



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

**Relatório de Estágio**

**“Empowerment” da Criança e Família: A Intervenção do  
Enfermeiro na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e  
Prevenção da Obesidade Infantil.**

**Ana Margarida Torcato Pascoal**



**Lisboa  
2022**



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

**Relatório de Estágio**

**“Empowerment” da Criança e Família: A Intervenção do  
Enfermeiro na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e  
Prevenção da Obesidade Infantil.**

**Ana Margarida Torcato Pascoal**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa**

**2022**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**

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

**Martin Luther King**

## **AGRADECIMENTOS**

*Aos meus pais, por estarem sempre presentes mesmo quando estão longe, por todo o apoio, incentivo e amor incondicional. Por me manterem a acreditar, mesmo quando eu já não o sentia.*

*À minha irmã, pela paciência e compreensão dos momentos de ausência necessárias para o alcançar deste sonho.*

*Ao Guilherme e ao Henrique, os meus amores pequeninos, por todos os mimos, abraços e desejos de boa sorte. Foram o meu coração durante estes tempos difíceis.*

*À professora Sónia, por ter acreditado neste projeto comigo, por todas as palavras de apoio, motivação e confiança. Obrigada por toda a ajuda, pelos conselhos e por nunca desistir de mim.*

*Ao Miguel e à Margarida, que mergulharam nesta aventura comigo, obrigada por partilharem a experiência do que foram estes 2 anos, pela entreaajuda e amizade.*

*Às colegas e a todos os professores do Curso de Mestrado, pelos conhecimentos e partilhas.*

*Às colegas do serviço, por todas as trocas que lhes pedi, pelo apoio e palavras de encorajamento. Um obrigada especial à Jéssica, por todas as leituras e correções de trabalhos.*

*Às Senhoras Enfermeiras Bárbara Jacinto, Vanda Fonseca, Carla Farinha, Alexandra Sousa e Carla Coimbra, pela orientação e partilha de conhecimentos que tanto contribuíram para a minha evolução como pessoa e profissional.*

*A todas as crianças, pais e famílias, pois sem eles nada seria possível.*

*A todos vocês, obrigada!*

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

BIS – Boletim Individual de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDCP – *Center for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPFCC – *Institute for Patient – and Family – Centered Care®*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

## RESUMO

A obesidade infantil é uma das patologias mais frequentes em idade pediátrica. Apesar de poder ter diferentes pontos de partida, a obesidade desenvolve-se frequentemente devido à não adesão a estilos de vida saudáveis. Tendo em conta que as crianças aprendem principalmente através do exemplo e que o local primário para essas aprendizagens é em casa e no seio familiar, torna-se importante intervir a nível do *empowerment* dos pais e família, pois estes serão os elementos mais prováveis de influenciar as escolhas de saúde das crianças. O enfermeiro deve intervir precocemente e implementar estratégias promotoras de saúde e do *empowerment* da criança e família, atuando como mediador de escolhas e perspectivas de saúde positivas.

O presente relatório tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas, nas diversas dimensões do exercício profissional, para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em todas as fases do seu desenvolvimento e nos processos de saúde-doença e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para a atuação na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil.

Baseado na filosofia de cuidados centrados na família e no Modelo de promoção da saúde de Nola Pender, este relatório assenta ainda numa metodologia de pensamento crítico e prática reflexiva. Esta metodologia visa destacar não apenas as competências adquiridas, mas também as atividades e aprendizagens realizadas e o contributo das mesmas para a problemática em causa e para a Enfermagem.

**PALAVRAS- CHAVE:** Empoderamento; Estilo de vida saudável; Enfermagem; Promoção da saúde; Obesidade pediátrica.

## **ABSTRACT**

Childhood obesity is one of the most frequent pathologies in paediatric age. Although it may have different starting points, obesity often develops due to non-adherence to healthy lifestyles. Bearing in mind that children learn mainly by example and that the primary place for such learning is at home and within the family, it is important to intervene at the level of empowerment of parents and family, as they will be the most likely elements to influence children's health choices. The nurse should intervene early and implement strategies to promote the health and empowerment of the child and family, acting as a mediator of positive health choices and perspectives.

This report aims to demonstrate the development of specialist skills, in the various dimensions of the professional practice, to provide nursing care to children/young people and families at all stages of their development and in the health-illness processes, and the development of the skills of Specialist Nurses in Child Health and Paediatrics to promote healthy lifestyles and prevent childhood obesity.

Based on the philosophy of family-centred care and Nola Pender's health promotion Model, this report is also based on a methodology of critical thinking and reflective practice. This methodology aims at highlighting not only the acquired skills, but also the activities and learning experiences and their contribution to the issue in question and to Nursing.

**KEYWORDS:** Empowerment; Healthy lifestyle; Nursing; Health promotion; Pediatric Obesity.

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO   | 9  |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO   | 13 |
| 1.1. Obesidade infantil: uma problemática de saúde pública                                       | 13 |
| 1.2. Promoção da saúde e estilos de vida saudáveis   | 17 |
| 1.3. Conceções teóricas de enfermagem  | 22 |
| 1.3.1. Filosofia dos cuidados centrados na família   | 22 |
| 1.3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender  | 24 |
| 2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA  | 26 |
| 3. PERCURSO FORMATIVO  | 28 |
| 3.1. Centro de desenvolvimento/ reabilitação   | 32 |
| 3.2. Unidade de cuidados de saúde personalizados   | 37 |
| 3.3. Serviço de urgência de pediatria  | 41 |
| 3.4. Serviço de internamento de pediatria  | 46 |
| 3.5. Unidade de neonatologia   | 50 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS   | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS   |    |
| APÊNDICES  |    |
| APÊNDICE I – Mapa conceptual   |    |
| APÊNDICE II – Objetivos e atividades a desenvolver nos locais de estágio                         |    |
| APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem – Estágio de consulta de desenvolvimento Infantil          |    |
| APÊNDICE IV – Folhetos UCSP  |    |
| APÊNDICE V – Jornal de aprendizagem – UCSP   |    |
| APÊNDICE VI – Norma: Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência   |    |
| APÊNDICE VII – Jornal de aprendizagem - internamento de pediatria                                |    |
| APÊNDICE VIII – Plano de sessão de formação  |    |
| APÊNDICE IX – Sessão de formação   |    |
| APÊNDICE X – Questionário de avaliação da sessão de formação                                     |    |
| APÊNDICE XI – Resumo da comunicação livre  |    |
| ANEXOS   |    |
| ANEXO I – Modelo de promoção da saúde de Nola Pender   |    |
| ANEXO II – Certificado de participação no 1º congresso internacional da criança e do Adolescente |    |

## INTRODUÇÃO

O presente relatório é desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no plano curricular do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Com o desenvolvimento da Enfermagem, não apenas como prática, mas também como disciplina com um conjunto de conhecimentos próprios inerentes, torna-se imprescindível que os profissionais que desempenhem funções dentro do escopo de ação da mesma estejam sob uma atualização constante. Assim, a procura de formação profissional e pessoal surge como uma forma natural de aprendizagem e uma premissa para o desenvolvimento da excelência do exercício profissional.

Este relatório tem como objetivo demonstrar, através de uma análise crítica e reflexiva, o percurso realizado e as competências adquiridas, sejam elas de cariz científico, técnico ou humano. As competências desenvolvidas estão enquadradas no perfil de Enfermeiro Especialista e/ou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e visam especialmente a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família. A elaboração deste relatório pretende ainda demonstrar a aquisição de competências através da prestação de cuidados à criança na prática clínica, do desenvolvimento de um projeto baseado numa problemática da prática e da comunicação das aprendizagens e conclusões retiradas de todo este processo (ESEL, 2021).

O enfermeiro especialista é, de acordo com a OE, “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4744) e o EESIP aquele que “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre ... para promover o mais elevado estado de saúde possível...” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19192). Portanto, estes serão pontos fulcrais a atingir para adquirir o título de especialista e mais tarde, após discussão pública deste mesmo relatório, do grau de mestre.

A metodologia selecionada para este percurso formativo envolve uma carga horária de experiências de estágio (em diversos contextos) que implicam a

conceção, gestão e prestação de cuidados de enfermagem, mobilizando competências de responsabilidade profissional e ético-legal, bem como de qualidade e gestão da prestação de cuidados e do desenvolvimento profissional. A mobilização do corpo de conhecimentos da profissão e da área de especialidade e a reflexão sobre a prática clínica com base na evidência científica, vêm ainda solidificar e fornecer bases para a realização de cuidados de qualidade. Todo este caminho formativo é realizado tendo em conta os princípios da formação de adultos, pelo que o formando deve ser responsável pela sua própria aprendizagem, através do desenvolvimento de um projeto que assente nos seus interesses e nas competências comuns e específicas do EESIP (ESEL, 2021).

Tendo em conta o previamente citado, durante este percurso formativo, trabalhei no sentido de desenvolver competências, principalmente as que resultaram da realização de um autodiagnóstico de necessidades de formação em paralelismo com desenvolvimento de uma problemática de interesse pessoal e profissional - os estilos de vida como fatores de risco para a obesidade infantil na sociedade atual e o seu impacto nos cuidados de enfermagem.

A obesidade infantil é descrita por vários autores como sendo uma patologia complexa e de origem multifatorial que surge como resultado de um balanço energético positivo, ou seja, a quantidade de energia adquirida (através da alimentação) é superior à quantidade de energia gasta (em atividade física, por exemplo) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017; Wang, 2017). A obesidade, dentro da sua origem multifatorial, pode ser influenciada por determinantes biológicos, comportamentais, ambientais e sociais. Estes determinantes podem ser alvo de mudanças, de modo a estabelecer um maior equilíbrio no balanço energético e conseqüentemente realizar uma gestão mais eficaz do peso corporal (Sancho, Pinto, E., Pinto, E., Mota, Vale, & Moreira, 2014). É neste ponto que a intervenção do enfermeiro deve incidir, assumindo o mesmo um papel de mediador na mudança de comportamentos e na aquisição e adoção de estilos de vida saudáveis. Contudo para que esta mudança ocorra é necessário que tanto a criança/jovem como a sua família estejam capacitados para exercer uma tomada de decisão consciente sobre o seu próprio processo de saúde doença.

Assim, surge o tema do projeto de estágio e conseqüentemente deste relatório “*Empowerment* da criança e família: A intervenção do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil”. Com a escolha e desenvolvimento desta temática pretendia aprofundar conhecimentos

acerca da evidência científica existente sobre a prevenção da obesidade infantil e da promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente a intervenção do enfermeiro nesta área. Assim, esperava desenvolver competências dentro desta área de intervenção de modo a poder executar cuidados de enfermagem mais especializados e de excelência.

Neste sentido, e de forma a nortear o meu desenvolvimento no decorrer do percurso formativo, foram estabelecidos dois objetivos gerais: Desenvolver competências especializadas, nas diversas dimensões do exercício profissional, para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em todas as fases do seu desenvolvimento e nos processos de saúde-doença e Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para a atuação na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil.

Toda a prática de enfermagem deve ser orientada através de referenciais teóricos. Tendo em conta a temática abordada, faz sentido a abordagem da filosofia dos Cuidados Centrados na Família, não podendo dissociar a criança/jovem da sua família, principalmente quando a mesma é grande influenciadora nas escolhas e decisões realizada durante o processo de saúde doença e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que tem como alicerce principal a teoria da aprendizagem de Albert Bandura, que aborda a importância dos diferentes processos cognitivos na mudança de comportamentos (Tomey & Alligood, 2004).

Relativamente à vertente prática do projeto de estágio, esta foi desenvolvida em cinco locais distintos (Centro de Desenvolvimento, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Internamento e Unidade de Neonatologia), de acordo com as especificações da OE e com o cronograma previamente estabelecido, possibilitando diferentes momentos de aprendizagem, bem como a possibilidade de desenvolvimento dos objetivos e atividades propostos.

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, iniciando-se com o enquadramento teórico onde é explanada a evidência científica mais recente e os referenciais teóricos utilizados, seguindo-se uma justificação da problemática abordada e uma descrição do percurso formativo, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas. É finalizado com a apresentação das considerações finais, fazendo referência aos

contributos deste percurso formativo para a prática de enfermagem, bem como os projetos futuros planeados ou iniciados.

