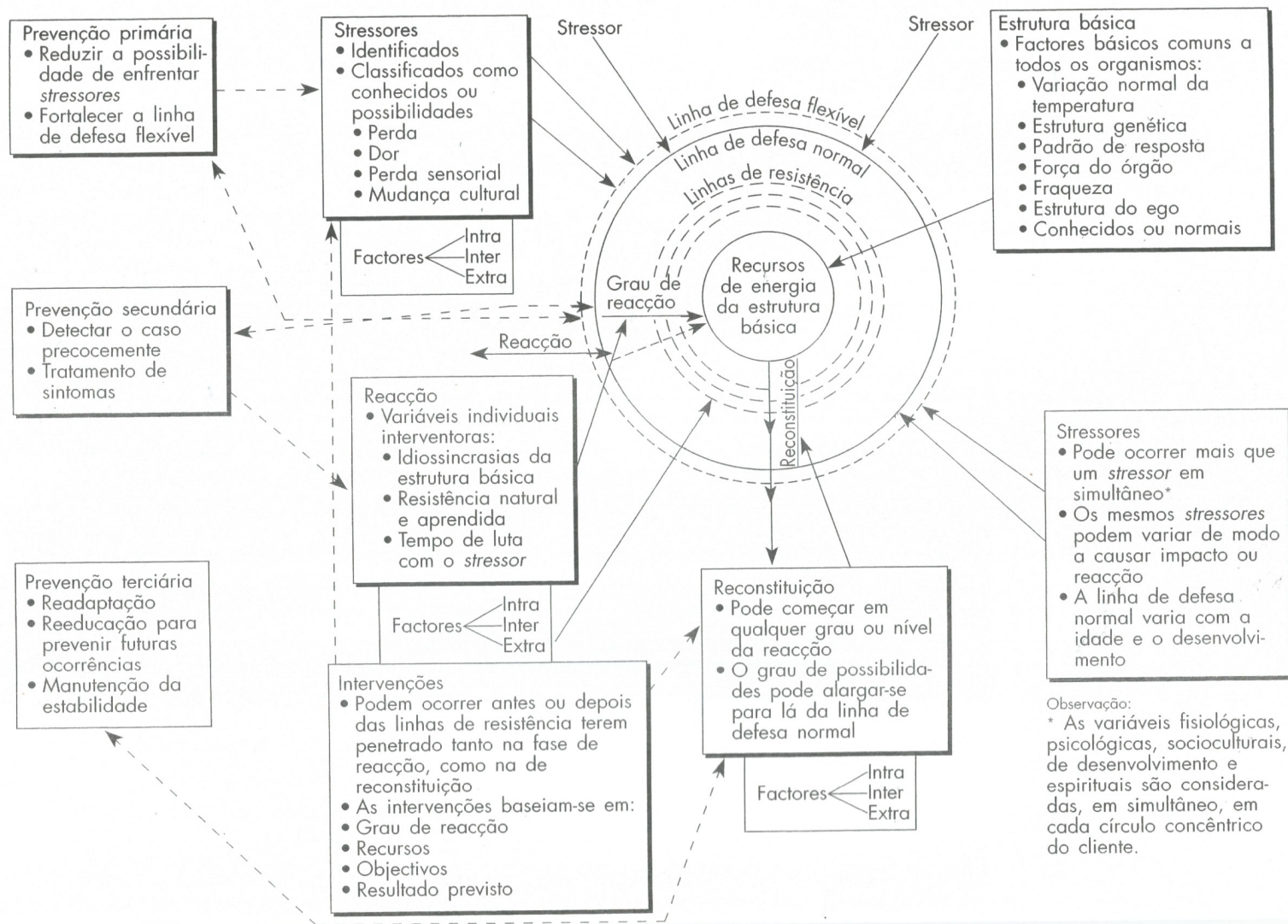


Figura 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Freese, 2004)

Apêndice I
Cronograma de estágio

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Cronograma de Estágio com Relatório

DATAS	2016											2017										
	SET	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZ		JANEIRO					FEVEREIRO				
	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	3	9	16	23	30	6	13	20	27	
LOCAIS DE ESTÁGIO	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	10	17	24	3	
Internamento de Pediatria Unidade de Infecçciologia																						
Unidade de Cuidados Neonatais																						
Serviço de Urgência Pediátrica																						
Consulta de Obesidade Pediátrica em Articulação com Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados																						
Unidade de Saúde Familiar																						
Elaboração do Relatório																						

Apêndice II

Planeamento dos objetivos gerais e específicos, atividades, recursos e competências a desenvolver

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Objetivos gerais e específicos, atividades, recursos e competências

Objetivo Geral			
1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) no cuidar ao recém-nascido/criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática			
Objetivo específico			
1.1. Analisar os diferentes contextos da prática na vertente funcional, estrutural e organizacional			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de orientação com Enfermeiro chefe e Enfermeiro orientador para conhecimento das várias vertentes do contexto; • Consulta de documentos específicos do contexto da prática (normas, protocolos e outros documentos relevantes da instituição e serviço); • Observação da dinâmica do serviço para compreender o método de trabalho, a articulação com a equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados; • Integração na equipa multidisciplinar; • Discussão e análise de situações específicas de cuidados com enfermeiro orientador e outros elementos da equipa; 	Serviço de Internamento de Pediatria (SIP); Unidade de Cuidados Neonatais (UCN); Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia existente nos serviços. • Computador <u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros ESIP; • Enfermeiro Orientador 	B 3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança dos indivíduos/grupos. C.1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. E.1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das patologias mais comuns na criança/jovem e das intervenções específicas para cada situação; • Identificação de critérios de referenciação e enfermeiro de referencia na articulação entre a UCN e as Unidades de Cuidados de Saúde Primários do ACES Lisboa Central; • Identificação das situações mais comuns que motivam o recurso ao SUP e das intervenções específicas para cada situação. 	<p>SIP</p> <p>UCN</p> <p>SUP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Chefe; • Docente orientadora; 	<p>doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p>
---	----------------------------------	---	--

Objetivo Específico

1.3. Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none">• Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro de referência e restante equipa a nível relacional e comunicacional;• Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com a criança/jovem e família;• Adaptação das estratégias relacionais e comunicacionais ao estágio de desenvolvimento e ao nível psicossocial, cultural e espiritual da criança/jovem e família.• Valorização das emoções, dúvidas, preocupações e necessidades da criança/jovem e família face ao processo de saúde através da disponibilidade para o diálogo, escuta, proximidade e compreensão;	UCN SIP SUP	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none">• Computador;• Bases de dados; <u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiros Especialistas;• Orientador de• Estágio;• Enf. Chefe;• Docente orientadora	E.3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

<ul style="list-style-type: none"> • Discussão e análise de situações específicas de cuidados a nível da prevenção da obesidade infantil com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa; • Discussão e análise de situações específicas de cuidados, relativos à alimentação do recém-nascido, como estratégia de prevenção da obesidade infantil, com enfermeiro orientador e outros elementos da equipa; • Identificação do estágio de obesidade em que a criança se encontra e as intervenções desenvolvidas; • Identificação de situações de excesso de peso e obesidade, encaminhamento e intervenções realizadas. 	<p>SIP; SUP; COP; UCSP</p> <p>UCN</p> <p>COP</p> <p>UCSP</p>		<p>E.1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p>
---	--	--	--

Objetivo Específico			
2.2. Aprofundar conhecimentos gerais e específicos sobre obesidade infantil;			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a problemática da obesidade infantil; • Observação participativa na prestação de cuidados especializados à criança obesa; • Discussão e análise de situações específicas de cuidados relacionadas com a obesidade infantil com enfermeiro orientador e outros elementos da equipa; 	COP	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Bases de dados • Livros e manuais técnicos <u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Peritos em Obesidade Infantil; • Enfermeiro orientador; • Enf. Chefe; • Docente orientadora; 	D.2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.

Objetivo específico			
2.4. Conhecer projetos na área da obesidade infantil			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a problemática da obesidade infantil e projetos desenvolvidos; • Reunião com a Enf^a Chefe e Enfermeiras de Saúde Infantil e de Saúde Escolar envolvidas nos projetos de prevenção da obesidade infantil; • Discussão e análise de projetos comunitários em desenvolvimento, recursos da comunidade e rede de suporte, na área da prevenção da obesidade infantil ; 	UCSP	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Bases de dados • Livros e manuais técnicos <u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Saúde Escolar e ESIP; • Enfermeiro orientador; • Enf. Chefe; • Docente orientadora; 	D.2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.

Objetivo Específico

2.5. Promover a capacitação da criança/família na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos da obesidade infantil em contexto de consulta de saúde infantil

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de instrumento de avaliação de dados nutricionais da criança e família;• Transmissão de cuidados antecipatórios aos pais/família sobre alimentação, exercício físico e sono, adaptados às necessidades da criança/família;• Consciencialização dos pais/família como modelos para a criança no que respeita à adoção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis;• Esclarecimento de dúvidas dos pais/família em questões relacionadas com alimentação, exercício físico e sono;• Elaboração de folheto informativo sobre cuidados alimentares após a integração na dieta familiar, como meio de suporte para os pais/família.• Utilização do jogo “Alimentação Saudável”, como instrumento lúdico para envolver a criança na aquisição de hábitos alimentares saudáveis;	USF	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Computador;• Base de dados <p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro orientador• Docente orientadora.	<p>E.1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E.3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p>

Objetivo Específico

2.6 Envolver os profissionais de saúde da USF na prevenção da obesidade infantil

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none">• Reunião com coordenador da USF, responsável de enfermagem e responsáveis pelo programa de Saúde Infantil;• Revisão de literatura sobre projetos de intervenção no âmbito da prevenção da obesidade infantil;• Realização de sessão de formação sobre dimensão e importância da intervenção na prevenção da obesidade infantil;• Elaboração de projeto de intervenção na prevenção da obesidade infantil:<ul style="list-style-type: none">○ Reunião para convite a profissionais da equipa multidisciplinar para integração no projeto;○ Definição de objetivos do projeto, atividades a desenvolver e recursos necessários;○ Planeamento de estratégias para o desenvolvimento do projeto;○ Apresentação do projeto à equipa da USF Vasco da Gama.	USF	<p><u> Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Computador;• Base de dados <p><u> Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro orientador;• Coordenador USF;• Enfermeiros;• Médicos• Docente orientadora.	<p>C.1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão.</p> <p>D.2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.</p> <p>D.2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.</p>

Apêndice III

Plano de Sessão Formação “*Obesidade Infantil – Dimensão do problema e a necessidade de intervenção do Enfermeiro*”

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação: “Obesidade
Infantil – Dimensão do problema e a
necessidade de intervenção do
Enfermeiro”**

Estágio: Internamento de Pediatria

Docente orientadora: Prof^ª Dr.^a Graça Vinagre

Discente: Joana Martins Pereira da Rocha n.º 5483

Lisboa, Outubro 2016

Contextualização

No decorrer do estágio no Internamento de Pediatria – Unidade de Infecçologia, tive a oportunidade de compreender a dinâmica do serviço e o seu funcionamento. Apercebi-me que nas situações de obesidade identificadas, os cuidados eram direcionados para a situação de doença aguda que conduziu ao internamento, sendo estes últimos o grande foco de intervenção da equipa de enfermagem, transferindo a intervenção no que respeita à obesidade para segundo plano. Assim, após discussão e análise da situação com a enfermeira orientadora, tendo em conta a temática do projeto de estágio, pareceu pertinente a realização de uma sessão de formação para sensibilizar e consciencializar a equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria para a dimensão do problema da obesidade infantil e a importância da intervenção do enfermeiro na sua prevenção. Procurei desenvolver uma atividade que pudesse incitar a reflexão dos enfermeiros para esta temática e para a importância da sua intervenção, mesmo em contexto de internamento.

Finalidade/Justificação

A Obesidade é um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, considerada como epidemia global do século XXI. Em 2013, a nível mundial, cerca de 42 milhões crianças com < 5 anos apresentava excesso de peso e estima-se que em 2025 chegará aos 70 milhões (World Health Organization, 2014).

Em Portugal, 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa. Segundo um estudo 2013-2014 da APCOI (amostra: 18 374 crianças): 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso e 16,8% são obesas (Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil, 2016).

A OMS recomenda estratégias de prevenção na população em vários níveis para combater a epidemia de obesidade infantil, nomeadamente na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil (Regber, Marild, & Hanse, 2013).