De referir ainda que o presente documento foi realizado tendo em conta a sua futura apresentação ao público, e por isso, foram tidas em consideração as questões éticas relacionadas com a confidencialidade e proteção de dados dos diversos intervenientes e instituições.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A temática da promoção de estilos de vida saudáveis e consequente prevenção da obesidade infantil é conhecida, no entanto a existência de uma fundamentação teórica é imprescindível aquando da redação de um qualquer trabalho científico. Na elaboração do relatório foi sentida a necessidade de realizar uma pesquisa mais aprofundada para uma melhor compreensão de conceitos e teorias, assim como a interligação dos mesmos.

Este capítulo do relatório é constituído por três subcapítulos. O primeiro subcapítulo visa abordar a temática da obesidade infantil, a sua incidência e prevalência, os determinantes de saúde capazes de influenciar o desenvolvimento da mesma, a importância da sua prevenção e a intervenção do enfermeiro junto da criança e família com obesidade. O segundo subcapítulo caracteriza-se por uma abordagem da temática da promoção da saúde, incluindo os conceitos e o desenvolvimento da mesma ao longo do tempo. O subcapítulo desenvolve ainda a temática da adoção de estilos de vida saudáveis e o conceito de *empowerment*, demonstrando a importância da intervenção do enfermeiro junto das crianças e famílias. O subcapítulo final faz referência às filosofias e modelos que servem de base ao relatório, mais especificamente a filosofia dos cuidados centrados na família e o Modelo de promoção da saúde de Nola Pender.

Neste sentido e de modo a organizar e estruturar o pensamento foi elaborado um mapa conceptual (Apêndice I), ou seja uma representação gráfica e esquemática dos conceitos principais abordados ao longo do relatório.

### 1.1. Obesidade infantil: uma problemática de saúde pública

A obesidade infantil é considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma epidemia de saúde pública, tendo a sua justificação no aumento que a mesma sofreu nas últimas décadas, bem como na disseminação a nível global (Venâncio, Aguilar & Pinto, 2012). Para além de ser considerada a patologia mais frequente em idade pediátrica a nível mundial (Sancho et al., 2014) a obesidade infantil é uma doença crónica e um fator de risco no aparecimento e desenvolvimento de outras patologias, como é o caso das doenças cardiovasculares, dislipidémia, apneia do sono, patologias osteoarticulares e diabetes *mellitus*. É ainda reportado que uma

criança com obesidade é mais propensa a manter os níveis de obesidade ao longo da idade adulta (DGS, 2017; Wang, 2017).

Apesar dos esforços desenvolvidos por diversas entidades, nomeadamente na área da saúde, a obesidade ainda continua a ser alvo de estigma dentro da nossa sociedade. Muitas vezes, crianças e/ou adolescentes que desenvolveram obesidade ou excesso de peso são “rotulados” como indivíduos preguiçosos, com falta de disciplina e força de vontade. Este estigma pode manifestar-se através de comportamentos de distanciamento social, discriminação e mais frequentemente, na idade pediátrica, em provocações e *bullying*. Todos estes comportamentos levam à existência de uma maior vulnerabilidade emocional e psicológica, aumentando o risco de depressão, ansiedade, baixa autoestima, uso de substância ilícitas, comportamentos auto-lesivos ou mesmo suicídio (Pont, Puhl, Cook & Slusser, 2017).

A obesidade infantil é definida como a acumulação excessiva de massa gorda corporal, podendo a mesma exercer um impacto negativo sobre a saúde do indivíduo. Esta acumulação excessiva de massa gorda pode ser explicada, maioritariamente, através da inexistência de um equilíbrio entre a quantidade de energia que é fornecida ao organismo e a que é despendida pelo mesmo (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020; DGS, 2017; Wang, 2017).

De forma a poder afirmar que uma criança ou jovem apresenta excesso de peso ou obesidade é necessário realizar uma caracterização da mesma. Tendencialmente, o método mais utilizado para a realização desta caracterização é através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Este valor é encontrado através da divisão do peso da criança (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros), ou seja  $\text{peso}/\text{altura}^2$ . Uma vez que a infância é uma faixa etária bastante extensa e cheia de mudanças, não existem valores de base que sejam transversais a todas as idades. Assim, os valores encontrados através do cálculo do IMC devem também ter em conta a idade da criança, sendo utilizados os percentis adequados a cada faixa etária como forma de determinação. Neste sentido, considera-se que uma criança ou jovem está com excesso de peso caso apresente um IMC acima do percentil 85 e inferior ao percentil 97 e com obesidade quando o percentil é igual ou superior a 97 (*Center for Disease Control and Prevention [CDCP]*, 2021).

A antropometria, ciência que avalia as dimensões dos diferentes segmentos do corpo humano, é um dos métodos de avaliação da composição corporal (Helman, 1994; Barbosa et al., 2007). O crescimento e a composição corporal são indicadores do bem-estar da criança e jovem (DGS, 2006), pelo que a sua avaliação vem

permitir uma deteção precoce de patologias (nomeadamente obesidade), um acompanhamento mais minucioso da saúde da criança e a avaliação da eficácia das intervenções realizadas (Gonçalves & Mourão, 2008).

A avaliação da composição corporal pode ser realizada através de diversos métodos, nomeadamente o cálculo do IMC e a medição das pregas adiposas (dois dos métodos mais utilizados, pelo seu valor económico e rapidez). A medição das pregas adiposas e a sua consequente aplicação através de fórmulas pré-definidas tendo em conta a idade e o sexo da criança vêm fornecer dados como a percentagem de massa gorda e a tipologia morfológica (classificação do corpo humano - somatótipo) de cada criança, o que mais uma vez, vai contribuir para uma orientação antecipada à criança e família (Gonçalves et al., 2008).

A obesidade infantil é uma patologia complexa e de origem multifatorial, pelo que uma maior e melhor compreensão das causas ligadas ao seu desenvolvimento, poderá ser o ponto de partida para uma intervenção mais direcionada e consequentemente mais eficaz. Cada ser humano é influenciado por determinantes que podem causar alterações no seu estado de saúde e bem-estar, sendo estes biológicos (sexo e idade), comportamentais (alimentação, atividade física e padrão de sono), ambientais (casa/família e escola) e sociais (literacia e estatuto socioeconómico) (Sancho et al., 2014). Esta informação é cimentada pela OMS (2019) quando refere que todos os aspetos do ambiente que rodeia a criança são passíveis de se tornarem um risco para o desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade.

De acordo com a OMS (2020) cerca de 38 milhões de crianças entre os 0 e os 5 anos apresentava obesidade ou excesso de peso, no ano de 2019. Em 2016, 340 milhões de crianças entre os 5 e os 19 anos apresentavam estas características, sendo que a prevalência teve um aumento drástico de 4% (1975) para 18% (2016).

Segundo a *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI Portugal 2019, a prevalência de excesso de peso tem vindo a diminuir gradualmente na última década, posicionando assim o país a par com a média europeia. Entre os anos de 2008 e 2019 existiu uma regressão de 8.3% na prevalência de excesso de peso, passando de 37.9% para 29.6% e de 3.3% na obesidade com um decréscimo de 15.3% para 12% (DGS, 2020). Contudo, apesar de existir uma diminuição da prevalência da obesidade nos últimos anos, os valores representativos da quantidade de crianças com esta patologia ainda são demasiado elevados. Em

Portugal, de acordo com a DGS (2020) os hábitos alimentares constituem o terceiro fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável.

A constante preocupação e procura de estratégias para a diminuição da obesidade infantil surge novamente e com mais intensidade nos dias de hoje, devido à pandemia que é vivenciada em todo o planeta – A COVID 19. Esta pandemia criou desafios aos mais diversos níveis, nomeadamente a nível familiar através dos períodos de confinamento e conseqüente alteração no estilo de vida. As crianças foram particularmente afetadas, vendo as suas rotinas modificadas, o seu contacto social e atividades limitados e o seu padrão alimentar alterado, através do consumo de alimentos menos nutritivos (Baleia et al., 2021).

A sociedade atual é, por si só, uma sociedade altamente sedentária, movida pelo stress do dia-a-dia e pela vivência do imediato. Isto leva a que cada vez mais exista uma perda no tempo disponível para a atividade física, sendo esta preterida face aos passatempos mais eletrónicos, e na escolha de uma alimentação saudável, que tem vindo a ser substituída por *fast-food* e *snacks* de rápido consumo. Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de projetos e políticas de cariz preventivo e elucidativo, com o intuito de influenciar pais e crianças no desenvolvimento de hábitos e estilos de vida mais saudáveis (OMS, 2019).

Em Portugal, existe uma preocupação por parte das diversas organizações governamentais relativamente à prevenção da obesidade infantil, tendo sido desenvolvidos programas como o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, com o objetivo de desenvolver uma consciencialização e adaptação por parte da população a uma ingesta mais saudável e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), com o intuito de prevenir o sedentarismo. Ainda no seguimento de manter o decréscimo da obesidade e do excesso de peso na população pediátrica portuguesa, o Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015) definiu como meta a atingir “Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020” (p. 12).

A obesidade infantil pode ser, deste modo, alvo de prevenção. Atuando numa fase prévia à doença, o enfermeiro vai influenciar não apenas o aparecimento de outras doenças crónicas, mas também de alterações a nível social, psicológico, emocional e até de desenvolvimento académico (Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, Sofi, Kumar & Bhadoria, 2015). A criança obesa é muitas vezes alvo de estigma, relacionado com uma perceção de que a criança é preguiçosa ou gulosa e que os

pais não têm controlo sobre a mesma. Este estigma leva à ocorrência de *bullying* e exclusão destas crianças de atividades sociais (atividades competitivas, principalmente), que conseqüentemente provocam uma diminuição na auto-estima, uma reclusão no seu ambiente familiar (em casa) e com recurso à comida como conforto (Sahoo et al., 2015). Tudo isto acaba por se tornar num ciclo vicioso difícil de quebrar.

Atendendo à população alvo de cuidados, a integração dos pais e família é essencial, pois estes têm um papel preponderante na saúde, socialização e estilos de vida das suas crianças (Vaughn, Nabors, Pelley, Hampton, Jacquez, & Mahabee-Gittens, 2012). Os pais são também os primeiros elementos a influenciar as escolhas das crianças, uma vez que estas tendem a aprender através do exemplo (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Outro dos âmbitos de prevenção privilegiados centra-se na comunidade escolar, uma vez que fazem parte do ambiente diário das crianças. A escola é, sem dúvida, um meio promissor para a promoção da literacia em estilos de vida saudáveis, nomeadamente a educação alimentar e a promoção da atividade física. Estes estabelecimentos podem oferecer diversas oportunidades para a melhoria do regime alimentar e da prática de atividade física, seja durante as aulas ou mesmo nos recreios.

A prevenção da doença é um dos campos de atuação dos profissionais de saúde, e apesar do alvo de intervenção se centrar predominantemente nos determinantes comportamentais (determinantes passíveis de serem modificados), o enfermeiro deve ter uma perspetiva generalista da situação e um espectro de ação o mais alargado possível. Ou seja, o enfermeiro deve possuir um conhecimento aprofundado do indivíduo e do ambiente que o rodeia, centrando os seus cuidados numa perspetiva holística e estando capacitado para intervir junto do cliente aos mais diversos níveis (comportamental, social, ambiental, emocional,...).

## **1.2. Promoção da saúde e estilos de vida saudáveis**

As preocupações relacionadas com a prevenção da doença e com os ganhos em saúde têm sido alvo de desenvolvimento ao longo do último século. A sociedade deixou de pensar e atuar exclusivamente no tratar, evoluindo e investindo mais na prevenção e promoção da saúde.

O conceito de saúde é bastante subjetivo, no entanto uma das definições mais aceites do termo é apresentada pela OMS que a define como “um estado de

completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Na declaração de Alma-Ata (1978), a saúde é definida como tendo um objetivo social, sendo considerada um direito e um dever dos cidadãos e um tema sobre o qual as organizações governamentais deveriam incidir (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015). É neste contexto e com base nos pressupostos apresentados na declaração de Alma-Ata, que surge o movimento da promoção da saúde.