A obesidade após estabelecida é difícil de reverter. A prevenção é a melhor estratégia para controlar esta epidemia. O pilar essencial de tratamento passa pela prevenção nos três níveis : primária, secundária e terciária (Allen, Vessey, & Schapiro, 2010; Hopkins, DeCristofaro, & Elliot, 2011).

Este tratamento passa pela modificação de comportamentos e hábitos de vida, essencialmente no que respeita a mudanças no plano e padrão alimentar e no padrão de atividade física. É fundamental o diagnóstico precoce e intervenções nos períodos críticos de desenvolvimento da obesidade, idade pré-escolar e adolescência, para evitar obesidade na idade adulta (Sena & Prado, 2012).

Os enfermeiros são elementos fundamentais na promoção da saúde, mesmo em situação de internamento, em que o apetite da criança pode estar diminuído e não refletir os hábitos

alimentares em casa, o enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para realizar a avaliação da criança e família: história individual e familiar e avaliação dos dados nutricionais: alimentação desde nascimento, padrões de atividades física, padrões de peso, conhecimento parental sobre alimentação de forma a fornecer orientações para melhoria dos aspetos nutricionais (Nichols & Livingston, 2002; McAdams, 2010; Branco, Jorge & Chaves, 2011; Honckenberry & Wilson, 2014).

Estudos demonstram que o excesso de peso e a obesidade infantil são mal identificados e documentados em contexto de hospitalização e ambiente hospitalar, mas também referem insuficiência de informação relativamente à triagem e aconselhamento sobre este tema em ambiente hospitalar (Barlow, Bobra & Elliot, 2007; McLean, Wake & McCallum, 2007; Sleeper, Azira & Binns, 2009 cit in Bradford et al, 2012).

Planeamento e Execução

Foi realizada uma apresentação em diapositivos, sobre esta temática. No final foi projetado um breve vídeo da autoria da Associação Portuguesa de Combate à Obesidade Infantil que alerta para a dimensão deste problema.

Plano da Sessão

Tema: “Obesidade Infantil – Dimensão do problema e a necessidade de intervenção do Enfermeiro”

População Alvo: Enfermeiros da Unidade de Infeciologia

Preletora: Joana Rocha

Data/Hora 15 e 16 de Outubro de 2016

Duração 30 minutos

Local: Unidade de Infeciologia

Objetivo Geral: Informar a equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria sobre a dimensão da obesidade infantil e a necessidade de intervenção do enfermeiro.

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

- Definir conceito básico de Obesidade Infantil (OI);
- Identificar os factores de risco de desenvolvimento da OI;
- Identificar as consequências da OI;
- Identificar os vários tratamentos da OI;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem nos três níveis de prevenção da OI

Conteúdos programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação ● Objetivos Gerais e Específicos ● Pertinência do tema 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação inicial Diagnóstico de necessidades	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ● Obesidade Infantil <ul style="list-style-type: none"> ○ Definição ○ Factores de risco ○ Consequências ○ Tratamento ○ Intervenção do Enfermeiro ○ Projetos 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: Observação da participação da equipa	15 minutos
Síntese Final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimentos de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador Questionário de avaliação da sessão	Avaliação Sumativa: Observação da participação da equipa Questionário de avaliação da sessão	10 minutos

Avaliação

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário de avaliação, que se apresenta em seguida.

Estes questionários foram entregues aos enfermeiros que assistiram à sessão após a discussão da mesma. A sessão foi realizada em dois dias no momento de passagem do turno da manhã para o turno da tarde, abrangendo um total de 10 enfermeiros e 2 alunos do curso de licenciatura em Enfermagem. Na questão “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo... 1.1. no seu trabalho diário e 1.2. no seu desenvolvimento pessoal...” 75% dos formandos consideraram muito elevado e 25% consideraram elevado; “... 1.3. na excelência da sua equipa...”. Na questão “Como avalia a sessão de formação em relação a: 2.1. Duração...” 83% dos formandos consideraram muito elevado e 27% consideraram médio; “...2.3. Método de aprendizagem, 2.4. Competência do formador..” 83% dos formandos consideraram muito elevado e 27% consideraram elevado; a “...2.2. Importância do tema (...) 2.5. Apreciação Global” teve avaliação de 100% por parte de todos os formandos.

Relativamente aos “pontos fortes desta sessão de formação” foram obtidas respostas como “sucinta, clara e pertinente”, “muito focalizado”, “objetividade”, “pertinência do tema”,

“intervenção do enfermeiro”, “conteúdo sintético, comunicação clara”; aos pontos fracos desta sessão de formação apenas uma resposta “pouco extenso e aprofundado”; e “dentro desta temática que gostaria de ver aprofundado” sem resposta.

De um modo geral os objetivos propostos foram atingidos e a sessão de formação foi avaliada de forma bastante positiva, uma vez que foi trabalho um tema bastante pertinente e foram trabalhados conceitos que estão em consonância com a prática diária de cuidados, constituindo um contributo para o seu enriquecimento.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DE FORMAÇÃO

Designação da formação: Obesidade Infantil – Dimensão do problema e a necessidade de intervenção do Enfermeiro	Data: 15/10/2016 16/10/2016
Nome do Formando (Facultativo)	
Local de Formação : Unidade de Infecçciologia	

O objetivo do questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1. Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo....

	1	2	3	4	5
1.1 No seu trabalho diário					
1.2. No seu desenvolvimento pessoal					
1.3. Na excelência da sua equipa					

2. Como avalia a sessão de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do Formador					

Pontos fortes desta sessão de formação

Pontos Fracos desta sessão de formação

Dentro desta temática que tema gostaria de ver aprofundado

Referências bibliográficas

- Allen, P. J., Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (2010). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition* (5 th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.apcoi.pt/obesidade-infantil/
- Branco, S., Jorge, M. S., & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Médica Portuguesa* , 24 (S2), pp. 509-516.
- Honckenberry, M., Wilson, D., (2014). *Wong Enfermagem na Criança e no Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hopkins, K. F., DeCristofaro, C., & Elliot, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , 23, pp. 278-288.
- Nichols, M. R., & Livingston, D. (2002). Preventing Pediatric Obesity: Assessment and Management in the Primary Care Setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , 14 (2), pp. 55-62.
- McAdams, C. B. (2010). The environment and pediatric overweight: A review for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurses Practitioners* , 22, pp. 460-467.
- Regber, S., Marild, S., & Hansén, J. J. (2013). Barriers and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing* , 12 (27).
- Sena, R. A., & Prado, S. (2012). Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. *Revista de Enfermagem UNISA* , 13 (1), pp. 69-73.
- World Health Organization (2014). Commission on Ending Childhood Obesity – Facts and figures on childhood obesity. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en

Apêndice IV
Poster “*Pirâmide da Dieta Mediterrânea - Prevenção da Obesidade Infantil*”

Pirâmide da Dieta Mediterrânica

Prevenção da Obesidade Infantil

Joana Martins Pereira da Rocha. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria



- A **Obesidade** é um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, considerada como **Epidemia global do século XXI**.⁴
- Em 2013, a nível mundial, cerca de 42 milhões de crianças com menos de 5 anos apresentava excesso de peso e estima-se que em **2025** chegará aos **70 milhões**.⁴
- A Comissão Europeia localiza **Portugal** entre os países com maior número de prevalência desta epidemia. Em 2013-2014, **1** em cada **3** crianças tem excesso de peso.²
- A **prevenção** é o melhor tratamento através da adopção de **comportamentos alimentares e de atividade física adequados**. Os pais e família são o maior modelo para as crianças.^{1,3}
- A **Obesidade** tem **consequências físicas e psicológicas graves**, considerada a causa direta do aparecimento de doenças na infância como complicações cardiovasculares – **hipertensão**, endócrinas – **diabetes**, respiratórias – **asma**, ortopédicos – **dor articular**, gastrointestinais, no sono – **apneia**, neurológicas e psicológicas – **depressão e baixa de autoestima**.¹

Apêndice V

Plano de Sessão Formação “*Alimentação do recém-nascido prematuro: Evolução dos diferentes tipos de leite*”

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação: “Alimentação do
recém-nascido prematuro: Evolução dos
diferentes tipos de leite”**

Estágio: Unidade de Neonatologia

Docente orientadora: Prof.^a Dr.^a Graça Vinagre

Discente: Joana Martins Pereira da Rocha n.º 5483

Lisboa, Novembro 2016

Contextualização

Tendo em conta a temática do projeto, após análise e discussão da situação com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, surgiu a pertinência da realização de uma sessão de formação para sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais para a importância da alimentação do recém-nascido prematuro, evolução no que respeita aos diferentes tipos de leite e consequências na má gestão desta alimentação e consequentemente o fornecimento de orientações adequadas na preparação para a alta.

Finalidade/Justificação

A alimentação e o perfil de crescimento nos primeiros meses de vida são determinantes para a saúde futura. Quando o recém-nascido nasce prematuro, o fornecimento rico de nutrientes que suporta o crescimento e desenvolvimento do feto é interrompido. É necessário restaurar o fornecimento de nutrientes e garantir o óptimo crescimento e desenvolvimento. O crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro deve prosseguir à mesma velocidade que teria *in útero* (Ziegler, 2011).

O leite materno supre em exclusivo todas as necessidades dos lactentes durante o 1º semestre de vida. O leite humano materno é o alimento preferencial para o recém-nascido prematuro. Tem vantagens a nível psicológico, afetivo e biológico: dependência da sua composição nutricional; dependência de componentes bioativos; protege e desenvolve sistema imunitário; promove o desenvolvimento cognitivo e visual; facilita a digestão e absorção de nutrientes; diminui o risco de enterocolite necrosante; diminui o risco de alergias (Lucas et al., 2001; Braga, 2009; Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013; Pereira-da-Silva et al., 2014).

Na Europa, a taxa de amamentação de crianças nascidas pré-termo, no momento da alta é baixa. A insegurança, ansiedade e sofrimento das mães, a iminência do fracasso no aleitamento materno face às inúmeras condicionantes que estão expostas, conduzem à diminuição da produção de leite e por vezes à sua cessação (Bonfím & Nascimento, 2007; Pereira-da-Silva, 2014).

Na ausência de leite humano existem fórmulas infantis, com objetivo major de aproximação máxima à composição do leite humano para a promoção de um perfil de crescimento e de composição corporal o mais semelhante possível ao registado no RN/lactente alimentado com leite humano (Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013).

As mães dos recém-nascidos prematuros encontram diversas barreiras e mudanças, principalmente a nível emocional que diminuem o sucesso do aleitamento materno comparativamente com os recém-nascidos de termo. O que conduz a alta com alimentação por fórmula (Tudehope, Page & Gilroy, 2012). A elevada densidade proteica das fórmulas está associada a algumas complicações, sobrecarga renal e hepática e sobrecarga metabólica (Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013). O fenómeno de *catch-up growth* do RN prematuro,

que consiste numa aceleração rápida do crescimento, ocorre habitualmente entre os 6 e 9 meses de idade corrigida e aumenta o risco de obesidade, insulinoresistência e síndromes metabólicas (Cooke, 2011).

A prematuridade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade. Na preparação para a alta, os aspectos da alimentação, no que respeita ao tipo de leite têm de ser considerados, para o bebé prematuro ter alta a ser alimentado com o leite mais indicado para as suas necessidades e os pais serem orientados nesse sentido. Os enfermeiros têm papel fundamental nestas orientações fornecidas aos pais, sensibilizando-os para a importância de uma gestão alimentar correta desde o nascimento, como forma de prevenir complicações futuras.

Planeamento e execução

Foi realizada uma apresentação em diapositivos, sobre esta temática. De seguida encontra-se o plano da sessão e os dispositivos utilizados na mesma.

Plano de Sessão de Formação

Tema: Alimentação do recém-nascido prematuro: Evolução dos diferentes tipos de leite

População Alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Neonatais

Preletora: Joana Rocha

Data/Hora 08 e 10.11.2016

Duração 30 minutos

Local: Unidade de Cuidados Intermédios

Objetivo Geral: Informar a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais sobre a alimentação do recém-nascido prematuro, evolução no que respeita aos diferentes tipos de leite e consequências.

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

- Identificar o processo de alimentação no RN prematuro;
- Identificar a evolução da alimentação do RN prematuro com os diferentes tipos de leite ;
- Descrever os diferentes tipos leites, suas características e indicações;
- Conhecer as consequências futuras de má gestão na alimentação do RN prematuro.