O conceito de promoção da saúde é definido na carta de Ottawa (1986) como sendo o “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (p.1). Na clarificação do termo compreende-se a responsabilização de outros setores, para além do setor da saúde, bem como da importância do meio envolvente nas escolhas do indivíduo, nascendo daí a relevância da existência de políticas de saúde. No entanto, não é esquecida a importância da determinação e capacitação individual para atuar na mudança e nas escolhas que visem o seu bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

Assim, é possível afirmar que a promoção da saúde é um processo participativo (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011) no qual o enfermeiro tem um papel de mediador no desenvolvimento de conhecimentos e competências em saúde (por parte do indivíduo e da comunidade) com vista à promoção da mesma.

A promoção da saúde é um termo que se encontra diretamente interligado com o conceito de prevenção da doença e segundo Hockenberry and Wilson (2014) “a melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória” (p. 14). Esta não se limita apenas aos aspetos mais óbvios, geralmente associados ao físico, mas também aos aspetos mentais e emocionais. A prevenção ocorre muitas vezes interligada com a educação para a saúde, de forma ter a família como aliada nos cuidados, mas sempre de modo competente.

No que se refere à área da pediatria, Ruiz-Zaldibar, Serrano-Monzó & Mujika. (2018) referem que a promoção da saúde durante a infância estimula a aquisição de estilos de vida saudáveis. É nesta idade e fase de desenvolvimento que são estabelecidas as rotinas de atividade física e os padrões alimentares, pelo que a intervenção nesta faixa etária tem um impacto imediato, mas também no decorrer de todo o ciclo de vida do indivíduo, tornando-se intergeracional. Outro fator relevante durante a infância é o papel que os pais exercem na promoção da saúde e no

desenvolvimento de estilos de vida saudáveis das crianças. Estes são os primeiros elementos com capacidade e dever de proporcionar um ambiente positivo às crianças, uma vez que as mesmas aprendem através do exemplo e ainda não têm capacidade de gerir o ambiente que as rodeia, a comida que ingerem ou as consequências que daí podem advir (OMS, 2020a; Ruiz-Zaldibar et. al., 2018; Sahoo et al., 2015). Assim, é importante a ação do enfermeiro no *empowerment* da criança e dos pais, capacitando os mesmos para a utilização dos seus recursos internos e externos como forma de desenvolvimento de comportamentos e estilos de vida saudáveis e potencializar os seus ganhos em saúde.

O conceito de *empowerment* foi sendo desenvolvido nas últimas décadas e é visto como um conceito fundamental na promoção da saúde. É considerado um conceito abstrato, tendo em conta que pode assumir diferentes formas, com base no indivíduo ou no contexto em que se enquadra. E pode ser visto como um processo ou como um resultado (Gibson, 1991).

De acordo com Kieffer (1984) o *empowerment* tem o seu foco na procura de soluções, sendo exponenciado por um esforço coletivo ao invés de apenas individual.

Dentro do mundo da enfermagem, o *empowerment* do outro significa estimular o desenvolvimento da autonomia, confiança e capacidade de iniciativa; desenvolver estratégias e intervenções de modo a incluir o cliente de cuidados e família no diagnóstico da situação de saúde e no desenvolvimento dos cuidados; é envolver o indivíduo nos processos de tomada de decisão, de forma a assumirem as rédeas do seu estado de saúde (Pereira et. al., 2011).

Gibson (1991) refere também que o papel do enfermeiro enquanto promotor do *empowerment* deve centrar-se na sensibilização do cliente para o seu autoconhecimento, mostrando-se mais como uma fonte de ajuda e conhecimento e não apenas como um provedor de serviços e cuidados. É importante que o enfermeiro tenha noção de que são os próprios clientes a desenvolver o seu *empowerment*, assumindo assim um papel de cooperação e ajuda e estando preparado para compreender e aceitar que as escolhas do cliente podem diferir das suas.

A OMS (2021) define *empowerment* como sendo o processo através do qual os clientes adquirem maior controlo sobre as ações e decisões que afetam a sua saúde. É através deste processo que o indivíduo passa a estabelecer uma ligação mais próxima entre os objetivos a que se propõe e o modo como os deverá alcançar,

no que diz respeito ao seu processo de saúde/doença (OMS, 2021). Considera-se que os jovens desenvolvem o seu *empowerment* na mesma medida em que vão desenvolvendo a sua consciência crítica, processo que se desenvolve quando os mesmos começam a compreender os fatores que estão a causar alterações no ambiente que os rodeia, bem como nos seus comportamentos (Wang, 2021). Contudo, é importante não descurar que as crianças mais novas também têm direito à sua opinião no que toca aos cuidados de saúde. A participação da criança no processo de cuidados e na tomada de decisão deve ser estimulada desde cedo, levando a mesma a construir gradualmente o seu *empowerment* (UNICEF, 2019).

De forma sucinta pode-se dizer que o *empowerment* é um meio para o desenvolvimento de um trabalho em saúde cada vez mais baseado na parceria de cuidados, valorizando o cliente de cuidados no ganho de competências e autonomia e na sua tomada de decisão. Neste sentido, e tendo em conta que na área pediátrica não existe a criança como elemento único de cuidados, mas sim o binómio criança/família, é importante fazer referência ao conceito de *empowerment* parental. Este é construído através de um processo em que os pais/ cuidadores vão desenvolvendo um aumento do controlo sobre as ações e decisões que afetam a saúde da sua criança (Ashcraft, Asato, Houtrow, Kavalieratos, Miller & Ray, 2019). Munidos de uma maior perceção de toda a situação de saúde da criança, sentindo-se alvo de apoio (emocional) por parte da equipa de saúde, elemento parceiro nos cuidados e na tomada de decisão, os pais/cuidadores transformam-se em elementos mais capazes e competentes. Pais empoderados envolvem-se mais facilmente nos cuidados diretos à criança, bem como na tomada de decisão acerca dos cuidados; apresentam uma maior capacidade de gestão da sintomatologia associada à doença e desenvolvem uma aptidão para o empowerment de outros pais através da partilha de experiências (Ashcraft et al., 2019).

Com a constante procura da promoção da saúde e da prevenção da doença existe cada vez mais um apelo para a adoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, o processo de mudança comportamental é bastante complexo, uma vez que implica um conhecimento acerca dos fatores que o influenciam e de uma atitude proactiva por parte do cliente. Mais se salienta que para além da mudança de comportamento existe também a problemática da manutenção do novo comportamento e da prevenção da recaída. Na conjuntura de saúde atual, o processo de mudança comportamental e adoção de estilos de vida saudáveis podem ser suportados pela teoria do comportamento planeado de Ajzen (1991). Esta teoria

caracteriza-se por uma percepção do cliente de cuidados como um Ser capaz de tomar decisões racionais, tendo em conta as implicações de um determinado comportamento antes de o iniciar. Ainda de acordo com Ajzen (1991), a intenção comportamental, ou seja a vontade de adotar determinado comportamento é o melhor preditor do futuro, uma vez que quanto mais forte for a intenção comportamental, maior probabilidade o cliente tem de adotar o comportamento.

A intenção comportamental pode ser influenciada por três determinantes: (a) atitude, ou seja a percepção que o indivíduo tem de determinado comportamento, se lhe é favorável ou não (por exemplo relativamente à obesidade infantil podemos ter – desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis); (b) normas subjetivas, que caracterizam as crenças normativas, as crenças do outro (pais, irmãos, amigos) e da sociedade (os pais e as escolas são fortes influenciadores deste determinante); (c) controlo comportamental percebido, caracterizado pelo grau de crença que o cliente de cuidados tem acerca da sua própria capacidade para desenvolver determinado comportamento (se o cliente acreditar que tem capacidade para desenvolver hábitos de alimentação saudável, aumenta a probabilidade de conseguir efetivamente desenvolver esse comportamento) (Ajzen, 1991; Andrews, Silk & Eneli, 2010).

Ainda no que se refere à adoção de estilos de vida saudáveis para a prevenção da obesidade infantil, faz-se referência aos determinantes individuais (motivação), ambientais (âmbito escolar e da comunidade) e comportamentais (alimentação e atividade física), sendo estes alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde (Marques & Teixeira, 2014; Sancho et al., 2014).

Para os profissionais de saúde e nomeadamente para os enfermeiros, existe um interesse particular em desenvolver técnicas que venham auxiliar na mudança comportamental. O fornecimento de informação e a realização de sessões de educação para a saúde, vêm de facto aumentar a literacia em saúde da comunidade, contudo, este passo não é, muitas das vezes, suficiente para uma alteração comportamental. Algumas das estratégias salientadas, e que são facilmente aplicadas à idade pediátrica/juvenil, são por exemplo a modelagem e o exemplo (em ambiente familiar e na escola), as expectativas acerca do comportamento (uma alimentação saudável é associada a uma imagem corporal mais favorável), a comparação de resultados (o amigo da escola começou a praticar desporto e por isso sentiu uma melhoria no seu desenvolvimento físico), a recompensa (elogios) e as consequências (aumento da autoestima) (Filipe, Godinho & Graça, 2016; Marques & Teixeira, 2014).

### **1.3. Concepções teóricas de enfermagem**

Este subcapítulo surge no relatório como forma de apresentar, de forma mais aprofundada, os referenciais teóricos de enfermagem que servem de sustentação a este trabalho. Estes referenciais estão ainda na base da prática clínica, facilitando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias ao enfermeiro mestre na disciplina de enfermagem e especialista em saúde infantil e pediatria. Nele vão ser abordados a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

#### **1.3.1. Filosofia dos cuidados centrados na família**

Quando se fala em cliente pediátrico não se inclui apenas a criança, considerando como alvo dos cuidados a díade criança e família. A OE (2011) associa mesmo o conceito de pessoa, nesta área de especialidade, ao binómio criança/ família.

O exercício profissional da disciplina de enfermagem é, tal como referido pela OE (2012), centrado no estabelecimento da relação interpessoal entre o enfermeiro e uma ou mais pessoas alvo de cuidados. Mais ainda se refere que as intervenções de enfermagem são otimizadas através da presença/ participação de todo o núcleo familiar no processo de cuidados, principalmente no que diz respeito a ações que visem a mudança comportamental com o objetivo de adotar estilos de vida saudáveis e promotores de saúde. Tendo em conta a temática do relatório e a informação supracitada, é de total relevância a abordagem da filosofia dos cuidados centrados na família.

Esta filosofia entende e analisa a família como um elemento indissociável da criança e por isso passível de envolvimento nos cuidados. De acordo com o *Institute for patient-and family-centered care® - IPFCC* (2021) os cuidados centrados na família e no cliente são cuidados realizados de forma partilhada, com os clientes, em vez de cuidados realizados para ou pelos clientes.

É benéfico que os profissionais de saúde e principalmente os enfermeiros trabalhem em parceria com os pais ou outros elementos de referência, encorajando e potenciando as competências dos mesmos. A experiência dos elementos

familiares deve ser reconhecida, independentemente se a criança está no seu domicílio ou em ambiente hospitalar. Faz parte das intervenções e competências do enfermeiro estimular a manutenção do papel de cuidador natural dos pais ou familiar, bem como a participação destes elementos nas tomadas de decisão sobre o processo de saúde/doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

Esta filosofia engloba os conceitos major de *empowerment* e capacitação. O *empowerment* surge na interação do enfermeiro com os elementos da família através de um estímulo para ganhar e exercer controlo sobre a própria vida. A capacitação surge quando se criam oportunidades para a demonstração, solidificação ou aquisição de competências por parte dos elementos familiares, sempre com vista a colmatar as suas próprias necessidades, bem como as da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

A implementação da filosofia de cuidados centrados na família na prática diária passa por: (a) incorporar na prática clínica o respeito e reconhecimento da individualidade de cada unidade familiar, bem como de todas as suas potencialidades e diversidade cultural; (b) compreender e respeitar as estratégias de *coping* adotadas; (c) realizar intervenções promotoras do desenvolvimento de competências e que auxiliem a nível emocional, financeiro e ambiental; (d) considerar cada elemento como uma unidade própria, com forças, sentimentos e interesses distintos que ultrapassam a sua necessidade de cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

A filosofia dos CCF é uma abordagem de enfermagem holística, percecionando o cliente de cuidados como um todo e não apenas como a soma das partes. É uma abordagem centrada no respeito e humanização da prática de enfermagem que conduz a um bem-estar físico, psíquico, emocional e social do cliente (IPFCC, 2021; McCormack & McCance, 2006).