Conteúdos programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e	Avaliação	Tempo
--------------------------------	--------------------------	----------------------------	------------------	--------------

		Suporte		
Introdução <ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação ● Objetivos Gerais e Específicos 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação inicial Diagnóstico de necessidades	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentação do RN Prematuro <ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentação Entérica ○ Leite Humano: Materno/Dadora ○ Leite Especial Prematuro ○ Leite PDF ○ Leite Adaptado 1 ○ Leites especiais ● Obesidade Infantil - Prematuridade 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: Observação da participação da equipa	15 minutos
Síntese Final <ul style="list-style-type: none"> ● Conclusão ● Bibliografia ● Esclarecimentos de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador Questionário de avaliação da sessão	Avaliação Sumativa: Observação da participação da equipa Questionário de avaliação da sessão	10 minutos

Avaliação

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário de avaliação, que se apresenta em seguida.

Estes questionários foram entregues aos enfermeiros que assistiram à sessão após a discussão da mesma. A sessão foi realizada em dois dias no momento de passagem do turno da manhã para o turno da tarde, abrangendo um total de 14 enfermeiros. Esta sessão voltou a ser repetida a pedido da Sr.^a Enf.^a Chefe do Serviço, pela pertinência do tema num dia de formação para os profissionais de enfermagem do serviço em questão.

Na questão “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo... 1.1. no seu trabalho diário e 1.2. no seu desenvolvimento pessoal...” 100% dos formandos consideraram muito elevado; “... 1.3. na excelência da sua equipa...”, Na questão “Como avalia a sessão de formação em relação a: “2.1. Duração (...) 2.3. Método de aprendizagem”, 79% dos formandos consideraram muito elevado e 21% consideraram elevado; a “...2.2. Importância

do tema”, 100% dos formandos considerou muito elevado; a “...2.4. Competência do formador; 2.5. Apreciação Global” 93% dos formandos consideraram muito elevado e 7% consideraram elevado.

Relativamente aos “pontos fortes desta sessão de formação” foram obtidas respostas como “adequada para a unidade e para a preparação da alta”, “importância e pertinência do tema para os cuidados prestados na unidade”, “destaque da importância do enfermeiro a nível nutricional na alta e relevância para o futuro”, “esclarecimento das idades gestacionais e necessidades de suplementação ao leite materno”, “informação clara e pertinente”, “boa comunicação e evidência mostrada através de artigos”, “domínio da temática pela formadora”, “indicações especificações de cada tipo de leite”; aos pontos fracos desta sessão de formação apenas uma resposta “complementação com entrega dos artigos referidos”; e “dentro desta temática que gostaria de ver aprofundado” sem resposta.

De um modo geral os objetivos propostos foram atingidos e a sessão de formação foi avaliada de forma bastante positiva, os formando mostraram interesse na discussão, reforçando a pertinência do tema e dos conteúdos apresentados para a sua prática diária, constituindo um contributo para a prestação de cuidados e preparação da alta do recém-nascido prematuro.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DE FORMAÇÃO

Designação da formação: Alimentação do recém-nascido prematuro: Evolução dos diferentes tipos de leite	Data: 08/11/2016 10/11/2016
Nome do Formando (Facultativo)	
Local de Formação : Unidade de Cuidados Neonatais	

O objetivo do questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

3. Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo....

	1	2	3	4	5
1.1 No seu trabalho diário					
1.2. No seu desenvolvimento pessoal					
1.3. Na excelência da sua equipa					

4. Como avalia a sessão de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Importância do tema					
2.3 Método de aprendizagem					
2.4 Competência do Formador					
2.5 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de formação

Pontos Fracos desta sessão de formação

Dentro desta temática que tema gostaria de ver aprofundado

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Alimentação do RN Prematuro

Evolução dos diferentes tipos de leite

Unidade de Cuidados Neonatais

Joana Rocha
Novembro, 2016

Objetivos

- ♦ **Objetivo Geral**
Informar a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais para a alimentação do recém-nascido prematuro, evolução no que respeita aos diferentes tipos de leite e consequências.
- ♦ **Objetivos Específicos**
Identificar o processo de alimentação no RN prematuro;
Identificar a evolução da alimentação do RN prematuro com os diferentes tipos de leite ;
Descrever os diferentes tipos leites, suas características e indicações;
Conhecer as consequências futuras de má gestão na alimentação do RN prematuro;

Alimentação no RN Prematuro

- ♦ A alimentação e o perfil de crescimento nos primeiros meses de vida são determinantes para a saúde futura.
- ♦ Quando o recém-nascido nasce prematuro, o fornecimento rico de nutrientes que suporta o crescimento e desenvolvimento do feto é interrompido. É necessário restaurar o fornecimento de nutrientes e garantir o ótimo crescimento e desenvolvimento.

(Ziegler, 2011)

Alimentação no RN Prematuro

- ♦ A American Academy of Pediatrics recomenda que seja fornecido ao recém-nascido prematuro um aporte de nutrientes que lhe permita um crescimento pós-natal, em termos antropométricos e de composição corporal semelhante ao de um feto normal in utero. (Braga, 2009)
- ♦ O crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro deve prosseguir à mesma velocidade que teria in útero. (Ziegler, 2011)

Alimentação no RN Prematuro

- Na transição do feto para recém-nascido prematuro o fluxo de nutrientes é inevitavelmente interrompido. Esta interrupção deve ser imediatamente revertida e a alimentação parentérica deve ser iniciada.
- Enquanto os nutrientes são fornecidos por via parentérica, a alimentação trófica é iniciada com o objetivo de promover a maturação do trato intestinal ainda imaturo, com um aporte de 12 a 24 ml/kg/dia.
- A alimentação parentérica termina quando esta maturação atinge o ponto que permite todo o fluxo de nutrientes necessários por via entérica.

(Braga, 2009; Ziegler, 2011)

Alimentação Entérica

- Leite Humano : Materno
- Leite Humano: Dadora
- Leite Especial Prematuro
- Leite PDF - *Post Discharge Formula*
- Leite Adaptado 1

Leite Humano: Materno, Dadora

- O leite materno supre em exclusivo todas as necessidades dos lactentes durante o 1º semestre de vida.
- O leite humano materno é o alimento preferencial para o recém-nascido (RN) prematuro.
- Vantagens psicológicas, afetivas e biológicas: dependência da sua composição nutricional dependência de componentes bioativos, protege e desenvolve sistema imunitário promove o desenvolvimento cognitivo e visual facilita a digestão e absorção de nutrientes diminui o risco de enterocolite necrosante diminui o risco de alergias

(Lucas et. al., 2001; Braga, 2009; Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013; Pereira-da-Silva et al, 2014)

Leite Humano: Materno, Dadora

- O LH tem na sua composição mais de 300 substâncias bioativas para além da sua rica composição em macro e micronutrientes. (Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013)
- O LH materno pré termo tem importantes vantagens não nutritivas, nomeadamente propriedades imunológicas e fatores promotores da maturação intestinal. (Pereira-da-Silva et al, 2014)
- Nos 1ºs dias pós parto o LH materno pré-termo tem maior concentração de proteínas, sódio e cloro, menor concentração de lactose e osmolaridade. (Pereira-da-Silva et al, 2014)
- Cerca de 2 semanas pós-parto o LH materno, habitualmente, torna-se insuficiente para suprir todas as necessidades nutricionais. (Pereira-da-Silva et al, 2014)

Leite Humano: Materno, Dadora

- LH materno, por vezes, é insuficiente para garantir as necessidades proteicas, energéticas e de alguns minerais e vitaminas, do recém-nascido prematuro, principalmente com idade gestacional inferior a 32 semanas ou 1500g de peso ao nascimento. (Braga, 2009)
- É necessário fortificar o LH materno, para aumentar as concentrações de nutrientes como, proteínas, minerais e vitaminas.

(Ziegler, 2011; Tudehope, Page and Gilroy, 2012; Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013)

- A introdução do fortificante deve ser feita quando o RN tolera 100ml/kg/dia.

(Gomes, 2004; Pereira-da-Silva et al, 2014)

Leite Humano: Materno, Dadora

- LH Dadora: é fornecido por bancos de leite certificados geralmente doado por mães de RN de termo armazenado congelado, analisado bacteriológicamente e tratado termicamente processo de pauturização - aquecimento a 62,5°C durante 30 minutos, seguido de arrefecimento a 6° C e posterior congelação a -20°C.

(Pereira-da-Silva, 2014; Silva et al, 2014)

- LH Dadora: mantém muitos fatores de proteção, mas nutricionalmente poderá não ser o mais adequado, necessitando de suplementação.

(Bonfim & Nascimento, 2007)

Leite Humano: Materno, Dadora

- Na Europa, a taxa de amamentação de crianças nascidas pré-termo, no momento da alta é baixa. (Pereira-da-Silva, 2014)
- A insegurança, ansiedade e sofrimento das mães, a iminência do fracasso no aleitamento materno face às inúmeras condicionantes que estão expostas, conduzem à diminuição da produção de leite e por vezes à sua cessação.

(Bonfim & Nascimento, 2007)

- Na ausência de LH existem fórmulas infantis, com objetivo maior de aproximação máxima à composição do LH para a promoção de um perfil de crescimento e de composição corporal o mais semelhante possível ao registado no RN/lactente alimentado com LH.

(Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013)

Leite Especial Prematuro: LEP

- Indicações: para recém-nascidos com idade gestacional < a 36 semanas, quando o leite humano (LH) materno ou de dadora não existe em quantidade suficiente para suprir as necessidades nutricionais do recém-nascido.
- Objetivo: atender as necessidades nutricionais especiais estimadas para um crescimento e desenvolvimento estável em RN prematuros.
- Fornece a maioria dos nutrientes necessários para o crescimento dos bebês prematuros, nomeadamente energia, proteínas, minerais e oligoelementos, mas não replica os fatores bioativos do LH.

(Tudehope, Page and Gilroy, 2012)

Leite Especial Prematuro: LEP

- ◆ As necessidades energéticas dependem da idade gestacional, déficits acumulados e alterações da composição corporal - adequada relação energia/proteína.
- ◆ LEP - densidade calórica e teor proteico mais elevados que LA 1 para compensar as necessidades energéticas especiais.
- ◆ Pelo risco de sobrecarga em macro e micronutrientes, quando o volume de ingestão diária é > a 360 ml, a sua indicação é até à data de alta hospitalar ou até ao RN atingir 2000g de peso.
(Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013; Pereira-da-Silva, 2014)

Leite Especial Prematuro: LEP

- ◆ Habitualmente a transição do LEP para outra fórmula deve ocorrer até às 37 semanas de idade corrigida ou 1800-2000g, ou última instância à data da alta. Preferencialmente, com leite "enriquecido" - *Post Discharge Formula*
(Tudehope, Page and Gilroy, 2012; Rego, Teles, Nazareth & Guerra, 2013)

Leite Post-Discharge Formula (PDF)

- ◆ É uma fórmula de composição intermédia entre o LEP e o leite adaptado 1, com aumento a nível calórico e enriquecido com maior teor de proteínas, minerais, vitaminas e oligoelementos do que um LA 1.
- ◆ Indicações: prematuros com idade gestacional < 33 semanas, alimentados com leite tipo fórmula no momento da alta, preferencialmente com início na semana anterior à mesma;
- ◆ Objetivo: fornecer nutrientes suficientes para suprir défices, a fim de promover um óptimo crescimento e neurodesenvolvimento, sem superalimentação e supernutrição.
(Lucas et al, 2001; Tudehope, Page & Gilroy, 2012; Pereira-da-Silva, 2014)

Leite Post-Discharge Formula (PDF) - Leite Adaptado 1

- ◆ A *American Academy of Pediatrics* reconhece a importância do leite PDF e recomenda o seu consumo nos primeiros 9 meses de vida dos bebés prematuros.
Adamkin (2006)
- ◆ O *European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)* recomenda o uso do PDF até às 40 semanas de idade corrigida, se necessário pode-se prolongar o seu uso por mais 12 semanas.
Tudehope, Page and Gilroy (2012)
- ◆ O ESPGHAN aponta a transição para leite adaptado 1, quando a velocidade de crescimento adequado estabiliza e as medidas de crescimento alcançam o percentil 25 correspondente à idade real. (Tudehope, Page and Gilroy, 2012)

Leite Adaptado 1

- ◆ Atingidas as 40 a 52 semanas de idade corrigidas, ou quando se verifique uma recuperação do crescimento, pode-se optar por leite adaptado 1 enriquecido com LCPUFAs.
Pereira-da-Silva et al (2014)
- ◆ O leite adaptado 1 pode ser utilizados como complemento ou substituto de LM até aos 6 meses de vida da criança.
Rego, Teles, Nazareth & Guerra (2013)

Leites Especiais Leite com hidrólise de proteína

- ◆ A prevalência da doença alérgica tem aumentado nas últimas décadas. A melhor prevenção é o aleitamento materno.
- ◆ A proteína do LV é o alergénio alimentar mais frequente em idade pediátrica, num período de vida de grande imaturidade do sistema imunológico.
- ◆ Indicações: Para RN com compromisso do trato intestinal: mal absorção, intolerância ou alergia à proteína do LA, fórmula parcialmente ou extensamente hidrolisada, quando o leite materno não está disponível.
- ◆ Objetivo: Fornecer ao RN um alimento desprovido de proteínas alergizantes, tendo por base um processo de hidrólise.

Rego, Teles, Nazareth & Guerra (2013)

Leites Especiais Leite anti-regurgitação

- ◆ Objetivo: tratar RN ou lactentes que regurgitam frequentemente ou que têm refluxo gastro-esofágico diagnosticado.
- ◆ O efeito terapêutico é obtido através da adição de agentes espessantes. (amido ou goma da semente de alfarroba).
- ◆ O ESPGHAN recomenda a utilização de fórmulas anti-regurgitantes apenas em casos particulares de RN ou lactentes com compromisso de crescimento relacionado com perda nutricional por regurgitação e deverá ser utilizado sob supervisão médica e com emendas posturais e farmacológicas associadas.

Rego, Teles, Nazareth & Guerra (2013)

Consequências na má gestão nutricional do RN prematuro

- ◆ As mães dos RN prematuros encontram diversas barreiras e mudanças, principalmente a nível emocional que diminuem o sucesso do aleitamento materno comparativamente com os RN termo. O que conduz a alta com alimentação por fórmula.
Tudehope, Page & Gilroy (2012)
- ◆ Elevada densidade proteica das fórmulas está associada a algumas complicações, sobrecarga renal e hepática e sobrecarga metabólica.
Rego, Teles, Nazareth & Guerra (2013)
- ◆ O *catch-up growth* do RN prematuro, ocorre habitualmente entre os 6 e 9 meses de idade corrigida - aumenta o risco de obesidade, insulinoresistência e síndromes metabólicas.
Cooke (2011)

Obesidade Infantil - Prematuridade

- ◆ A prematuridade é um fator de risco ao desenvolvimento da obesidade.
- ◆ A Obesidade é um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, considerada como epidemia global do século XXI.
- ◆ Em 2013, a nível mundial, cerca de 42 milhões crianças com < 5 anos apresentava excesso de peso e estima-se que em 2025 chegará aos 70 milhões.
- ◆ Estima-se que o nº de crianças com excesso de peso é 2,5 vezes superior ao nº de crianças subnutridas

World Health Organization (2014)

Obesidade Infantil - Prematuridade

- ◆ Em Portugal, 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa.
- ◆ Segundo um estudo 2013-2014 da APCOI (amostra: 18 374 crianças): 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso e 16,8% são obesas.
- ◆ A Comissão Europeia localiza Portugal entre os países com maior número de prevalência desta epidemia

(Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil)

Conclusão

- ◆ A alimentação do bebé prematuro deve ser estruturada nas suas várias etapas de acordo com as suas necessidades nutricionais, tendo em conta a idade gestacional e peso.
- ◆ Na preparação para a alta, os aspectos da alimentação, no que respeita ao tipo de leite têm de ser considerados, para o bebé prematuro ter alta a ser alimentado com o leite mais indicado para as suas necessidades e os pais serem orientados nesse sentido.
- ◆ Pelo fenómeno de "catch-up growth" e risco de obesidade, diabetes e outras doenças metabólicas, a alimentação com leites especiais calóricos e proteicos deve ser cuidada e monitorizada.

Referências bibliográficas

- Adamkin, D. H. (2006). Postdischarge nutrition therapy. *Journal of Perinatology*, 26, pp S27-S30
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.apcoi.pt/obesidade-infantil
- Bomfim, D. A. S., Nascimento, M. J. P. (2007). Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade. *Revista de Enfermagem UNISA* (8); pp17-22
- Braga, A. C. (2009). Alimentação no Prematuro. *Nascer e Crescer* 8 (3); pp S195-S198
- Cooke, R. (2011). Nutrition of Preterm Infants after Discharge. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 69 (1) pp. 32-36
- Silva, R. (2014). O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 16 (3); pp S35-S41
- Gomes, A. (2004). Nutrição entérica do recém-nascido pré-termo. Secção Portuguesa de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Consensos Nacionais de Pediatria*; pp 109-112
- Lucas et. al. (2001). Randomized Trial of Nutrient-Enriched Formula Versus Standard Formula for Postdischarge Preterm Infants. *Pediatrics*. 108(3); pp 703-711
- Pereira-da-Silva, L. et. al (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré-termo: revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, pp. 326-339
- Rego, C., Teles, A., Nazareth, M., Guerra, A. (2013). Leites e formulas Infantis: a realidade portuguesa revisitada em 2012. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 44(5); pp S50-S93.
- Tudehope, D., Page, D., Gilroy, M. (2012). Infant formulas for preterm infants: In-hospital and post-discharge. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48; pp 768-776
- Vasylyeva, T. et al. (2013). Obesity in prematurely born children and adolescents: follow up in pediatric clinic. *Nutrition Journal*. 12, pp 150
- Ziegler, E. E. (2011). Meeting the Nutritional Needs of the Low-Birth-Weight Infant. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 58 (supl.1); pp 8-18

Referências bibliográficas

- Bomfim, D. A. S., Nascimento, M. J. P. (2007). Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade. *Revista de Enfermagem UNISA* (8); pp17-22
- Braga, A. C. (2009). Alimentação no Prematuro. *Nascer e Crescer* 8 (3); pp S195-S198
- Cooke, R. (2011). Nutrition of Preterm Infants after Discharge. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 69 (1) pp. 32-36
- Lucas et. al. (2001). Randomized Trial of Nutrient-Enriched Formula Versus Standard Formula for Postdischarge Preterm Infants. *Pediatrics*. 108(3); pp 703-711
- Pereira-da-Silva, L. et. al (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré-termo: revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, pp. 326-339
- Rego, C., Teles, A., Nazareth, M., Guerra, A. (2013). Leites e formulas Infantis: a realidade portuguesa revisitada em 2012. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 44(5); pp S50-S93.
- Tudehope, D., Page, D., Gilroy, M. (2012). Infant formulas for preterm infants: In-hospital and post-discharge. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48; pp 768-776
- Ziegler, E. E. (2011). Meeting the Nutritional Needs of the Low-Birth-Weight Infant. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 58 (supl.1); pp 8-18

Apêndice VI

Plano de Sessão Formação “*Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono na
Prevenção da Obesidade Infantil*”

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação: “Alimentação
Saudável, Exercício Físico e Sono na
Prevenção da Obesidade Infantil”**

**Estágio: Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados**

Docente orientadora: Prof.^a Dr.^a Graça Vinagre

Discente: Joana Martins Pereira da Rocha nº 5483

Lisboa, Janeiro 2017

Contextualização

A temática do projeto e a idade que abrange, bem como a existência de um projeto de intervenção, neste contexto de estágio, na área da prevenção da obesidade infantil na área da saúde escolar, que abrange crianças em idade pré-escolar, com intervenção em jardins de infância, motivou uma análise e discussão da situação com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, da qual surgiu a pertinência da realização de uma sessão de formação para sensibilizar as crianças em idade pré-escolar sobre a importância da alimentação infantil, exercício físico e sono na prevenção da obesidade infantil.

Finalidade/Justificação

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como epidemia global do século XXI e como um dos mais severos problemas de Saúde Pública. A nível mundial, em 2013, cerca de 42 milhões crianças com idade inferior a 5 anos apresentava excesso de peso, e as estimativas apontam que, em 2025, esse valor poderá chegar aos 70 milhões (Organização Mundial de Saúde, 2014).

A nível nacional, os dados mais recentes referem-se a um estudo realizado em 2013-2014, pela Associação Portuguesa contra a Obesidade infantil, em que 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso e 16,8% são obesas, apontando para o fato que 1 em cada 3 crianças portuguesas tem excesso de peso ou é obesa (Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil, 2016).

A OMS recomenda estratégias de prevenção na população em vários níveis para combater a epidemia de obesidade infantil, nomeadamente na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil (Regber, Marild, & Hanse, 2013).

A obesidade após estabelecida é difícil de reverter. A prevenção é a melhor estratégia para controlar esta epidemia. O pilar essencial de tratamento passa pela prevenção nos três níveis : primária, secundária e terciária (Allen, Vessey, & Schapiro, 2010; Hopkins, DeCristofaro, & Elliot, 2011).

Segundo Sousa e Trindade (2013), a escola assume-se como um local privilegiado para realização de educação para a saúde, conseguindo-se abranger massa populacional considerável, em idades propícias à aquisição de comportamentos e atitudes que despertem e promovam estilos de vida saudáveis. Também engloba uma faixa etária diversificada a nível socioeconómico e cultural, permitindo que as ações de educação para a saúde sejam vistas como uma forma de combater a exclusão e diminuir a discriminação social, pois a saúde é vista como um direito de todos e um dever do Estado.

Para Almeida e colaboradores (2005), os profissionais envolvidos nas atividades em saúde pré-escolar devem desenvolver ações com o objetivo de promover hábitos e comportamentos

saudáveis, desenvolvendo atividades quer permitam às crianças conhecer os diferentes tipos de alimentos, os que são mais e menos saudáveis, promovendo uma alimentação adequada.

Planeamento e Execução

Foi realizada uma atividade com recurso a instrumentos como a roda dos alimentos, pirâmide alimentar mediterrânica e jogo de alimentação saudável (importado da Consulta de Obesidade Pediátrica). No final foi entregue um folheto informativo sobre a problemática para as crianças entregarem aos pais. De seguida encontra-se o plano da sessão.

Tema: Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono na Prevenção da Obesidade Infantil

População Alvo: Crianças em idade pré-escolar a frequentar Jardim de Infância

Preletora: Joana Rocha

Data/Hora - 04.01.2017 às 9h30m e 14h

10.01.2017 às 9h30m e 14h

Duração: 50 minutos

Local: Jardim de Infância

Objetivo Geral: Transmitir às crianças em idade pré-escolar a importância da alimentação infantil, exercício físico e sono na prevenção da obesidade infantil

Objetivos Específicos: Que no final da sessão as crianças sejam capazes de

- Identificar alimentos saudáveis;
- Identificar a importância da prática regular de exercício físico e que exercício podem fazer;
- Identificar a importância de dormir as horas necessárias;
- Conhecer a existência da obesidade infantil e os seus problemas futuros.

Conteúdos programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">• Acolhimento• Apresentação do formador• Apresentação do tema• Apresentação das crianças• Apresentação dos objetivos	Expositivo Interrogativo		Avaliação inicial	10 minutos

<p>Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentação Saudável: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos de alimentos que devem comer ○ Quantidade de cada alimento ○ Roda dos alimentos ● Exercício Físico <ul style="list-style-type: none"> ○ Que exercício praticam e podem praticar ○ Movimento e atividade física ● Sono <ul style="list-style-type: none"> ○ Horas que devem dormir por dia ○ Hora de deitar ● Obesidade Infantil <ul style="list-style-type: none"> ○ O que é? ○ O que pode acontecer por serem obesos? 	<p>Expositivo Demonstrativo Ativo</p>	<p>Poster pirâmide alimentar; Roda dos Alimentos; “Jogo alimentação saudável”; Jogo que envolveu atividade física e movimento;</p>	<p>Avaliação formativa: Observação da participação</p>	<p>30 minutos</p>
<p>Síntese Final</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conclusão 	<p>Expositivo Interrogativo</p>		<p>Avaliação: Observação da participação e resposta a algumas breves questões</p>	<p>10 minutos</p>

Avaliação

De um modo geral, as crianças mostraram interesse e curiosidade pela temática, participaram ativamente nas atividades propostas, principalmente as crianças mais velhas com 5 anos de idade. Mas foi notório a necessidade de trabalhar estas questões com os pais/cuidadores das crianças, sendo na sua maioria famílias carenciadas socioeconomicamente, com questões culturais muito enraizadas, o que dificulta a intervenção.