O regulamento das competências específicas do EEESIP salienta que faz parte do escopo de ação do mesmo, o trabalho “em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre...” (p. 19192) (Regulamento nº 422/2018, 2018). Neste sentido e de forma a ir ao encontro do perfil de competências do EEESIP desejado, a adaptabilidade dos CCF deve ser central e uma constante na prática diária de cuidados. Estes cuidados vão cimentar a parceria que se desenvolve entre o profissional e a criança/ família, através do respeito comum relativamente aos conhecimentos, competências e experiências que

cada parte fornece aquando da execução dos cuidados de saúde (Ball, Binder & Cowen, 2014).

### **1.3.2. Modelo de promoção da saúde de Nola Pender**

A promoção da saúde tem sido um tema cada vez mais abordado e discutido nos circuitos de saúde, abandonando o seu papel secundário face aos cuidados à doença. A preocupação mundial com a saúde está, a cada dia, mais centrada numa atuação e intervenção precoce, trabalhando para um aumento gradual da qualidade e esperança média de vida.

O Modelo de promoção da saúde elaborado por Nola Pender (Anexo I) pretende mostrar o indivíduo como um ser complexo, capaz de exercer um papel ativo na gestão dos seus comportamentos de saúde e na relação com o ambiente que o rodeia. Desta forma o indivíduo vai desenvolver competências para cuidar de si próprio, prevenindo a doença através da mudança comportamental. Para além de ser um modelo de fácil compreensão e por isso apresentar maior probabilidade de ser colocado em prática pelos profissionais de saúde, o Modelo de promoção da saúde é adaptável a diversas faixas etárias, tornando-o mais completo (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo está enquadrado dentro das teorias de médio alcance, que se caracterizam por apresentarem um nível menos abstrato no que se refere ao conhecimento e mais específico relativamente aos detalhes da prática de enfermagem. As teorias de médio alcance apresentam, frequentemente, informações acerca da população alvo, da situação de saúde e da área da prática e da intervenção de enfermagem (Leandro et al., 2020; Tomey & Alligood, 2004).

Alicerçado principalmente na teoria da aprendizagem de Albert Bandura, que aborda a importância dos diferentes processos cognitivos na mudança de comportamentos, o modelo de promoção da saúde não fica reduzido a uma explicação sobre os comportamentos preventivos de doenças (não incluindo o medo como fonte de motivação), alargando-se para fazer suportar a inclusão de comportamentos promotores de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo permite a análise dos fatores que podem levar à mudança de um comportamento de risco para um comportamento promotor de saúde. O modelo assenta, essencialmente, em três etapas de desenvolvimento: as características e

experiências individuais de cada indivíduo, os conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se pretende adotar e o resultado comportamental.

As características e as experiências de cada ser humano vão influenciar os comportamentos a adotar. Deste modo, podem ser utilizadas como forma de estimular e atingir os comportamentos pretendidos. Por outro lado, também podem surgir como um ponto negativo e condicionar a adesão a comportamentos promotores de saúde, no caso de o indivíduo já ter hábitos e percepções acerca das suas capacidades bastante enraizados e definidos. Os conhecimentos e sentimentos referem-se aos pontos positivos e negativos associados ao comportamento que se quer atingir, à percepção que o indivíduo tem de que vai conseguir modificar o seu comportamento (autoeficácia), bem como de influências externas por parte de pares (interpessoais) e do ambiente que o rodeia. Finalmente, o resultado comportamental pretende avaliar se efetivamente houve uma alteração de comportamento, com resultados benéficos e ganhos em saúde (Pender et al., 2015; Tomey & Alligood, 2004).

O interesse que tem sido desenvolvido a nível dos comportamentos de saúde tem ficado a par do interesse manifestado no tratamento da doença e na ação imediata de salvar vidas, o que vem demonstrar a importância dada à qualidade de vida. Neste sentido, o Modelo de promoção da saúde vem contribuir para as políticas de saúde e para o desenvolvimento de cuidados de excelência, uma vez que fornece uma forma de compreender de que modo os clientes alvo dos cuidados podem ser motivados a atingir a sua meta pessoal de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

## 2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Como tem sido referido no decorrer deste relatório, a problemática da obesidade infantil tem tido cada vez mais relevância na sociedade atual, uma vez que afeta um elevado número da população mundial (DGS, 2017). É ainda uma realidade com a qual convivemos no dia-a-dia, seja como profissionais de saúde, seja como membros de uma comunidade.

Enquanto enfermeira, desempenho funções num serviço de urgência pediátrica (SUP), pelo que na minha prática clínica, lido diariamente com crianças e jovens obesos ou com excesso de peso. Apesar desta patologia ser bastante abordada nas escolas, meios de comunicação e mesmo no ambiente de cuidados de saúde, a verdade é que a nível hospitalar tem pouca relevância, uma vez que os cuidados de saúde nestas instituições se centram mais no tratamento da doença e na cura imediata do que na prevenção. Contudo, enquanto futura enfermeira especialista na área pediátrica, considero que se deve ter uma maior atenção às intervenções passíveis de assegurar uma melhoria dos cuidados e por conseguinte uma melhoria da qualidade de vida da nossa população.

Uma das competências bem demarcadas no regulamento nº 140/2019 (2019) relativo às competências comuns do enfermeiro especialista é a do “domínio da melhoria contínua da qualidade” (p. 4745). A qualidade dos cuidados prestados não pode ser avaliada apenas pelos cuidados ao cliente quando o mesmo está em situação crítica ou em risco de vida, muito pelo contrário. Esta qualidade deve ser procurada e desenvolvida através da implementação intervenções, programas e protocolos que tenham em vista a melhoria da qualidade de vida dos clientes a médio e longo prazo.

Relativamente à temática abordada, sabe-se que apesar da obesidade infantil ter origem multifatorial, está diretamente relacionada à não adesão a estilos de vida saudáveis por parte de pais e crianças (OE, 2020). Neste sentido, e tendo em conta a importância da atuação ao nível da prevenção no que diz respeito a esta patologia, é essencial perceber de que modo os estilos de vida podem atuar como fatores de risco ou de prevenção da obesidade infantil dentro da sociedade em que vivemos. Habilitados com este conhecimento, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, ficam mais capacitados para a prestação de cuidados e mais despertos para a realidade camuflada à vista de todos, que é a

problemática da obesidade infantil. Assim, e tendo por base que se pretende que o enfermeiro assuma um papel ativo no combate a esta epidemia, é ainda relevante perceber de que modo o mesmo pode intervir junto do cliente de cuidados no sentido de estimular a mudança comportamental das crianças e famílias no sentido de promover a sua própria saúde e melhorando a sua qualidade de vida.

Mais recentemente, a chegada da pandemia de COVID 19, vem também corroborar a importância da intervenção do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil, uma vez que ocorreu um aumento exponencial dos valores do IMC (CDCP, 2022), devido aos longos períodos de confinamento. Durante os períodos de quarentena as crianças têm as suas rotinas alteradas, perdendo a prática de exercício ao ar livre, aumentando o tempo em frente aos ecrãs (também devido às novas situações de ensino) e o aumento de consumo de alimentos menos saudáveis (muitas vezes como alimentação de consolo face ao stress vivido) (Rito, Mendes & Bica, 2020). Após o alívio das medidas impostas pelas instituições governamentais e o regresso progressivo à “normalidade”, vai ser imprescindível o apoio dos profissionais de saúde para que as crianças e famílias comecem/ voltem a adotar estratégias e comportamentos promotores de saúde.

Através da evidência científica sabe-se que crianças obesas têm a tendência de mais tarde se transformarem em adultos obesos (DGS, 2017). A obesidade, que por si só já é considerada uma doença, vai servir de base para o desenvolvimento de novas doenças, acarretando não apenas gastos acrescidos para o sistema de saúde, mas também um desgaste, uma diminuição nos anos de vida e um sofrimento acrescido para a pessoa doente. Não será então, mais vantajoso para todas as partes envolvidas, uma atuação precoce que previna todo este trajeto negativo? Estarão os enfermeiros a assumir a sua responsabilidade no que se refere à prevenção da obesidade infantil, nos diversos contextos de saúde? Porquê não estimular os clientes de cuidados a tomarem as rédeas da sua própria saúde, mas de forma consciente, com suporte, acompanhamento e de forma empoderada? Tendo em conta que neste relatório falamos especificamente de uma faixa etária (a idade pediátrica) que tem toda a sua vida pela frente e que vai ser o amanhã do nosso planeta, é ainda mais importante que colaboremos no seu crescimento e desenvolvimento, como seres ativos e saudáveis.

### 3. PERCURSO FORMATIVO

No decorrer deste capítulo irá ser abordada a metodologia de trabalho selecionada e o modo como a mesma foi desenvolvida, adaptada aos diferentes campos de estágio e à temática abordada. Vai ser realizada uma descrição e análise dos objetivos (gerais e específicos) e das atividades realizadas para o atingimento dos mesmos e para o desenvolvimento e consolidação das competências inerentes ao EEESIP e ao enfermeiro mestre em enfermagem.

Os dois objetivos gerais foram definidos tendo por base a temática selecionada, o quadro conceptual de enfermagem, mas também os objetivos da unidade curricular em que é elaborado este relatório e que visa o desenvolvimento de variadas competências com o objetivo de prestar cuidados de maior qualidade à criança/ jovem e família (ESEL, 2021). Dos dois objetivos definidos, o primeiro pretende ser linear e transversal aos cuidados, bem como a todos os campos de estágio, enquanto o segundo foi criado de forma a dar resposta à problemática estudada.

1. Desenvolver competências especializadas, nas diversas dimensões do exercício profissional, para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em todas as fases do seu desenvolvimento e nos processos de saúde-doença;

2. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para a atuação na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil.

Tendo em consideração que a realização deste percurso visa não só a obtenção do título de especialista, mas também do grau de mestre, é importante fazer referência às competências que daí devem advir. Enquanto mestre em enfermagem é primordial: Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão, desenvolvidos e aprofundados face aos adquiridos no 1º ciclo, e que permitam desenvolvimentos e aplicações originais; Saber aplicar os conhecimentos, capacidades de compreensão e resolução de problemas em situações novas e dentro de contextos multidisciplinares; Ter capacidade de integrar conhecimentos, gerir questões complexas e desenvolver soluções ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí advêm; Conseguir apresentar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios ao público,

de uma forma clara; Adquirir competências para uma aprendizagem contínua, de forma autónoma e auto-orientada (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Nos capítulos anteriores deste relatório foi apresentada a problemática da obesidade infantil, a importância da prevenção da mesma e da adesão a estilos de vida saudáveis e o modo como o enfermeiro pode intervir em todo este processo, de modo a proporcionar cuidados de excelência à população.

A realização do projeto e a sua consequente adaptação e desenvolvimento em diferentes unidades de saúde permitiu desenvolver uma perspetiva alargada da realidade dos cuidados de saúde relacionados com a temática. Possibilitou também a partilha e o desenvolvimento de conhecimentos, não só através da experiência mas também de uma prática clínica baseada na evidência científica mais recente.

Uma vez que os problemas de saúde estão cada vez mais complexos, é vantajoso compreender e abordar os mesmos de forma multidisciplinar e através de diferentes perspetivas, enriquecendo assim a quantidade e qualidade das soluções apresentadas (Silva, 2007). No decorrer das diversas experiências e contactos com os distintos ambientes de cuidados (comunitários e hospitalares, serviços de urgência e internamentos), foi sendo cultivado o meio necessário à aquisição, desenvolvimento e cimentação das diversas competências de enfermagem, sejam elas comuns ou específicas do EEESIP.

As competências fazem parte integral do enfermeiro competente e capaz, sendo um profissional competente aquele que “evidencia qualidade no seu desempenho... que proporciona qualidade aos “clientes” com os quais interage.” (Alarcão e Rua, 2005, p. 375). Pode-se então definir noção de competência como sendo o saber atuar perante determinada situação; a capacidade de tomada de decisão e ação perante uma situação através de uma resposta coerente ao: o que fazer, a quem o fazer, porquê e com que objetivo, tendo por base o conhecimento dos limites do seu saber (Alarcão & Rua, 2005).

Enquanto enfermeira e futura especialista, faz parte da minha responsabilidade desenvolver um autoconhecimento e ter consciência das minhas capacidades e das minhas limitações, de modo a poder atuar sobre as mesmas e poder prestar cuidados de maior qualidade. Alarcão e Rua (2005) referem mesmo que o processo de desenvolvimento implica ser capaz de avaliar as próprias competências e capacidades, identificar aspetos fortes e fracos, procurando melhorias e desenvolver o autoconhecimento e autorregulação.

Cada vez mais é exigido aos enfermeiros que desempenhem as suas funções com base num conhecimento dinâmico, contextualizado e personalizado. Este conhecimento é adquirido através de um processo de formação contínua, com apropriação pessoal do saber retirado de contextos interativos (Alarcão & Rua, 2005).

Como profissional, vou adquirindo saberes de forma constante durante a minha prática clínica. Contudo, enquanto formanda e aluna, os diferentes contextos de estágio vieram enriquecer ainda mais o meu leque de conhecimentos. Alarcão e Rua (2005) corroboram esta afirmação quando referem que a interação em meio profissional sob orientação de enfermeiros experientes proporciona o desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e atitudes, para além de estimular a construção da identidade profissional através da mobilização e integração de conhecimentos adquiridos e emergentes, na prática clínica.

O enfermeiro especialista é o elemento da equipa a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas de nível avançado (Regulamento nº140/2019, 2019). É através de uma prática analítica e reflexiva, associada a um pensamento crítico que o enfermeiro mantém o seu processo evolutivo e de constante melhoria, pelo que a mesma foi utilizada durante todo o percurso de estágio e na elaboração deste relatório. A prática reflexiva é considerada uma interligação entre o pensamento e a ação, através da qual o indivíduo se torna mais hábil (Schon, 1983). O próprio pensamento reflexivo inicia-se com o aparecimento de um momento de dúvida e dificuldade, levando ao desenrolar de um processo mental, a um questionamento e a uma pesquisa, com o objetivo de encontrar informações que esclareçam a dúvida inicial (Peixoto & Peixoto, 2016).

Entende-se que o ato de refletir é uma resposta à experiência, onde o indivíduo pensa sobre a mesma e a avalia (Boud et al., 1985 citado por Peixoto & Peixoto, 2016). É um processo mental básico para qualquer enfermeiro durante a sua prática clínica, pois vai permitir uma melhor compreensão da experiência vivida. O pensamento crítico pode ser definido como a aptidão que o indivíduo tem para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio para a tomada de decisão (Peixoto & Peixoto, 2017).

A reflexão e o pensamento crítico têm assumido uma presença mais constante no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina com um corpo de conhecimentos próprio. A junção dos dois atos na prática clínica vai levar a um

aumento da qualidade de cuidados e ao desenvolvimento de profissionais com sentido crítico e independentes.

Com o objetivo de desenvolver um projeto e conseqüentemente um relatório claro e de fácil percepção, foi utilizada a Metodologia de Projeto de Freitas (2010). Esta metodologia tem como objetivo principal a resolução de problemas, e conseqüentemente realizar projetos numa situação prática e real. É uma metodologia que estabelece uma relação entre a teoria e a prática, tendo em vista que se suporta no conhecimento teórico, mas com uma aplicação prática e que se divide em seis fases (Freitas, 2010). A primeira fase é a do *Diagnóstico da Situação*, ou seja, um conhecimento alargado e uma análise sobre a realidade da situação na qual se pretende intervir, através de instrumentos de avaliação. Esta fase constitui-se um processo contínuo e com atualizações constantes e funciona como justificativo para as atividades realizadas. A *Definição de Objetivos* pode incluir diferentes níveis, do mais geral ao mais específico. Os objetivos são representações prévias do que se pretende atingir e devem ser claros, precisos, em número reduzido e principalmente realizáveis. O *Planeamento* é a fase em que se elabora um plano detalhado do projeto, com um levantamento de recursos e possíveis limitações. É também nesta fase que se definem as atividades, assim como as estratégias e os meios para as alcançar. A *Execução* é simplesmente o momento de colocar em prática todo o projeto e é onde o orientador tem também um papel mais pró-ativo. A *Avaliação* é um processo rigoroso e dinâmico que vai sendo realizado no decorrer do todo o projeto e aquando da conclusão do mesmo. Finalmente a *Divulgação dos Resultados* ou o relatório final é a apresentação do projeto à comunidade em geral, mostrando os contributos do mesmo para a melhoria dos cuidados e aumentando a visibilidade da disciplina de enfermagem (Freitas, 2010).

O percurso construído e adaptado no decorrer dos últimos meses, sofreu diversas alterações, teve avanços e recuos, mas a meta final manteve-se inalterada – conseguir desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados e de excelência e assim conseguir construir, gradualmente, o nível de proficiência/perito na área, tal como preconizado por Benner (2001).

Para cada campo de estágio foram elaborados objetivos específicos e atividades (Apêndice II) tendo em conta as realidades díspares que os mesmos apresentam, mas também as necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. No decorrer das experiências foi sentida necessidade de ajustar o planeamento, os objetivos e mesmo as atividades planeadas previamente, de forma

a poder realizar uma adaptação às necessidades de aprendizagem, mas também dos serviços e dos clientes de cuidados.

### **3.1. Centro de desenvolvimento/ reabilitação**

O meu percurso de estágio iniciou-se no serviço de internamento pediátrico de um Centro de Desenvolvimento/ Reabilitação e teve a duração de duas semanas. E, foi também logo desde o início, que começaram as adaptações, uma vez que a instituição onde realizaria o estágio foi modificada devido às limitações impostas pela pandemia COVID 19.

Para este estágio foram elaborados dois objetivos específicos: Conhecer o papel do EEESIP no serviço de internamento pediátrico do centro de desenvolvimento; Promover o crescimento e desenvolvimento infantil, com enfoque na prática de estilos de vida saudáveis.

O serviço onde realizei o estágio inclui uma equipa de enfermagem composta por enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria e de reabilitação. Por forma a orientar a sua prática clínica, a equipa de enfermagem utiliza o modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey (1993) e o modelo das atividades de vida diária de Roper, Logan e Tierney (2000), bem como a filosofia de reabilitação, no sentido em que o objetivo principal destes profissionais de saúde está centrado na capacitação e aumento da autonomia do cliente.

Com base na temática abordada, durante este estágio desenvolvi competências de EEESIP a nível do *empowerment* e da capacitação da criança e família/acompanhante nas diversas atividades da vida diária, dando maior ênfase à alimentação.

O objetivo primordial da enfermagem neste serviço é a reabilitação da criança e a preparação para a alta. Contudo, este é um processo complexo e prolongado, muitas vezes sem fim à vista, pelo que é também importante que a equipa de saúde consiga promover o envolvimento e a participação ativa da criança e da família durante todo o processo de reabilitação, bem como na utilização dos diversos materiais de apoio.

Em crianças com deficiências motoras, o trabalho por parte da equipa de enfermagem é orientado de forma a proporcionar no internamento um ambiente semelhante ao do domicílio. As aprendizagens e as competências desenvolvidas

vão fomentar uma maior autonomia que conseqüentemente, e de forma gradual vai suavizar as barreiras do isolamento social, tanto a nível do internamento como aquando da alta para o domicílio (Marques e Sá, 2016).

Tal como referido anteriormente, os cuidados de enfermagem são realizados de acordo com o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney (2000) e por isso baseiam-se na capacitação e reabilitação das crianças e das suas famílias face às suas atividades de vida diária. Os treinos são planeados e realizados de acordo com as necessidades e limitações individuais de cada criança, incluindo na maioria das vezes, três grupos de atividades: o autocuidado (banho, vestir-se e alimentar-se), a mobilidade (o mover-se/deambular através dos diversos recursos, as transferências e as mobilizações no leito) e o controlo do ambiente (utilização de ferramentas que facilitem o dia-a-dia, como por exemplo as pegas extensoras).

O processo de preparação para a alta deve começar aquando da admissão (Marques, 2014). Esta afirmação da autora vem corroborar as intervenções e planeamento da equipa de enfermagem, no sentido em que todos os diagnósticos e necessidades levantados no período inicial são de extrema importância, pois vão permitir uma intervenção e aprendizagens individualizadas, tanto para as crianças e jovens portadores de deficiência motoras, mas também para os cuidadores/familiares.

O cuidador é, independentemente da idade do cliente alvo de cuidados, pessoa de referência no que se refere às aprendizagens durante este momento de transição. É importante ouvir a sua opinião, a sua perspectiva, torná-lo num elemento de relevância aquando da tomada de decisão, mas também compreender o seu sentimento de autoeficácia (Marques, 2014). É por isso essencial trabalhar em parceria com os mesmos, tal como é premissa da filosofia dos CCF e do modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey (utilizado no serviço).

A parceria de cuidados ocorre através da inclusão das crianças/jovens e acompanhantes nos cuidados e na tomada de decisão. Este método de trabalho é produtivo não apenas para o cliente alvo dos cuidados, mas também para os enfermeiros, uma vez que vai permitir estabelecer uma relação terapêutica e uma ligação de forma mais profunda, facilitando a nossa abordagem nos cuidados, sendo eles físicos, psicológicos ou emocionais. Com o desenvolver de uma parceria de cuidados, o enfermeiro tem a oportunidade de: (a) cultivar uma relação promotora da capacitação dos pais e da criança; (b) aprofundar o processo de tomada de decisão partilhada, dando ênfase à importância da negociação e do respeito pela decisão

dos pais; (c) partilhar conhecimentos; e (d) promover a parentalidade, enfatizando a importância da mesma para o desenvolvimento da criança. Todos os aspetos supracitados vêm culminar numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017; Mendes & Martins, 2012).

Enquanto enfermeiros e dentro dos domínios ético-legais, da prática e do desenvolvimento profissional, é-nos inerente a responsabilidade de facilitar o regresso a casa e promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida do cliente de cuidados e respetiva família (OE, 2011a). Com este objetivo em mente, durante o estágio, fui utilizando diferentes técnicas e estratégias para estimular as crianças e jovens a desenvolver cada vez mais as suas competências, sendo o brincar terapêutico uma das técnicas mais frequentes.

O brincar é um meio de expressão privilegiado na área pediátrica, uma vez que permite às crianças exprimir alguns dos seus desejos, medos ou frustrações. A brincadeira terapêutica é frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde, com o objetivo de preparar a criança para a realização de procedimentos e como forma de reduzir o *stress* e ansiedade. Para além do referido, o brincar serve também como estimulante da diversão, da espontaneidade e da autoestima (OE, 2013). Durante o estágio foi possível corroborar esta informação, observando que em crianças mais jovens foi mais fácil e agradável realizar a prática diária de exercícios e terapias enquanto brincam. Acabam por ser mais estimuladas e proactivas quando têm o benefício de brincar, rir e divertir-se.

O reforço positivo foi outro dos pontos fulcrais desenvolvido, uma vez que a minha ação tem como objetivo a promoção do *empowerment* e da capacitação dos clientes, de modo a elaborarem mecanismos de *coping* e a desenvolverem uma postura mais proactiva, que os auxiliem a ultrapassar as barreiras da sua própria deficiência (Marques & Sá, 2016).

O conceito de auto-eficácia surge com uma interligação com o conceito de *empowerment*, uma vez que é definido como sendo a convicção que o indivíduo tem de que se realizar determinada ação ou comportamento será capaz de afetar a sua própria saúde (Rawlett, 2014). De acordo com Rosnik (2008), citado por Rawlett (2014), se o cliente de cuidados acreditar na sua capacidade de alcançar o objetivo irá, de forma automática, envolver-se mais no processo. Uma das formas que o enfermeiro tem para estimular a auto-eficácia é através da persuasão verbal, ou seja através do reforço positivo, permitindo que o cliente de cuidados se sinta mais confiante e realize a ação pretendida. Uma ação ou comportamento desenvolvido

com sucesso vai incrementar o sentimento de auto-eficácia e conseqüentemente contribuir para o *empowerment* do cliente (Rawlett, 2014).

Relativamente à alimentação esta é considerada um ponto fulcral nos cuidados de enfermagem, principalmente em idade pediátrica, uma vez que o déficit de cuidados nesta área pode levar à existência de alterações na saúde, não só a nível físico, do crescimento e desenvolvimento, mas também a nível psicológico e social (Marques & Sá, 2016).

Quando se fala em alimentação saudável, muitas vezes, a mesma é associada a uma prevenção de excesso de gordura, contudo existe o reverso da moeda e a criança em situação de deficiência motora complexa sofre muitas vezes de défices nutricionais devido a dificuldades alimentares.