Na percepção das educadoras, a maioria dos pais não sabe fazer a gestão económica dos alimentos, não tem noção que é possível comprar alimentos saudáveis sem despender muitos recursos financeiros. Mas da sua experiência as questões trabalhadas com as crianças surtem algum efeito em casa, pois as crianças vão falar dos assuntos em casa, vão questionar os pais, o que fará os pais/cuidadores mais atentos e disponíveis tentar mudar alguns hábitos.

Foi enviado um folheto informativo para os pais sobre a importância da alimentação, exercício físico e sono, com orientações sobre as porções de alimentos de cada grupo a ingerir diariamente pelas crianças, as horas de sono diárias necessárias, a prática de exercício e as questões da obesidade infantil.

Referências bibliográficas

- Allen, P. J., Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (2010). *Primare Care of the Child with a Chronic Condition* (5 th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Almeida, I. et. al. (2005). Modelo de Intervenção em Saúde Pré-Escolar. *Psilogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*. 2(2), 33-55
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.apcoi.pt/obesidade-infantil/
- Hopkins, K. F., DeCristofaro, C., & Elliot, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , 23, 278-288.
- Regber, S., Marild, S., & Hanse, J. J. (2013). Barriers and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing* , 12 (27).
- Organização Mundial de Saúde (2014). Comission on Ending Childhood Obesity – Facts and figures on childhood obesity. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en
- Sousa, R. R., Trindade, R. (2013). O Impacto da Saúde Escolar na comunidade Educativa. *Educação, Sociedade e Culturas*. 38, 99-116

Apêndice VII

Folheto informativo para os pais “*Criança dos 3 aos 5 anos - Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono na Prevenção da Obesidade Infantil (informação aos pais)*”

Obesidade Infantil

- **Em Portugal 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa. 2**
- **A prevenção é o melhor tratamento através da adopção de comportamentos alimentares e de atividade física adequados. Os pais e família são o maior modelo para as crianças.**
- **Tem consequências físicas e psicológicas graves, considerada a causa direta do aparecimento de doenças na infância como hipertensão, diabetes, asma, dor articular, apneia, depressão e baixa de autoestima. 1**
- **O que contribui para o aparecimento da Obesidade:**
 - Maus hábitos de alimentação e atividade física dos pais e pessoas próximas.
 - Falta de conhecimento dos pais acerca da alimentação saudável.
 - Consumo reduzido de frutas e vegetais.
 - Consumo habitual de géneros alimentícios ricos em açúcares e gorduras e de baixo valor nutritivo, como bolos, doces, chocolates, rebuçados, fritos de pacote, entre outros.
 - Consumo frequente de bebidas açucaradas, como refrigerantes, sumos e néctares de fruta e leites aromatizados.
 - Passar muito tempo em atividades de ecrã, como ver televisão e utilizar computadores, telemóveis e videojogos.
 - Fazer pouca atividade física.
 - Dormir menos horas do que o necessário.

Saúde Escolar - UCSP

Criança dos 3 aos 5 anos

*Alimentação Saudável, Exercício Físico e Sono
na Prevenção da Obesidade Infantil*

(informação aos pais)



Alimentação da Criança entre os 3 e 5 anos:

- A sua criança deve fazer 5 ou 6 refeições por dia: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 ou 3 pequenos lanches
- Pelo menos uma refeição deve ser feita em família
- A sua criança não deve petiscar entre as refeições.
- Privilegie o consumo de frutas e vegetais. O almoço e o jantar devem ser iniciados com sopa, ofereça hortícolas no prato e fruta como sobremesa. Inclua frutas e vegetais também nos lanches.
- Não utilize alimentos para confortar ou premiar a criança ou para conseguir que ela faça ou coma algo em troca.
- Incentive a sua criança a provar os alimentos. Sirva pequenas porções ao lado de outros alimentos apreciados e dê o exemplo. Mas não a pressione a comer.
- Envolver a criança na preparação das refeições. Isso vai ajudá-la a apreciar mais os alimentos e a hora das refeições.
- Guarde para os dias de festa: as guloseimas, sumos e refrigerantes, fritos de pacote e outros géneros alimentícios com excesso de açúcares, gorduras e sal.
- Ofereça água para satisfazer a sede.
- Seja um bom exemplo. Os pais são os maiores modelos das crianças. Mais cedo ou mais tarde a criança vai querer copiar aquilo que faz



Exercício Físico



- *Para as crianças, a melhor forma de fazer atividade física é brincar! Os pais têm uma forte influência nos hábitos das crianças pequeninas. Brinque com a sua criança! Brincar em família vai incentivar uma vida ativa e saudável.*
- *Estar ao ar livre contribui para uma vida ativa e para a saúde e o bem-estar das crianças.*
- *Sempre que possível leve a sua criança para brincar ao ar livre, num parque, na praia ou num jardim. Ela vai adorar esta liberdade e os desafios de um parque são perfeitos para esta fase.*
- *Dos 3 aos 5 anos a criança deve ter liberdade para estar ativa por, pelo menos, 3 horas por dia, em intervalos repartidos ao longo do dia*



Crianças dos 3 aos 5 anos devem ter um limite de 1 hora por dia para ver televisão ou fazer outras atividades que envolvam estar a frente de um ecrã.

Sono

- *Dos 3 aos 5 anos as crianças devem dormir 11 a 13 horas durante a noite e podem ou não dormir a sesta.*
- *Estabeleça rituais de sono para ajudar a sua criança a sossegar 20 a 30 minutos antes de deitar. Por exemplo, lembrar que é hora de sossegar, tratar da higiene, diminuir a luz, contar uma história, deitar, aconchegar e dar um beijinho*
- *de boa noite.*



Alimentos	Porções
Carnes e pescados crus (sem ossos, peles ou espinhas - antes de cozinhar) Ovo 1 unidade	30g
Carnes e pescados cozinhados (sem ossos, pele ou espinhas)	1 colher de sopa cheia OU 1 pedaço do tamanho da palma da mão da criança – 25g
Ovos	1 unidade

Leguminosas

- Número de porções diárias sugeridas para crianças: 1 porção
- Exemplos de alimentos: ervilhas, favas, vários tipos de feijão, lentilhas, soja...



Alimentos	Porções
Leguminosas secas cruas	1 colher de sopa
Leguminosas frescas cruas	2 a 3 colheres de sopa
Leguminosas cozinhadas	2 a 3 colheres de sopa

Nota: Colher de sopa, chávena de chá servem como medidas

Alimentos e Porções

Cereais e derivados e tubérculos

- Nº de porções diárias sugeridas: 4 a 5 porções
- Exemplos: arroz, massas, pão, bolachas, aveia, cereais matinais, farinhas de cereais, batata, batata-doce, inhame, mandioca, milho, trigo, centeio...



Alimentos	Porções
Pão	1/2 a 1 bola pequena 1/2 a 1 fatia fina
Pão de forma	1 a 2 fatias
Cereais de Pequeno Almoço	3 a 5 colheres de sopa
Aveias em Floco	1 a 2 colheres de sopa
Bolacha Maria ou de água e sal	3 a 6 unidades
Batata	1 a 1 e meia unidade de tamanho médio
Puré de batata	2 a 3 colheres de sopa
Arroz, Massa	2 a 4 colheres de sopa
Papa de cereais	Quantidade para preparar 180 ml a 240 ml

Hortícolas

- Nº de porções diárias sugeridas: 3 a 4 porções
- Exemplos: abóbora, agriões, alfaces, alho francês, beringela, beterraba, brócolos, cebola, cenoura, chuchu, curgete, couves, espinafres, feijão-verde, grelos, nabo, nabiça, pepino, pimentos, rabanete, repolho, rúcula, tomate...

Alimentos	Porções
Hortícolas cruas	1 pequena salada
Hortícolas cozidas	2 a 3 colheres de sopa
Sopa de hortícolas	1 concha média

Frutas

- *Nº de porções diárias sugeridas:* 3 a 4 porções
- *Exemplos:* abacaxi, ananás, alperce, ameixa, banana, cereja, clementina, dióspiro, figo, framboesa, kiwi, laranja, maçã, manga, melancia, melão, meloa, morango, nectarina, papaia, pera, pêssigo, tangerina, uva...

Alimentos	Porções
Abacaxi/Ananás	1/2 a 1 fatia de tamanho médio
Ameixa / Clementina / Figo / Kiwi / Pêssego	1 a 2 unidades de tamanho médio
Dióspiro / Laranja / Nectarina / Pera / Tangerina	1/2 a 1 unidade de tamanho médio
Banana / Maçã / Manga	1/2 a 1 unidade de tamanho pequeno
Cereja / Uva	1/2 a 1 chávena de chá
Melancia / Melão / Meloa	1 a 2 chávenas de chá

Morango	7 a 15 unidades de tamanho médio
Papaia	1/4 a 1/2 unidade de tamanho médio
Sumo de fruta natural sem adição de açúcar	Quantidade que utilize uma porção de fruta e água



Lacteínios

- *Nº de porções diárias sugeridas:* 2 a 3 porções
- *Exemplos:* leite, iogurte líquido, iogurte sólido, queijo fresco, queijo curado, bebidas e iogurte de soja



Alimentos	Porções
Leite	250 ml
Iogurte líquido	1 unidade
Iogurte sólido	1 unidade e meia
Queijo curado, flamenco	2 fatias finas
Queijo fresco	1 unidade de tamanho pequeno – 50g
Bebida ou iogurte de soja	250ml ou 1 unidade

Carne, peixe e ovos

- *Nº de porções diárias sugeridas:* 1,5 a 2 porções
- *Exemplos:* carne vermelha (vaca, porco, carneiro), carne branca (frango, peru, coelho), peixes, ovos...



Apêndice IX

Instrumento de Avaliação Estado Nutricional USF

Avaliação dos Dados Nutricionais

Nome _____

Médico de família _____

Idade ___ anos Sexo: M ___ F ___ NOP _____

DN _____

Data de avaliação	
Peso	Percentil
Altura	Percentil
Índice de Massa Corporal	Percentil
Perímetro abdominal	Percentil

Antecedentes Pessoais

Idade Gestacional _____

Intercorrências na gravidez,
parto? _____

Peso ao nascer _____ gramas

Comprimento ao nascer _____ centímetros

Aleitamento Materno sim ___ não ___

Exclusivo até ___ meses

Início da diversificação alimentar ___ meses

Tipo e ordem na introdução de
alimentos? _____

Antecedentes de saúde (doenças crónicas, alergias, utilização habitual de medicação)

Rotinas Diárias

Durante o dia encontra-se aos cuidados de quem? _____

A frequentar estabelecimento de ensino? Sim ____ Não ____

Se sim, qual?

Creche ____

Pré-escolar ____

1º Ciclo ____

Hábitos de vida

Atividade física curricular e extracurricular (tipo, duração, frequência e continuidade no tempo)

—

Período destinado a atividades lúdicas (televisão, videogames, computador, brincadeiras preferidas) _____

Padrão de sono (nº de horas, onde dorme) _____

Padrão intestinal: Frequência _____

Padrão alimentar

Nº de refeições diárias _____

Hábitos alimentares (qualidade, quantidade, características e padrão de cada refeição)

—

Consumo de água? Quantidade

Diária _____

Consumo de fruta? Não ___ Sim ___ Quantidade

diária _____

Consumo de vegetais em sopa, no prato? Não ___ Sim ___ Quantidade

diária _____

–

Consumo de fast-food? Não ___ Sim ___

Frequência _____

Consumo de refrigerantes e sumos de fruta comercializados? Não ___ Sim ___

Frequência _____

–

Realização de refeições em família? Não ___ Sim ___

Frequência _____

Onde toma o pequeno-

amoço? _____

Leva lanche de casa para a escola? Não ___ Sim ___

Qual? _____

Antecedentes familiares:

Doenças cardiovasculares: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Diabetes: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Hipertensão: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Obesidade: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Doenças alérgicas: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Dislipidémias: Não ___; Sim ___; Quem? _____

Avaliação de fatores socioeconómicos e culturais:

Com quem vive _____

Tem irmãos? ___ Se sim, idades??

Ocupação e escolaridade dos pais/co-habitantes _____

Etnia/religião/cultura? _____

Elaborado por Joana Martins Pereira da Rocha, Aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Apêndice IX

Projeto de Intervenção de Prevenção de Obesidade Infantil na USF

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e
Pediatria

**Projeto de Intervenção na
Prevenção da Obesidade Infantil.
Crianças dos 0 aos 5 anos de Idade**

Unidade de Saúde Familiar
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale
do Tejo

Joana Martins Pereira da Rocha

Lisboa, 2017

Índice

Introdução	3
1. Enquadramento/Justificação do Projeto	5
2. Finalidade	9
3. Objetivos	9
4. População Alvo	9
5. Contextos	9
6. Metodologia	9
6.1. Duração	9
6.2. Cronograma	10
6.3. Recolha de dados	10
6.4. Planeamento	10
7. Metas a atingir	16
8. Avaliação do Projeto	16
9. Referência bibliográficas	16

Introdução

A Obesidade é um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, a Organização Mundial de Saúde considera-a como a epidemia global do século XXI. A nível mundial, em 2013, cerca de 42 milhões crianças com idade inferior a 5 anos apresentava excesso de peso, em 2025 é estimado que atinja os 70 milhões. A OMS estima que o número de crianças com excesso de peso é 2,5 vezes superior ao número de crianças subnutridas (Organização Mundial de Saúde, 2014).

A Comissão Europeia localiza Portugal entre os países com maior número de prevalência desta epidemia. Os dados nacionais mais recentes, apontam para um estudo realizado pela Associação Portuguesa de Combate à Obesidade Infantil, em 2013-2014 (amostra: 18 374 crianças), no qual 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa, apresentando-se 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos com excesso de peso e 16,8% com obesidade (Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil, 2016).

Com o impacto que esta problemática tem na vida das crianças e suas famílias com repercussões futuras graves na sua saúde, tendo em conta que os cuidados de saúde primários são o primeiro contato da criança com os serviços de saúde e que esse contato se realiza em situação de vigilância de saúde, a prevenção da obesidade infantil nos CSP assume-se como papel integral nos cuidados prestados.

A Direção Geral de Saúde lançou o “*Projeto Papa Bem*”, que tem como finalidade promover a literacia em saúde, com a criação e divulgação de materiais escritos e audiovisuais, adequados à população em geral, acerca da obesidade infantil e formas de prevenção desde a conceção até aos 5 anos de idade. Estes conteúdos dão orientações sobre alimentação, atividade física e sono, valorizando o papel dos pais e ambiente familiar envolvente na promoção de um crescimento saudável e na adoção de hábitos adequados de alimentação, atividade física e sono. Este projeto e os seus conteúdos serão instrumentos relevantes para o desenvolvimento deste projeto de intervenção.

O projeto será desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar onde exerço funções, pela equipa de enfermagem e médica, será integrado na consulta de saúde materna e saúde infantil.

O projeto tem como finalidade prevenir o excesso de peso e obesidade nas crianças dos 0 aos 5 anos inscritas na USF.

Foi definido como objetivo geral:

- Promover um conjunto de comportamentos que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis, de atividade física e de sono nas crianças dos 0 aos 5 anos e nos respectivos familiares como prevenção da obesidade infantil.

E como objetivos específicos:

1. Promover a capacitação da grávida na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos da obesidade infantil;
2. Avaliar o estado nutricional das crianças nas consultas de Saúde Infantil;
3. Promover a capacitação dos pais na adoção de hábitos de nutrição, exercício físico e sono preventivos de obesidade infantil;
4. Promover um acompanhamento adequado das crianças com situações de excesso de peso ou obesidade infantil identificados;
5. Envolver todos os profissionais de enfermagem e médicos no projeto.

1. Enquadramento/Justificação do Projeto

A OMS define obesidade como uma doença crónica e multifatorial, que se caracteriza pela acumulação excessiva e anormal de gordura no organismo, provocando risco e prejuízo para a saúde, excedendo o peso considerado normal para indivíduos da mesma idade, sexo, raça e constituição física (Domingues & Oliveira, 2006; Antunes & Moreira, 2011).

O *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* considera a obesidade com base nas curvas de perfis do Índice de Massa Corporal (IMC), para a idade e o sexo, em que o excesso de peso corresponde a percentil > 85 , a pré-obesidade equivale a percentil > 85 e < 95 e a obesidade corresponde a percentil > 95 (Branco, Jorge & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk, Ritchie & Cunningham-Sabo, 2013).

A OMS recomenda estratégias de prevenção na população em vários níveis para combater a epidemia de obesidade infantil, nomeadamente na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil. Essas estratégias englobam a implementação de programas que promovam a ingestão de alimentos saudáveis e a redução de alimentos ricos em açúcares pelas crianças e adolescentes; implementação de programas integrados que promovam a atividade física e reduzam comportamentos sedentários pelas crianças e adolescentes; integração de cuidados pré-concepcionais e na gravidez com o objetivo de reduzir o risco de obesidade infantil; fornecimento de orientações precoces no que respeita a alimentação e exercício físico para garantir que as crianças crescem de forma saudável e desenvolvem hábitos saudáveis; implementação de programas em contexto escolar que promovam a escola como um ambiente saudável no que respeita à nutrição e atividade física; fornecimento de orientações, apoio e suporte a crianças e jovens com obesidade (Organização Mundial de Saúde, 2016).

A obesidade após estabelecida é difícil de reverter (Allen, Vessey & Shapiro, 2010).

A prevenção é a chave e o pilar essencial para o sucesso da intervenção no controlo da obesidade, pois a maioria das crianças tornar-se-ão potenciais adultos obesos. A prevenção da obesidade infantil é a melhor forma de garantir a inexistência de complicações a longo prazo (Pandita et. al., 2016).

As causas do aparecimento da obesidade infantil são complexas e multifatoriais, envolvendo a interação do ambiente moderno, obesogénico e as escolhas individuais no que respeita aos estilos de vida. O excesso de peso ocorre

devido a um estado de equilíbrio de energia positiva, em que aumenta a quantidade de alimentos calóricos e de atividade sedentárias (como televisão, computador, tablets, videogames) e diminui a quantidade de atividade física. São considerados fatores de risco o excesso de peso ou obesidade dos pais, IMC alto precocemente, peso de nascimento, padrão de sono alterado nos três primeiros anos de vida, ganho excessivo de peso no primeiro ano de vida, mais do que 8 horas de televisão por semana antes dos 3 anos de idade (Stewart, 2014).

Seal e Broome (2011) referem que o desenvolvimento da obesidade infantil envolve múltiplos fatores, influenciam a dieta e a atividade física, aumentando o risco de obesidade. Nestes fatores, incluem-se os pessoais (atitudes, crenças, experiências culturais, preferências alimentares); ambientais (casa, escola, comunidade, ambiente envolvente, disponibilidade e custo dos alimentos); sociais (comportamentos dos pais, normas culturais, publicidade e marketing alimentar, redes sociais, desenvolvimento tecnológico e económico) e psicológicos (mecanismos e regulação de apetite e saciedade, metabolismo da gordura corporal, predisposição genética).

Allen, Vessey, e Schapiro (2010), citando Sullivan, Beste, Cummings, e colaboradores(2004) mencionam que as estratégias de prevenção focam-se na melhoria da qualidade e quantidade de nutrientes ingeridos, assegurando níveis efetivos de atividade física equilibrados com a energia ingerida e limitando a inatividade através de educação, conselhos sobre estilos de vida e intervenções motivacionais por parte dos profissionais de saúde. Estas intervenções devem ser diretamente direcionadas para a criança e família.

Para McAdams (2010), os pais/ família são o melhor e mais importante modelo relativamente aos estilos de vida saudável da criança. Para as intervenções terem sucesso é necessário intervir também junto dos pais, de forma a que estes percebam a influência e a responsabilidade que têm para que a criança adote estilos de vida saudável.

As intervenções dietéticas devem enfatizar uma alimentação saudável, como uma dieta ótima diária rica em frutas, vegetais e alimentos integrais, a limitação, redução ou eliminação de alimentos altamente calóricos que possam contribuir para a obesidade, desde que não coloquem em causa o crescimento e desenvolvimento saudável e ao nível de atividade física deve-se incentivar o aumento da mesma e a redução de atividade sedentárias. As modificações de comportamentos devem incluir intervenções cognitivo-comportamentais, abordagens de resolução de problemas,

conhecimento de habilidades e estilos de vida e estratégias de coping; as intervenções devem ser centradas na família envolvendo e incentivando os pais, para produzirem efeito na redução do ganho de peso das crianças; a monitorização do IMC e peso corporal frequentes; os enfermeiros devem prevenir e estar alerta para situações de desmotivação, dando suporte e encorajamento. (Allen, Vessey & Schapiro, 2010; Seal & Broome, 2011).

A vida intrauterina e os primeiros anos de vida são considerados períodos críticos no que respeita à programação e regulação do balanço energético a longo prazo. Os hábitos alimentares principiam o seu estabelecimento neste período. No período pré-natal a obesidade no início na gravidez e um aumento excessivo de peso, bem como o consumo de tabaco, durante a mesma, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de obesidade infantil. Após o nascimento, apresentam-se como fatores de risco, a alimentação com leite de fórmula, a diversificação alimentar antes dos 4 meses e um crescimento acelerado e excessivo no primeiro ano de vida. As recomendações mais recentes indicam evidentemente a necessidade de abordagens precoces, mais holísticas e ecológicas no combate à obesidade infantil, focando-se não só na criança mas também na família (Goes et. al, 2015).

Os botões gustativos do feto encontram-se formados na 15ª semana de gestação. Promovendo ao feto o reconhecimento dos sabores voláteis da dieta da mãe durante a gravidez, que são transferidos para o líquido amniótico e depois deglutidos pelo feto. Os estudos de Julie Menella cit. por Guerra e colegas (2012). revelam que esta capacidade precoce de reconhecimento dos sabores presentes na dieta materna traduz, posteriormente, uma maior aceitação dos mesmos sabores quando fornecidos ao bebé (Guerra et. al., 2012).

O aleitamento materno está associado a uma redução de 7 a 33 % do excesso de peso quando comparado com leite de fórmula. A idade da introdução de alimentos sólidos também pode desempenhar um papel crítico na prevenção da obesidade infantil. Assim, a OMS recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente com leite materno durante os primeiros seis meses de vida, momento em que os sólidos devem ser introduzidos (Sabin, 2015)

A idade pré-escolar é um dos períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade. É fundamental o diagnóstico precoce e intervenção através de medidas preventivas (Branco, Jorge & Chaves, 2011; Hoelscher, Kirk, Ritchie & Cunningham-Sabo, 2013; Sena & Prado, 2012).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro contato da maioria das famílias com o sistema de saúde. Os profissionais de saúde dos CSP desempenham um papel integral na prevenção da obesidade infantil, pois são os primeiros a contatar e diagnosticar a obesidade infantil. A maioria destes profissionais está sensibilizado para esta problemática e aconselham as crianças e famílias, mas encontram algumas barreiras que podem influenciar a sua intervenção, como a falta de materiais (Bhuyan et. al., 2015; Avis et. al., 2016)

As estratégias utilizadas em CSP para prevenir a obesidade infantil, passam por educar as crianças e os pais em tópicos relacionados com obesidade infantil, essencialmente na aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis, através do aconselhamento das famílias e avaliação dos comportamentos de estilos de vida da criança, classificando o estado de peso das crianças, utilizando os gráficos de crescimento do peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e incluindo orientações sobre alimentação, exercício físico e sono (Avis et. al., 2016).

Bhuyan e colaboradores (2015) analisaram vários estudos sobre intervenção na obesidade, o estudo *Fitkids 360* recomenda 8-11h de sono todas as noites, sete pequenos-almoços numa semana, seis refeições caseiras numa semana, cinco porções de frutas e vegetais por dia, três porções de produtos lácteos com baixo teor de gordura por dia, 2 h ou menos de tempo de atividades sedentárias por dia, 1 h ou mais de atividade física por dia e zero bebidas açucaradas por dia.

As mudanças recomendadas no estilo de vida familiar, passam por incentivar a que a criança seja ativa pelo menos 1 hora por dia e que reduza as atividades sedentárias a menos de 2 horas diárias, incentivar o consumo de frutas e vegetais nos lanches e refeições principais e a redução dos alimentos calóricos, evitar o petiscar entre refeições e lanches, certificar que as porções e os alimentos são adequados à idade da criança, evitar bebidas açucaradas e incentivar os pais a serem modelos e ativos no processo, através do reforço positivo (Stewart, 2014).