Estas dificuldades alimentares podem surgir a diversos níveis como por exemplo na coordenação motora necessária para levar os alimentos à boca ou na capacidade de mastigação e deglutição dos alimentos (disfagia). Crianças com patologias mais complexas podem ainda sofrer com episódios frequentes de engasgamentos, protusão da língua, reflexos de vômito, dificuldade na abertura da boca ou a existência de movimentos de espasticidade, que dificultam a postura. Assim, é importante a intervenção do enfermeiro no sentido de promover o desenvolvimento de estratégias que permitam à criança/jovem e família melhorar ou ultrapassar as suas limitações.

É também importante potenciar oportunidades para que as crianças e os cuidadores possam demonstrar as suas capacidades e competências, fazendo um reforço positivo às mesmas e se necessário auxiliar no desenvolvimento de outras estratégias ou mecanismos de *coping* que deem resposta às necessidades dos clientes de cuidados.

Durante o ensino clínico tive oportunidade de observar e intervir na melhoria da qualidade da alimentação das crianças internadas, através da escolha e utilização dos materiais de apoio mais adequados à faixa etária e à patologia da criança e da realização de posicionamentos favoráveis à alimentação. O serviço dispõe de dietas adequadas à patologia de cada criança, sendo que por vezes por agravamento ou melhoria da condição clínica são necessárias alterações ou ajustes. Dispõe também de materiais de apoio para facilitar a alimentação de forma autónoma ou para facilitar a administração de comida por parte dos cuidadores. O posicionamento das crianças aquando do horário de alimentação também deve ser adequado, sendo importante também transmitir essa informação ao cuidador. Esta

intervenção permitiu o desenvolvimento de competências, nomeadamente relacionadas como diagnóstico precoce de situações de risco, como é o caso dos engasgamentos (competência E1.2.) (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No estágio foi possível desenvolver competências a nível da implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde que seja promotor da parentalidade, da capacidade de gestão do regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1.) (Regulamento n.º 422/2018, 2018), através de intervenções como incluir a criança e família em todo o processo de tomada de decisão, bem como negociar a sua participação nos cuidados, visando sempre o bem-estar último do cliente de cuidados; estabelecer uma comunicação e uma relação terapêutica com a criança/família, o que no caso de crianças com limitações na linguagem e comunicação nem sempre é fácil; e a utilização de diferentes estratégias como o brincar terapêutico para motivar o desenvolvimento do seu papel no processo de recuperação. Desenvolvi também a unidade de competência “E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), atuando junto da criança e família na adoção de diferentes estratégias de *coping* e de adaptação, de modo a ultrapassar as dificuldades causadas pela doença, nomeadamente na adoção de estratégias promotoras da autonomia aquando da alimentação.

Foram também desenvolvidas as unidades de competência que envolvem a comunicação com a criança e família, tendo em conta o seu estado de desenvolvimento (E3.3.) e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente relativamente às decisões acerca da sua saúde (E3.4.) (Regulamento n.º 422/2018, 2018), através de uma comunicação mais expressiva e estimulando a manifestação das suas emoções, negociando e discutindo o seu contributo no seu processo de recuperação e fazendo um reforço positivo de todas as suas conquistas, bem como da sua imagem corporal, principalmente no caso dos adolescentes que muitas vezes se mostram melindrados com estes aspetos.

Como forma de consolidar saberes e competências foi realizado um jornal de aprendizagem acerca das experiências vividas durante a permanência no serviço, fazendo uso de uma reflexão sobre a prática e pensamento crítico (Apêndice III).

### **3.2. Unidade de cuidados de saúde personalizados**

O estágio realizado a nível dos cuidados de saúde primários foi efetuado numa UCSP e teve a duração de quatro semanas. A seleção deste local prendeu-se com a sua mais-valia enquanto ambiente promotor do desenvolvimento de saberes e competências ao nível da promoção da saúde, da vigilância de saúde infantil e do apoio à criança e jovem em situação de risco.

Os objetivos definidos para este estágio foram: Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em contexto de cuidados de saúde primários; Promover o empowerment da criança e família no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e na prevenção da obesidade infantil.

A UCSP fica localizada num prédio residencial e por isso divide as suas especialidades por andares. O andar da pediatria é composto pela sala de enfermagem, de vacinação, um gabinete de saúde oral, sala de amamentação e dois gabinetes médicos. Todo o ambiente físico, mas principalmente a sala de espera, é decorado com motivos associados à pediatria, com quadros informativos e pinturas na parede. Infelizmente, devido à pandemia, todo o material didático foi guardado, por não ser possível manter os cuidados de desinfeção adequados aos cuidados de saúde de forma constante.

Esta unidade inclui uma vasta equipa médica e de enfermagem (6 enfermeiras EEESIP), técnicos de serviço social, terapia ocupacional, nutricionista e psicóloga.

A consulta de saúde infantil e juvenil consiste num acompanhamento frequente das crianças e famílias, tendo por base as diretrizes emanadas pela DGS e que estão presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). A consulta está padronizada e tem uma calendarização estipulada tendo em conta determinadas idades chave e momentos específicos do desenvolvimento da criança/jovem. No momento da minha passagem pelo serviço as consultas, para além de serem agendadas tendo em conta o cronograma do Programa Nacional de Vacinação (PNV) eram também marcadas de forma a evitar a junção de várias pessoas e consequentemente prevenir a disseminação da COVID 19.

Para além do objetivo major, que é a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, a consulta de saúde infantil e juvenil tem também o propósito de estimular a aquisição de comportamentos promotores de saúde; prestar

cuidados antecipatórios, promovendo a saúde e prevenindo a doença e detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações que possam afetar de forma negativa a qualidade de vida da criança/jovem (DGS, 2013).

Durante a consulta de saúde infantil e juvenil, a equipa de enfermagem utiliza, como norteador da sua prática clínica, a filosofia de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados holísticos, no sentido em que observam e avaliam a criança/família como um todo e não apenas pelo problema ou dificuldade existente no momento. Existe uma avaliação dos diversos aspetos inerentes e envolventes à criança, começando com uma avaliação física, mas também emocional, social e económica. É ainda tido em conta a realidade da família e de toda a comunidade e ambiente envolvente, permitindo uma atuação precoce nos três níveis de prevenção.

No decorrer do ensino clínico tive oportunidade de planear e desenvolver a consulta de saúde infantil e juvenil sob supervisão da enfermeira responsável. Esta consulta é, por vezes, vista pelos próprios enfermeiros e pelos pais, como algo reducionista como “o pesar e o medir” a criança, contudo é, no seu âmago, muito mais complexa. É aqui que o profissional de saúde tem a oportunidade de avaliar, promover, intervir e orientar o cliente alvo de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do mesmo e para a melhoria dos cuidados de saúde (DGS, 2013).

Assim, nas diversas consultas realizei principalmente, medições e avaliações antropométricas, fazendo a análise das mesmas de acordo com as curvas de crescimento. Esta avaliação apesar de muito importante, deveria ser acompanhada por uma avaliação mais pormenorizada da criança e família, principalmente em situações de crianças mais novas e de pais mais inseguros. Contudo, o limite de tempo estipulado para cada consulta (cerca de 15 minutos) em conjunto com as restrições associadas à pandemia não o permitiu. Em cada consulta foi também executada a aplicação da escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, permitindo compreender o estágio de desenvolvimento da criança e a presença de défices ou alterações no mesmo, bem como a abordagem de temáticas pertinentes (para os pais e a criança) tendo em conta a idade. Toda a informação recolhida durante estas abordagens é registada no Boletim de Saúde Infantil e em sistema informático, evitando a dispersão de informação e facilitando a continuidade de cuidados.

Um desenvolvimento harmonioso, associado a um estado nutricional e crescimento adequado é fundamental para uma vida saudável. Tendo em conta que o processo de crescimento e desenvolvimento não é estanque nem igual para todas

as crianças, é importante a existência de uma avaliação recorrente. Assim, a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil surge como um momento oportuno para esta avaliação e intervenção, caso seja necessário. Esta consulta deve ainda valorizar a promoção da saúde e a detecção precoce de situações que possam afetar de forma negativa a saúde da criança/jovem e família, tal como é o caso da promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção da obesidade infantil (DGS, 2013).

Sempre que possível, tendo em conta a idade da criança, a disponibilidade parental e as necessidades apreciadas, desenvolvi atividades e intervenções promotoras da saúde, principalmente direcionadas para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil. A temática dos comportamentos alimentares e da prática de atividade física foi abordada nas consultas de saúde infantil e juvenil tendo por base os antecedentes da criança/família, o seu estado de saúde atual e/ou a existência de dúvidas (particularmente na amamentação). Ou seja, relativamente a esta temática não foi observada a realização de cuidados antecipatórios, que seriam benéficos para uma atuação ao nível da prevenção e não apenas do tratamento. Neste sentido, foram elaborados folhetos informativos e interativos (Apêndice IV) adequados aos pais, mas também às crianças em idade escolar, que têm o objetivo de estimular o interesse na temática e/ou sistematizar alguma informação transmitida durante as consultas.

Foi também trabalhado o *empowerment* da criança/família, para que os mesmos tomassem consciência dos seus pontos fortes e das suas diversas capacidades, para desenvolverem comportamentos potenciadores de saúde.

O ambiente escolar é um meio promissor para a promoção da literacia em estilos de vida saudáveis, mas também para a educação alimentar e a promoção da atividade física, para além de ser um foco privilegiado para a atuação dos profissionais de saúde, através da saúde escolar. Na UCSP existe um núcleo de saúde escolar, composto por três enfermeiras que trabalham diariamente junto das crianças e desenvolvem, em ambiente escolar, sessões de educação para a saúde relacionadas com a alimentação saudável, a importância da atividade física, a higiene oral, hábitos de sono, entre outras. Todas estas temáticas e o envolvimento dos profissionais de saúde em ambiente escolar têm como objetivo uma promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para mais e melhores cuidados de saúde.

Este seria um ambiente de excelência para o desenvolvimento de atividades dentro da temática do projeto. Contudo, devido às limitações pandémicas em vigor, todas as intervenções realizadas em ambiente escolar foram suspensas. Assim apenas me foi possível abordar e discutir a temática com as enfermeiras responsáveis, compreendendo melhor o trabalho desenvolvido, os objetivos, as atividades e o *feedback* por parte da comunidade face à intervenção de enfermagem.

Um dos pontos mais positivos do estágio nesta UCSP prendeu-se com a possibilidade de passar um dia com a enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e juvenil responsável pelo Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR). Durante este período consegui compreender o funcionamento do mesmo e a importância do papel do enfermeiro no processo de deteção, avaliação e encaminhamento das situações de risco. É um aspeto da enfermagem que por vezes não é tão visível, nem tão desenvolvido como deveria (tendo em conta a sua importância para o bem-estar das crianças), mas que integra na perfeição na competência comum do enfermeiro especialista “A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

As perturbações emocionais e do comportamento têm vindo a ganhar importância dentro da sociedade, nomeadamente na faixa etária da infância e adolescência. A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil desempenha um papel importante na deteção, intervenção e encaminhamento destas situações, realizando uma articulação com as equipas de saúde mental da infância e adolescência (DGS, 2013). Durante o estágio, não foi possível observar de que modo ocorre esta interligação com a equipa de saúde mental, uma vez que não surgiu nenhuma situação na qual esta intervenção específica fosse necessária. No entanto foi realizada a deteção precoce de situações de risco e as crianças/jovens e famílias foram encaminhados para a psicóloga a desempenhar funções na UCSP ou para a enfermeira responsável pela gestão do NACJR.

No que se refere às competências específicas do EEESIP, considero ter desenvolvido a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193) no sentido em que, durante as consultas, foi negociada a participação da família em todo o processo de cuidado; foram exploradas as diversas oportunidades para trabalhar a adesão a comportamentos potenciadores de saúde, nomeadamente a

amamentação nos lactentes, a prática de atividade física e uma alimentação e hábitos de sono saudáveis; foi utilizada a informação pré-existente (presente no sistema informático e no BSI) para uma avaliação e análise do ambiente familiar e consequente necessidade de intervenção e foi realizada uma comunicação adequada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura. A unidade de competência “ E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193) foi abordada e desenvolvida através da realização de encaminhamentos para outros profissionais de saúde, nomeadamente a psicóloga; da identificação e referenciação ao NACJR, sempre que seja pertinente, de situações de risco; e no desenvolvimento e promoção da literacia em saúde através de informação escrita ou oral. A unidade de competência “Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (E3.1.) e “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (E3.2.) (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194) foram desenvolvidas no âmbito de todas as consultas de saúde infantil e juvenil, através das avaliações antropométricas e da aplicação da escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, através da transmissão de orientações antecipatórias, diminuindo o *stress* dos pais acerca do desconhecido. O envolvimento dos pais em todo o processo de cuidados, a promoção da amamentação e a desmistificação de dúvidas e medos é também um fator promotor da vinculação entre pais e criança, uma vez que dá tranquilidade a ambos.