Para Pandita e colegas (2016), os programas de intervenção devem ter como pilares a promoção de práticas saudáveis no que respeita à alimentação, nomeadamente com o aumento da ingestão de frutas e vegetais na alimentação e a inclusão de exercícios e estilo de vida ativos.

2. Finalidade

Prevenir o excesso de peso e obesidade nas crianças dos 0 aos 5 anos inscritas na USF Vasco da Gama

3. Objetivos

Objetivo geral: Promover um conjunto de comportamentos que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis, de atividade física e de sono nas crianças dos 0 aos 5 anos e nos respetivos familiares como prevenção da obesidade infantil

Objetivos específicos:

1. Promover a capacitação da grávida na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos da obesidade infantil
2. Avaliar o estado nutricional das crianças nas consultas de Saúde Infantil;
3. Promover a capacitação dos pais na adoção de hábitos de nutrição, exercício físico e sono preventivos de obesidade infantil
4. Promover um acompanhamento adequado das crianças com situações de excesso de peso ou obesidade infantil identificados.
5. Envolver todos os profissionais de enfermagem e médicos no projeto

4. População alvo

- Grávidas seguidas na USF em Consulta de Saúde Materna
- Crianças dos 0 aos 5 anos e pais/famílias, seguidas em Consulta de Saúde Infantil na USF

5. Contextos

- Consulta de Saúde Materna
- Consulta de Saúde Infantil

6. Metodologia

6.1. Duração

Este projeto tem como horizonte temporal o acompanhamento desde a gravidez até aos 5 anos, durante o qual todas as crianças serão acompanhadas. O projeto terá início em Janeiro de 2018, na Consulta de Saúde Materna e prolongar-se-á na consulta de

Saúde Infantil até as crianças atingirem 5 anos de idade e terem realizado a consulta de vigilância de saúde infantil dos 5 anos.

6.2. Cronograma

	Jan/Fev 2017	Fev/ Out 2017	Set/Dez 2017	Jan 2018	Dez 2018/ Dez 2024	Dez 2024	Jan/Mar 2025
Reunião com Coordenador, responsáveis programas saúde infantil e saúde materna							
Definição dos elementos de referencia do projeto							
Elaboração do projeto							
Recolha de dados inicial							
Início intervenção do projeto							
Avaliação anual							
Término intervenção do projeto							
Avaliação final							

6.3. Recolha de dados

A recolha de dados inicial terá a finalidade de identificar a percentagem de crianças com 5 anos no ano 2017 (nascidas no ano 2012), vigiadas na consulta de saúde infantil na USF, com consulta dos 5 anos efectuada, com percentil de IMC superior a 85. Esta recolha será efetuada através dos registos no programa informático *SINUS* e *SClínico*.

Os dados serão trabalhados no programa informático Excel.

Anualmente será realizada uma recolha de dados para conhecimento da evolução da situação das crianças desde o nascimento, com avaliação dos dados relativos ao IMC. No final do projeto será novamente efetuada uma recolha de dados para identificar a percentagem de crianças com 5 anos (nascidas no ano 2018-2019) vigiadas na consulta de saúde infantil na USF, com consulta dos 5 anos realizada, alvo de intervenção do projeto desde a gravidez.

6.4. Planeamento

As atividades programadas de acordo com objetivos específicos serão realizadas em contexto de consulta de saúde materna e de saúde infantil.

1. Promover a capacitação da grávida na adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos da obesidade infantil.		
Atividades	Contexto	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de peso materno e sua evolução; • Orientações sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ alimentação saudável; ○ grupos de alimentos que compõem a roda dos alimentos; ○ porções e número de refeições diárias e adequação à evolução do peso; ○ problema de saúde infantil e influência dos hábitos maternos na gravidez; • Avaliação do consumo de tabaco e orientações para a sua redução; • Registos dos dados no programa <i>SClinico</i>. 	Consulta de Saúde Materna	Enfermeiros; Médicos; Roda dos Alimentos; Computador;
2. Avaliar o estado nutricional das crianças nas consultas de Saúde Infantil.		
Atividades	Contexto	Recursos
De 0 a 1 ano <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de: <ul style="list-style-type: none"> ○ peso corporal; ○ altura; ○ perímetro cefálico; ○ IMC; • Avaliação dos dados nutricionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ tipo de leite; 	Consulta de Saúde Infantil	Enfermeiros Médicos Computador BIS Balança Pediátrica; Craveira; Fita métrica;

<ul style="list-style-type: none"> ○ início da diversificação alimentar; ○ alimentos introduzidos; <p>De 1 a 2 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de: <ul style="list-style-type: none"> ○ peso corporal; ○ altura; ○ perímetro cefálico; ○ IMC; • Avaliação dos dados nutricionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ integração na dieta familiar; <p>Dos 2 aos 5 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de: <ul style="list-style-type: none"> ○ peso corporal; ○ altura; ○ IMC; ○ perímetro abdominal; • Avaliação dos dados nutricionais, identificação de hábitos alimentares, da prática de atividade física e sono; • Registo dos dados no Boletim Individual de Saúde (BIS) e no programa SClinico. 		<p>Curvas de percentis IMC;</p> <p>Balança Pediátrica; Craveira; Fita métrica; Curvas de percentis IMC;</p> <p>Balança Pediátrica; Estadiómetro; Fita métrica; Curvas de percentis IMC e perímetro abdominal</p>
--	--	--

3. Promover a capacitação dos pais na adoção de hábitos de nutrição, exercício físico e sono preventivos de obesidade infantil.

Atividades	Contexto	Recursos
<p>Dos 0 aos 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ aleitamento materno exclusivo e sua promoção; ○ leite de fórmula: <ul style="list-style-type: none"> ▪ preparação e quantidade adequada à idade; ▪ tipo de leite, quando este está estabelecido; ○ importância de padrão de sono adequado desde idade precoce; ○ impacto de excesso de peso em idade precoce na saúde futura da criança e importância de cumprir orientações dos profissionais de saúde; • Realização de consulta de enfermagem intercalar com as consultas preconizadas pelo PNSIJ, sempre que se justifique; <p>Dos 4-6 meses aos 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ início de diversificação alimentar adequado às características nutricionais da criança; ○ importância do correto início da diversificação alimentar, nos hábitos alimentares futuros e dificuldades inerentes ao processo; ○ importância de padrão de sono adequado. 	<p>Consulta de Saúde Infantil</p>	<p>Enfermeiros Médicos</p> <p>Conteúdos Projeto “Papa Bem”</p> <p>Folheto informativo; Conteúdos Projeto “Papa Bem”</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de folheto informativo diversificação alimentar até aos 12 meses; <p>Dos 12 aos 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ integração da criança na dieta familiar e principais erros alimentares; ○ importância de padrão de sono adequado e rotinas associadas; ○ impacto dos pais como modelos para a criança no que respeita à adopção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis; ○ importância de realização de pelo menos uma refeição diária em família. • Entrega de folheto informativo sobre cuidados alimentares após a integração na dieta familiar, como meio de suporte para os pais/família; • Incentivo ao consumo desde idade precoce de fruta e vegetais. <p>Dos 2 aos 5 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ alimentação e porções adequadas de cada alimento adequada à idade e características nutricionais da criança; ○ Impacto dos pais como modelos para a criança no que respeita à adopção de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis; ○ importância de realização de pelo menos uma refeição diária em família; ○ importância de atividade física e redução de atividades sedentárias; 		<p>Folheto informativo;</p> <p>Conteúdos Projeto "Papa Bem</p> <p>Conteúdos Projeto "Papa Bem Jogo de alimentação saudável</p> <p>Roda dos alimentos</p>
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ○ impacto da obesidade na saúde futura da criança; ○ importância de um padrão de sono adequado na prevenção da obesidade infantil. • Incentivo ao consumo de fruta e vegetais e evicção de consumo de alimentos açucarados e calóricos fontes de gorduras e sal; • Utilização do jogo com alimentos saudáveis e roda dos alimentos para envolver as crianças na aquisição de hábitos alimentares saudáveis. 		
<p>4. Promover um acompanhamento adequado das crianças com situações de excesso de peso ou obesidade infantil identificados.</p>		
<p>Atividades</p>	<p>Contexto</p>	<p>Recursos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de casos de excesso de peso e obesidade infantil em crianças com percentil de IMC > 85 • Orientações adequadas à idade e etapa de desenvolvimento da criança: <ul style="list-style-type: none"> ○ nutricionais; ○ exercício físico; ○ sono; • Realização de consultas extra fora do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil para avaliação da situação e fornecimento de orientações; • Encaminhamento para consulta hospitalar após 6 a 12 meses de acompanhamento regular na USF, sem evolução positiva. 	<p>Consulta de Saúde Infantil</p>	<p>Enfermeiros Médicos</p>

5. Envolver todos os profissionais de enfermagem e médicos no projeto		
Atividades	Contexto	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões clínicas trimestrais para : <ul style="list-style-type: none"> ○ discussão de casos; ○ avaliação da respectiva etapa do projeto; ○ apresentação de evidência científica no âmbito da intervenção na prevenção da obesidade infantil. 	Sala de reuniões USF	Enfermeiros Médicos Data Show Computador

Elementos de referência: 2 enfermeiras: 1 Enf.^a Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia e 1 Enf.^a Especialista de Saúde Infantil e Pediatria e um médico de Medicina Geral e Familiar

Elementos envolvidos: Equipa médica e de enfermagem da USF Vasco da Gama

7. Metas a atingir

Redução em cerca de 10% do número de crianças com 5 anos, com IMC com percentil igual ou superior a 85, vigiadas em consulta de saúde infantil e que tenham consulta dos 5 anos efetuada,

8. Avaliação do projeto

Como indicadores de avaliação iremos utilizar o IMC com base nas curvas de percentis, com avaliação anual do número de crianças alvo de intervenção do projeto com IMC igual ou superior a 85, à realização da consulta de vigilância de saúde infantil dos 5 anos.

9. Referências bibliográficas

- Allen, P. J., Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (2010). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition* (5th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade: Em Crianças e Adolescentes Portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 279-284.
- Branco, S., Jorge, M. S., & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), pp. 509-516.
- Costa, C. D., Ferreira, M. G., & Amaral, R. (2010). Obesidade Infantil e Juvenil. *Acta Médica Portuguesa*, 23, pp. 379-384.
- Domingues, T., & Oliveira, L. N. (2006). Obesidade Infantil e suas complicações: assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem UNISA*, 7, pp. 57-59.
- Hoelscher, D. M., Kirk, S., Ritchie, L., & Cunningham-Sabo, L. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Prevention and Treatment of Pediatric Overweight and Obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (10), pp. 1375-1394.
- Hopkins, K. F., DeCristofaro, C., & Elliot, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, pp. 278-288.
- Nichols, M. R., & Livingston, D. (2002). Preventing Pediatric Obesity: Assessment and Management in the Primary Care Setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14 (2), pp. 55-62.
- McAdams, C. B. (2010). The environment and pediatric overweight: A review for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurses Practitioners*, 22, pp. 460-467.
- Sena, R. A., & Prado, S. (2012). Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. *Revista de Enfermagem UNISA*, 13 (1), pp. 69-73.

Apêndice X

Plano de Sessão Formação “*Obesidade Infantil – Sua Dimensão e Intervenção na
Prevenção*”

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Sessão de Formação: “Obesidade
Infantil – Sua Dimensão e Intervenção
na Prevenção”**

Estágio: Unidade de Saúde Familiar

Docente orientadora: Prof.^a Dr.^a Graça Vinagre

Discente: Joana Martins Pereira da Rocha nº 5483

Lisboa, Fevereiro 2017

Contextualização

No estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar em que exerço funções, considerou-se de toda a pertinência a realização de um projeto de intervenção no âmbito da prevenção da obesidade infantil na USF, situação analisada e discutida primeiramente com a enfermeira orientadora e com a Coordenadora da USF, posteriormente com os grupos responsáveis pelo programa de saúde infantil e de saúde materna e com toda a equipa de enfermagem e médica da USF em reunião geral. Assim, nesta sequência pareceu pertinente realizar uma primeira sessão de formação com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem e médica para a dimensão da Obesidade Infantil e a importância de intervir na prevenção. Esta sessão surgiu integrada na sessão clínica realizada semanalmente na unidade.