No final do estágio realizei um jornal de aprendizagem, baseado num pensamento crítico e reflexivo, sobre o papel do EEESIP nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, incluindo uma descrição do percurso efetuado na UCSP e das aprendizagens e competências adquiridas, de forma a mobilizar e solidificar os conhecimentos alcançados (Apêndice V).

### **3.3. Serviço de urgência pediátrica**

Neste terceiro momento de estágio, também com a duração de quatro semanas, desenvolvi competências e saberes no serviço onde desempenho funções enquanto enfermeira. O que tornou a experiência ainda mais enriquecedora foi o facto de olhar para o serviço onde presto cuidados diariamente através de uma

perspetiva de formanda, em modo de aprendizagem e desenvolvimento, e também como futura enfermeira especialista.

Analisando os comportamentos e os cuidados prestados nesta ótica fez-me compreender a importância do papel do EEESIP na prestação de cuidados, mas também a nível da inovação, da qualidade, da liderança e da tomada de decisão, de forma a otimizar as respostas da equipa de enfermagem, mas também da equipa multidisciplinar.

Os objetivos estabelecidos para este estágio foram: Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica à criança/jovem e família em situação urgente e emergente; Identificar intervenções do EESIP com vista à promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil; Identificar de que modo a atual pandemia de COVID-19 contribuiu para o aumento da obesidade infantil.

Após apresentação dos objetivos à senhora enfermeira orientadora e em discussão com a professora, cheguei à conclusão que o terceiro objetivo definido, apesar de inovador e interessante, seria demasiado moroso para o tempo de estágio programado. Como não seriam encontradas respostas em tempo útil para a apresentação do relatório, este objetivo ficou em *stand-by*, não sendo realizado neste momento, mas também não tendo sido eliminado definitivamente dos meus objetivos enquanto enfermeira especialista.

O serviço de urgência pediátrica engloba uma equipa multidisciplinar bastante variada. Dentro da equipa de enfermagem existem enfermeiros com especialidade na área pediátrica, mas também na área de doente em situação crítica. O serviço em si engloba a sala de triagem, de reanimação, de tratamentos, pequena cirurgia e gabinetes médicos. Ainda alocado ao SUP existe o serviço de observação (SO), espaço amplo com seis unidades onde as crianças permanecem quando existe necessidade de vigilância ou de um internamento de curta duração. Com o aparecimento da COVID-19, foram criados circuitos adequados ao controlo de infeção e à transmissibilidade do vírus, pelo que as crianças com sintomatologia associada ao Sars-cov 2 (febre, tosse, odinofagia, mialgias, vómitos e diarreia) estão isoladas das que não apresentam esses sintomas.

O serviço de urgência recebe todos os dias uma panóplia de crianças com as mais diversas patologias. Preferencialmente, a monitorização das crianças deve ser realizada a nível dos cuidados de saúde primários, ou pelo médico assistente,

reservando a ida ao SUP apenas quando existem situações mais graves e pontuais de doença (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues, 2006).

O serviço de urgência tem como objetivo o atendimento, diagnóstico e tratamento de doentes que tenham sofrido acidentes ou doenças súbitas e que necessitem de atendimento em meio hospitalar. Um episódio de urgência é entendido como um processo que necessita de uma ação num curto espaço de tempo, seja ela curativa ou paliativa. Um serviço de urgência dá ainda resposta a situações de emergência, ou seja situações em que exista risco de vida e em que a atuação tenha de ser realizada no período mais imediato possível (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

A prestação de cuidados no SUP inicia-se no posto de triagem onde é realizada uma observação primária da criança e, de acordo com a Triagem de Manchester, decidida a prioridade de atendimento da mesma. Este método de triagem fornece ao profissional uma prioridade clínica com base no problema/ queixa que motivou a ida ao serviço de urgência, através da identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada e atribuindo um tempo de espera recomendado, segundo um padrão de cores pré-estabelecido (Grupo Português de Triagem, 2021).

Neste primeiro momento de contacto com a criança o enfermeiro tem de ser particularmente observador, pois muitas vezes durante a triagem surgem situações de doença mais sérias e complexas do que o motivo inicial de recorrência ao SUP. A triagem deve ser realizada de forma célere, por isso a comunicação estabelecida entre o enfermeiro e a criança/acompanhante deve ser clara e concisa. Através das intervenções implementadas neste momento foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).”

Desde o momento da entrada da criança no SUP existe uma preocupação na prestação de cuidados individualizados e de acordo com a filosofia de CCF. Para a realização destes cuidados é benéfico ter um conhecimento da criança e das suas experiências, contudo com o tempo de atuação e de permanência junto da criança muitas vezes limitado devido à grande afluência do serviço, a realização de uma comunicação eficaz é um dos fatores mais importantes.

A comunicação é um instrumento básico de enfermagem e é englobada em quase todas as ações, seja de forma verbal, gestual ou através da expressão facial.

Enquanto ferramenta utilizada pela enfermagem, a comunicação deve ser terapêutica, ou seja, deve ser realizada com um intuito, como por exemplo perceber as necessidades do cliente, esclarecer as suas dúvidas, demonstrar interesse pelos seus problemas ou até mesmo como forma de estabelecer uma ligação com o cliente de cuidados (OE, 2011a). No dia-a-dia utilizamos bastante a ferramenta da comunicação para nos exprimirmos e compreendermos melhor o outro, sendo assim possível desenvolver a competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Tendo em conta a especificidade do serviço, por vezes surgem situações de ordem mais crítica, nomeadamente convulsões, reações anafiláticas, obstruções da via aérea e mesmo paragens cardiorrespiratórias. Aqui é de extrema importância uma deteção e intervenção rápida, com uma equipa organizada e orientada para as necessidades da criança. A priorização das necessidades, o chamar ajuda diferenciada, a realização dos cuidados de forma segura e tranquila (apesar da situação), são passos imprescindíveis para uma atuação correta na sala de reanimação. É ainda benéfico para a equipa a realização de uma reflexão sobre a situação, e o que correu bem ou menos bem e de que modo é possível melhorar a ação de enfermagem numa próxima ocasião. Através destas ações e reflexões foi possível desenvolver a competência E2.1. do EEESIP, mas também a competência comum do enfermeiro especialista “C – Domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Um dos pilares de enfermagem pediátrica é a filosofia dos cuidados não traumáticos. Estes podem ser definidos como cuidados terapêuticos, realizados pelos profissionais, recorrendo a intervenções que eliminem ou diminuam os processos dolorosos (físicos e psicológicos) vivenciados pela criança e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

O objetivo primordial destes cuidados prende-se com o não causar dano à criança. Para atingir esse objetivo a filosofia apresenta três princípios fundamentais: prevenir e diminuir a lesão corporal e a dor; estimular a sensação de controlo por parte da criança/família; prevenir e reduzir a separação da criança e da família/pessoa significativa (Hockenberry & Wilson, 2014).

No serviço de urgência são variadíssimas as intervenções e procedimentos dolorosos. Infelizmente em situações críticas, não existe disponibilidade para conseguir efetuar cuidados não traumáticos de forma constante, uma vez que o

objetivo primordial é a manutenção da vida. No entanto, na prática diária são estimuladas as intervenções baseadas neste tipo de filosofia, como por exemplo a decisão da criança sobre o local onde é realizada a punção e a permanência dos pais junto da mesma durante todos os procedimentos (colheitas de sangue, administração de terapêutica intramuscular ou durante realização de testes à COVID 19). Quando não é possível promover o controlo da dor através deste tipo de cuidados, é realizado um controlo da dor através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas (por exemplo a massagem ao RN). A prestação deste tipo de cuidados levou ao desenvolvimento da competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Cada vez mais se tem vindo a assistir a uma sobre-utilização dos serviços de urgência pediátricos (Caldeira et. al., 2006), pelo que podemos considerar este serviço como um meio privilegiado para a atuação do enfermeiro, não apenas ao nível do tratar e do curar, mas também ao nível do detetar e prevenir.

Anualmente são imensas as crianças que passam pelas portas do serviço de urgência pediátrica, pelo que a recorrência a este serviço surge como uma oportunidade para o enfermeiro, nas diversas áreas, nomeadamente a nível da obesidade infantil (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Tendo em consideração os valores relativos à prevalência da obesidade infantil e do excesso de peso, torna-se de extrema importância atuar de forma a prevenir e detetar precocemente esta patologia, melhorando os ganhos em saúde do cliente (Knigh & Booth, 2014). Dentro de uma perspetiva um pouco mais negativista, o trabalhar da temática da prevenção e deteção da obesidade infantil pode ser vista como um constrangimento, uma vez que existe um tempo restrito de contacto com a criança e que o serviço é perçecionado para a intervenção em situações urgentes e emergentes (Knigh & Booth, 2014). Contudo, na minha opinião, qualquer momento de contacto conta e deve ser utilizado da melhor forma possível, mesmo que seja uma curta passagem pelo serviço de urgência.

Foi com base neste pensamento que foi construída a norma “Deteção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência”, com vista a

normalizar os cuidados dos enfermeiros do serviço de urgência a nível da prevenção e deteção da patologia que é a obesidade infantil (Apêndice VI).

Previamente à elaboração da norma foi realizada uma entrevista informal com a Senhora Enfermeira-chefe das consultas externas do hospital, com o intuito de compreender o funcionamento da consulta de obesidade infantil e de que forma poderia ser realizado um encaminhamento das crianças do SUP para a mesma. Com base nas informações recolhidas foi produzido um documento para identificação e referenciação da criança (anexado à norma no apêndice VI), para a consulta hospitalar ou para os cuidados de saúde primários (de forma anexa ao boletim individual de saúde). A seleção do local a encaminhar seria decidida de acordo com o grau de obesidade e influenciada pelos antecedentes pessoais da criança.

Tendo em conta que a consulta de obesidade infantil é realizada em parceria com a equipa médica, a questão da referenciação com ponto de partida no SUP foi também abordada com alguns destes elementos.

Atualmente, o projeto aguarda aprovação por parte da chefia de enfermagem. Como a consulta de obesidade está neste momento em suspenso, ainda devido às limitações da pandemia, aguardo oportunidade para realizar uma observação presencial da mesma. Pretendo ainda continuar a analisar, o processo de referenciação e o conseqüente seguimento em consulta externa, uma vez que a limitação mais premente apresentada para este projeto residia na quantidade elevada de crianças já acompanhadas na consulta.

### **3.4. Serviço de internamento de pediatria**

O estágio de internamento teve a duração de quatro semanas e foi realizado num serviço de internamento de cirurgia pediátrica. O serviço de internamento é um espaço de eleição para o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, devido ao tempo de contacto existente entre os mesmos, pelo que se torna também local propício ao desenvolvimento das competências de EEESIP.

Como objetivos para este estágio delineei: Prestar cuidados especializados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica à criança e família em contexto de internamento; Promover a adoção de estilos de vida saudáveis e o *empowerment* da criança e família.

O serviço de cirurgia pediátrica engloba uma equipa de enfermagem com vinte e sete elementos, que vão trabalhando de forma rotativa entre o serviço de cirurgia e pneumologia pediátrica. Dentro destes elementos seis são EEESIP e três são especialistas em reabilitação.

Este serviço é bastante complexo, uma vez que recebe crianças com as mais diversas patologias cirúrgicas, englobando várias especialidades, nomeadamente cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica, entre outras. Devido ao seu largo espetro de intervenções cirúrgicas, o tempo de internamento pode variar de dias até meses.