Procurei com esta atividade incitar a reflexão sobre a questão da obesidade infantil e a importância de atuar na prevenção especialmente nos cuidados de saúde primários e começar a envolver os profissionais de enfermagem e médicos da USF na futura realização do projeto na USF.

Finalidade/Justificação

A Obesidade é um dos mais sérios problemas de Saúde Pública, considerada como epidemia global do século XXI. Em 2013, a nível mundial, cerca de 42 milhões crianças com < 5 anos apresentava excesso de peso e estima-se que em 2025 chegará aos 70 milhões (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Em Portugal, 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso ou é obesa. Os dados mais atuais, referem um estudo 2013-2014 da APCOI (amostra: 18 374 crianças) em que 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso e 16,8% são obesas (Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil, 2016).

A OMS recomenda estratégias de prevenção na população em vários níveis para combater a epidemia de obesidade infantil, nomeadamente na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil (Regber, Marild, & Hanse, 2013).

A obesidade após estabelecida é difícil de reverter. A prevenção é a melhor estratégia para controlar esta epidemia. O pilar essencial de tratamento passa pela prevenção nos três níveis : primária, secundária e terciária (Allen, Vessey, & Schapiro, 2010; Hopkins, DeCristofaro, & Elliot, 2011).

Este tratamento passa pela modificação de comportamentos e hábitos de vida, essencialmente no que respeita a mudanças no plano e padrão alimentar e no padrão

de atividade física. É fundamental o diagnóstico precoce e intervenções nos períodos críticos de desenvolvimento da obesidade, idade pré-escolar e adolescência, para evitar obesidade na idade adulta (Sena & Prado, 2012).

Os cuidados de saúde primários são, segundo Avis (2016), o primeiro contato da maioria das famílias e das crianças com os serviços de saúde no que respeita à questão da obesidade infantil e a base da intervenção passa por orientar as crianças e as famílias na aquisição e manutenção de hábitos de vida saudáveis, avaliando os comportamentos e estilos de vida, classificando o estado nutricional das crianças.

Planeamento e Execução

Foi realizada uma apresentação em diapositivos, sobre esta temática. No final foi projetado um breve vídeo da autoria do Projeto “Papa Bem” da Direção Geral de Saúde, que alerta para a dimensão deste problema, intervenção a realizar, iniciando-se logo na gravidez. De seguida encontra-se o plano da sessão.

Plano da Sessão

Tema: “Obesidade Infantil – Sua dimensão e intervenção na prevenção”

População Alvo: Enfermeiros e Médicos da USF

Preletora: Joana Rocha

Data/Hora 8 de Fevereiro de 2017

Duração 30 minutos

Local: USF

Objetivo Geral: Informar a equipa de Enfermagem e Médica da USF Vasco da Gama sobre a dimensão da obesidade infantil e a necessidade e importância da intervenção na prevenção.

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

- Reconhecer a dimensão da Obesidade Infantil (OI);
- Definir conceito básico de OI;
- Identificar os fatores de risco de desenvolvimento da OI;
- Perceber o que contribui vs o que previne nas dimensões Família/Comunidade, Alimentação, Atividade Física/Sono;

- Identificar as complicações associadas à OI;
- Identificar a prevenção como principal intervenção na OI;
- Identificar a importância da intervenção da equipa de enfermagem e médica na prevenção nos cuidados de saúde primários;
- Conhecer a existência de projetos a nível nacional relacionados com OI.

Conteúdos programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objetivos gerais e específicos • Pertinência do tema 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação inicial Diagnóstico de necessidades	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Infantil <ul style="list-style-type: none"> ○ Definição ○ Fatores de risco ○ O que contribui vs O que previne ○ Prevenção - Tratamento ○ Intervenção ○ Projetos 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: Observação da participação da equipa	15 minutos
Síntese Final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação Sumativa: Participação da equipa Discussão	10 minutos

Avaliação

A sessão foi realizada no período semanal disponibilizado para a realização de sessão clínica. Estavam presentes 6 enfermeiros e 6 médicos. No final da sessão procedeu-se a uma discussão e análise da sessão. Alguns dos formandos presentes referiram, que apesar de terem noção da existência da obesidade infantil não conheciam a realidade exata da prevalência da mesma e que consideram os números preocupantes e de necessidade urgente de intervenção.

Referiram também a pertinência da sessão bem como os conteúdos abordados, para a prática de cuidados diários e a importância da intervenção nos cuidados de saúde

primários na prevenção, bem como a pertinência do projeto de intervenção a ser desenvolvido na USF e a necessidade de realização de sessões posteriores integradas no plano de formação da USF para abordagem mais pormenorizada da intervenção a desenvolver na prevenção da obesidade.

De um modo geral os objetivos propostos foram atingidos e a sessão de formação foi avaliada de forma bastante positiva, uma vez que foi trabalhado um tema bastante pertinente e foram trabalhados conceitos que estão em conformidade com a prática diária de cuidados, constituindo um contributo para o enriquecimento desta.

Referências bibliográficas

- Allen, P. J., Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (2010). *Primare Care of the Child with a Chronic Condition* (5 th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). *A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças*. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.apcoi.pt/obesidade-infantil/
- Avis, J., et. al. (2016). *Tools and resources for preventing childhood obesity in primary care: A method of evaluation and preliminary assessment*. *Patient Education and Counseling*, 99, 769-775.
- Hopkins, K. F., DeCristofaro, C., & Elliot, L. (2011). How can primary care providers manage pediatric obesity in the real world? *Journal of the American Academy of Nurse Pratitioners* , 23, 278-288.
- Nichols, M. R., & Livingston, D. (2002). Preventing Pediatric Obesity: Assessment and Management in the Primary Care Setting. *Journal of the American Academy od Nurse Practitioners* , 14 (2), 55-62.
- Regber, S., Marild, S., & Hanse, J. J. (2013). Barriers and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing* , 12 (27).
- Sena, R. A., & Prado, S. (2012). Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. *Revista de Enfermagem UNISA* , 13 (1), 69-73.
- World Health Organization (2014). *Comission on Ending Childhood Obesity – Facts and figures on childhood obesity*. Acedido a 12.10.2016. Disponível em www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en

Apêndice XI

Folhetos informativos “*Alimentação a partir de 12 meses – Integração na dieta familiar*” e “*Alimentação a partir dos 12 meses - Alimentos e Porções*”

- As refeições devem ser momentos agradáveis de convívio e aprendizagem. Siga a regra dos 3 S à refeição: Sentados, Sossegados e Sociáveis.
- As crianças só aprendem a mastigar bem os alimentos por volta dos 4 anos de idade. Algumas crianças podem-se engasgar com mais facilidade. Até que a criança aprenda a mastigar bem evite:
 - Pedações grandes de alimentos rijos
 - Salchichas
 - Rebuçados, caramelos, chupas e gomas
 - Frutos secos
 - Uvas, azeitonas, cerejas, tomate cherry inteiros
- Nunca deixe a sua criança sozinha enquanto come.



Alimentação a partir de 12 meses Integração na dieta familiar

- A sua criança já tem 12 meses, a partir de agora já pode comer praticamente o mesmo que a família.

- É uma boa altura para começarem a rever os vossos hábitos familiares.

- A criança deve ter uma rotina de 5 ou 6 refeições: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 ou 3 pequenos lanches. Não a deixe petiscar entre as refeições.

- A água é a melhor bebida e a mais saudável para a criança.



- Usar pouca quantidade de sal, açúcar e gordura na alimentação pode ser um bom começo.

- O consumo de frutas e vegetais deve ser privilegiado. Para isso, inicie o almoço e o jantar com sopa, ofereça hortícolas no prato e fruta como sobremesa. Inclua frutas e vegetais também nos lanches.



- Os pais são o melhor exemplo, o que fazem tem mais importância do que o que dizem;

- Pelo menos uma refeição da criança deve ser realizada em família;



- Ofereça refeições saudáveis em quantidades adequadas à idade da criança.

- Incentive a sua criança a provar os alimentos. Sirva pequenas porções ao lado de outros alimentos apreciados e dê o exemplo. Mas não a pressione a comer.

- As guloseimas, sumos e refrigerantes, fritos de pacote e outros géneros alimentícios com excesso de açúcares, gorduras e sal., deve ser guardados para dias de festa e não terem um consumo frequente.





Lacteínios

- N^o de porções diárias sugeridas: 2 a 3 porções
- Exemplos: leite, iogurte líquido, iogurte sólido, queijo fresco, queijo curado, bebidas e iogurte de soja

Alimentos	Porções
Leite	250 ml
iogurte líquido	1 unidade
iogurte sólido	1 unidade e meia
Queijo curado, flamenco	2 fatias finas
Queijo fresco	1 unidade de tamanho pequeno – 50g
Bebida ou iogurte de soja	250ml ou 1 unidade



Leguminosas

- Número de porções diárias sugeridas para crianças: 1 porção
- Exemplos de alimentos: ervilhas, favas, vários tipos de feijão, lentilhas, soja...

Alimentos	Porções
Leguminosas secas cruas	1 colher de sopa
Leguminosas frescas cruas	2 a 3 colheres de sopa
Leguminosas cozinhadas	2 a 3 colheres de sopa

Alimentação a partir dos 12 meses

Alimentos e Porções



Realizado Joana Rocha, aluna do 7^o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL, em colaboração em com a equipa de Enfermagem da USF

Cereais e derivados e tubérculos

- Nº de porções diárias sugeridas: 4 a 5 porções
- Exemplos: arroz, massas, pão, bolachas, aveia, cereais matinais, farinhas de cereais, batata, batata-doce

Alimentos	Porções
Pão	1/2 a 1 bola pequena 1/2 a 1 fatia fina
Pão de forma	1 a 2 fatias
Cereais de Pequeno Almoço	3 a 5 colheres de sopa
Aveias em Floco	1 a 2 colheres de sopa
Bolacha Maria ou de água e sal	3 a 6 unidades
Batata	1 a 1 e meia unidade de tamanho médio
Puré de batata	2 a 3 colheres de sopa
Arroz, Massa	2 a 4 colheres de sopa
Papa de cereais	Quantidade para preparar 180 ml a 240 ml



Frutas



- Nº de porções diárias sugeridas: 3 a 4 porções
- Exemplos: abacaxi, ananás, alperce, ameixa, banana, cereja, clementina, dióspiro, figo, framboesa, kiwi, laranja, maçã, melancia, melão, meloa, morango, nectarina, papaia, pera, pêssego, tangerina, uva...

Alimentos	Porções
Abacaxi/Ananás	1/2 a 1 fatia de tamanho médio
Ameixa / Clementina / Figo / Kiwi / Pêssego	1 a 2 unidades de tamanho médio
Dióspiro / Laranja / Nectarina / Pera / Tangerina	1/2 a 1 unidade de tamanho médio
Banana / Maçã / Manga	1/2 a 1 unidade de tamanho pequeno
Cereja / Uva	1/2 a 1 chávena de chá
Melancia / Melão / Meloa	1 a 2 chávenas de chá
Morango	7 a 15 unidades de tamanho médio
Papaia	1/4 a 1/2 unidade de tamanho médio
Sumo de fruta natural sem adição de açúcar	Quantidade que utilize uma porção de fruta e água

Carne, peixe e ovos

- Nº de porções diárias sugeridas: 1,5 a 2 porções
- Exemplos: carne branca (frango, peru, coelho), peixes, ovos, carne vermelha (vaca, porco, carneiro)...



Alimentos	Porções
Carnes e pescados crus (sem ossos, peles ou espinhas - antes de cozinhar)	30g
Carnes e pescados cozinhados (sem ossos, pele ou espinhas)	1 colher de sopa cheia OU 1 pedaço do tamanho da palma da mão da criança – 25g



Hortícolas

- Nº de porções diárias sugeridas: 3 a 4 porções
- Exemplos: abóbora, agriões, alfaces, alho francês, beringela, beterraba, brócolos, cebola, cenoura, chuchu, curgete, couves, espinafres, feijão-verde, grelos, nabo, nabiça, pepino, pimentos, rabanete, repolho, rúcula, tomate...

Alimentos	Porções
Hortícolas cruas	1 pequena salada
Hortícolas cozidas	2 a 3 colheres de sopa
Sopa de hortícolas	1 concha média