Numa primeira abordagem ao serviço, e tendo em conta a temática abordada, era minha expectativa observar e trabalhar com jovens submetidos a cirurgia bariátrica, uma vez que a mesma já é realizada em adolescentes, no nosso país. Contudo, após discussão da temática com a senhora enfermeira orientadora compreendi que apesar do procedimento cirúrgico ser realizado na instituição, os adolescentes passariam por todo o processo no internamento de adultos, independentemente de ainda apresentarem idade pediátrica. O que, na minha opinião, não é vantajoso, uma vez que apesar de terem um acompanhamento no que se refere a todo o processo de internamento, cirurgia e recuperação, este não é direcionado para a área pediátrica, nem realizado por especialistas na área da pediatria. Mais ainda se salienta a impossibilidade de acompanhamento por parte dos pais/ pessoa significativa, que é visto como algo de extrema importância dentro da área pediátrica.

Tendo o estágio decorrido durante o pico da pandemia, foi verificada uma diminuição no número de internamentos e por isso as hipóteses de trabalhar com crianças com excesso de peso ou obesidade acabou por se tornar muito reduzida. Assim, optei por aprofundar e desenvolver, uma outra vertente do projeto, o “*empowerment* da criança e da família”.

A criança quando fica doente e recorre aos serviços de saúde atravessa uma fase de transição, tal como refere Meleis (2010) quando menciona que este fenómeno vai ser causador de mudanças na vida do indivíduo (neste caso criança e família) e vai alterar a forma como o mesmo se percebe previamente à sua alteração de saúde.

O processo de internamento hospitalar ou mesmo a intervenção cirúrgica em si é, por norma, desconhecido para as crianças e embora tenha a finalidade de promover uma melhoria da qualidade de vida das mesmas vem provocar

sentimentos de medo e ansiedade. Estes sentimentos podem ser ainda exacerbados pela imaginação da criança, levando-a a distorcer todo o processo que envolve o meio hospitalar (OE, 2011a).

Enquanto enfermeiros é nossa função cuidar dos clientes que recorrem aos serviços de saúde englobando não apenas a vertente física, mas também a vertente emocional. O trabalho emocional deve ser desenvolvido, objetivando a transformação de experiências emocionais intensas, em experiências positivas ou com algo de positivo. Esta transformação ocorre através da aplicação de intervenções de cariz afetivo e/ou emocional que estão incluídas no processo de cuidados (Diogo, 2019).

Durante o período de estágio contactei com crianças nas diversas faixas etárias e com diferentes conhecimentos sobre o processo de hospitalização. Numa situação em específico, um adolescente apresentava um discurso mais depressivo e de desmotivação, uma vez que já se encontrava internado há algumas semanas e já teria sido submetido a várias intervenções cirúrgicas. Aqui, tendo em conta a situação delicada em que o cliente de cuidados se encontrava foram prestados cuidados centrados tanto no aspeto físico como no aspeto emocional. No decorrer do estágio fui trabalhando com o adolescente no sentido de desenvolver os seus mecanismos de *coping*, auxiliando na gestão emocional e consequentemente proporcionando autocontrolo e facilitando o processo de saúde/doença (Diogo, 2020).

A comunicação, adaptada à idade e à fragilidade emocional do adolescente, foi um ponto fulcral durante a prestação de cuidados, pois veio facilitar a construção de uma relação enfermeiro-cliente estável e nutrida com confiança e empatia. Através desta relação de confiança, tornou-se mais simples a realização de cuidados ao cliente, que também demonstrou uma maior segurança e capacidade de expor a sua opinião e esclarecer as suas dúvidas. Estes momentos de contacto permitiram o desenvolvimento da competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Enquanto profissionais de saúde devemos ter a perceção se estamos a conseguir prestar cuidados eficazes ou não. Quando compreendemos que a nossa intervenção não está a ser suficiente ou é ineficaz, é nosso dever realizar o encaminhamento destas crianças para outros profissionais (Desenvolvimento da competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e

nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” - Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Do decorrer das intervenções e cuidados prestados a este jovem, fui de modo constante e progressivo, estimulando o *empowerment* do mesmo, assim como do pai que o acompanhou durante todo o internamento. Foram realizadas ações com o objetivo de permitir ao adolescente adquirir e desenvolver conhecimentos e competências que permitissem uma tomada de decisão informada e esclarecida face ao seu processo de saúde/doença e aos procedimentos realizados. Através deste processo foi também desenvolvida a sua autonomia e conseqüentemente a sua autoestima como um adolescente independente e capaz.

Durante as semanas de estágio no serviço de internamento existiram alguns momentos em que foi possível a intervenção junto de crianças e jovens acerca da prevenção da obesidade infantil e da adoção de estilos de vida saudáveis. Esta intervenção foi realizada através de conversas acerca da alimentação e formas de a tornar mais saudável e divertida (utilização da internet para procurar pratos alimentares com formas divertidas e receitas para realizar com os pais); sobre a prática de atividade física (discussão sobre jogos mais tradicionais para ensinarem aos colegas no recreio) e a importância de um padrão de sono adequado (aqui maioritariamente relacionado com a diminuição do ruído e da iluminação no serviço para que as crianças tenham um sono reparador).

Em pediatria, quando abordamos a criança não nos podemos esquecer que é uma abordagem que envolve também a família ou o cuidador. Enquanto enfermeiros, privilegiados no tempo de contacto, formação profissional e escopo de ação, temos o dever de proporcionar orientação e suporte aos pais, principalmente quando os mesmos têm o seu primeiro contacto com o ambiente hospitalar e não têm qualquer tipo de conhecimento sobre o que é esperado de si como pais (OE, 2011a).

A presença da figura parental junto da criança durante o período de internamento é deveras importante, principalmente em crianças numa faixa etária mais jovem, uma vez que o acompanhante vai assumir um papel de decisor. Contudo, para que as decisões sejam realizadas de forma informada e esclarecida é necessário que os pais estejam devidamente capacitados e se sintam competentes na assunção do seu papel.

A prestação de cuidados (com supervisão) envolveu um leque bastante alargado de crianças no que diz respeito à sua faixa etária e estágio de

desenvolvimento. Uma situação em específico prendeu-se com a prestação de cuidados ao RN e família, com necessidade de internamento prolongado.

Através da prestação diária de cuidados foi sendo estabelecida uma relação terapêutica e de confiança. Com a construção de uma relação de maior proximidade, associada a uma comunicação eficaz e uma escuta ativa foi possível compreender os medos e receios desta mãe e posteriormente integra-la na prestação de cuidados à criança. Foram sendo realizados pontos de situação constantes e fornecidas informações sobre as limitações e possibilidades de evolução da criança, o que levou a mãe a perceber-se como um membro da equipa de cuidados ao RN. Através deste empoderamento constante e gradual, esta mãe foi-se tornando mais autónoma nos cuidados ao seu filho, capaz de tomar decisões e advogar a seu favor e de expressar as suas opiniões relativamente a procedimentos e tratamentos à criança. No final do estágio era possível observar a partilha de experiências entre cuidadores, uma vez que pais empoderados tendem a contribuir para o empoderamento de outros pais (Ashcraft et al., 2019).

Enquanto futura enfermeira especialista, a interação e o trabalho junto das crianças e famílias de forma a contribuir para o seu empoderamento, foram positivos pois vieram desenvolver competências como “E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193/4).

Como forma de cimentar as aprendizagens e competências adquiridas foi realizado um jornal de aprendizagem, baseado numa reflexão e pensamento crítico sobre a prática clínica e onde foi desenvolvida e aprofundada a temática do empowerment da criança e da família (Apêndice VII).

### **3.5. Unidade de neonatologia**

O último momento de estágio decorreu durante quatro semanas numa unidade de neonatologia. A seleção desta unidade decorreu da mesma apresentar duas vertentes, a de UCIN, mas também a de cuidados intermédios preparação para

a alta, sendo possível desenvolver competências a nível dos cuidados ao RN prematuro, mas também a nível da parentalidade e da promoção da vinculação.

Os objetivos delineados para este campo de estágio foram: Integrar a dinâmica da prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com necessidade de internamento na UCIN; Identificar estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis e da prevenção da obesidade infantil; Informar a equipa e a família sobre a importância da amamentação na prevenção da obesidade infantil.

A unidade de neonatologia é composta por uma equipa de trinta e cinco elementos, sendo que cinco são EEESIP.

A unidade de neonatologia caracteriza-se pela sua humanização dos cuidados, pela sua filosofia de CCF e pelo trabalho por enfermeiro de referência. Os RN quando dão entrada na unidade são acolhidos por uma enfermeira. Esta fica responsável pela criança sempre que está no serviço e por prestar apoio aos pais, seja a nível de informações sobre o estado geral do bebé, apoio emocional ou de esclarecimento de dúvidas sobre o novo mundo onde se estão a integrar – o mundo da prematuridade.

É sabido, através da evidência científica, mas também da experiência na prática clínica que os pais vivenciam um processo de sofrimento e frustração quando não são incluídos na prestação de cuidados ao RN. Contrariamente a sua inclusão nos cuidados e nas conquistas diárias do bebé vêm proporcionar uma redução do *stress*, seja dos pais, seja das crianças. A utilização de intervenções específicas, como a utilização do método de canguru e o contacto pele e pele, a amamentação ou mesmo a contenção destes RN vêm reduzir os níveis de mortalidade e infeção, bem como potenciar os ganhos a nível do desenvolvimento cerebral (Silva & Apóstolo, 2021).

O meu percurso formativo na UCIN foi essencialmente de descoberta e de novas aprendizagens, uma vez que nunca tinha tido contacto com este ambiente. Neste sentido, considero esta experiência bastante enriquecedora, uma vez que foi possível a prestação de cuidados ao RN prematuro (sob supervisão), com especial foco nos cuidados neuroprotetores.

Os cuidados neuroprotetores são cuidados individualizados que visam um crescimento e desenvolvimento saudável do RN pré termo (independentemente da sua necessidade de cuidados de saúde) e da sua família. Dentro destes cuidados podemos incluir um ambiente curativo, a parceria com as famílias, os posicionamentos adequados, o sono reparador/tranquilo, a minimização do *stress* e

da dor, os cuidados protetores à pele e a otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

O nascimento de um filho é dos acontecimentos mais esperados durante a vida adulta. Aceitar este desafio é assumir uma nova responsabilidade e enfrentar as mudanças e adaptações que o novo membro trará ao seio familiar (OE, 2015).

A adaptação a este processo de parentalidade não é isenta de riscos, uma vez que a qualidade desta relação pode ser afetada e influenciada por diversos fatores, sendo a hospitalização um deles. O processo de hospitalização do RN leva a que os pais tenham dúvidas sobre o seu papel parental e sobre o que os profissionais de saúde esperam deles. O processo de vinculação, processo de relação afetiva que se desenvolve entre a criança e os pais, também é afetado, muitas vezes devido à dissociação do bebé perfeito face ao bebé real ou ao distanciamento dos pais imposto pela situação de saúde (OE, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014).

Enquanto enfermeiros é nossa responsabilidade auxiliar os pais a ultrapassarem estes processos de forma positiva, promovendo a sua adaptação. Algumas das intervenções que realizei neste sentido prenderam-se com a integração de forma gradual dos pais nos cuidados ao RN; o promover o toque e a conversação com o bebé de forma calma e tranquilizante, uma vez que estes reconhecem as vozes dos pais; promover a amamentação e promover a realização do método de canguru. Estas atividades tiveram algumas limitações, mais uma vez relacionadas com a pandemia de COVID 19, no sentido em que os pais tinham de realizar teste de pesquisa de Sars-Cov 2 antes da entrada no serviço de modo a certificar que não existiria contaminação dos bebés e apenas era possível a presença de um dos pais por dia, restrita a um período do dia (manhã ou tarde). Esta separação dos pais em idades tão precoces tem consequências negativas, uma vez que os pais são essenciais quando se trata de suprir as necessidades emocionais, físicas e de desenvolvimento do recém-nascido. Os próprios pais sentem angústia e depressão pelo afastamento, numa preocupação constante pelo estado de saúde da criança (Silva & Apóstolo, 2021).

Através da prestação destes cuidados foi possível a aquisição de novos conhecimentos e saberes, através da experiência prática e da influência dos saberes da senhora enfermeira orientadora. Desta forma foram desenvolvidas competências no âmbito do “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (competência E2.1. e E2.3.) e da “prestação de cuidados específicos

em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, nomeadamente a competência E3.1., E3.2. e E3.3. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

A amamentação é uma das estratégias possíveis de implementar no serviço de neonatologia e que atua na prevenção dos elevados números de crianças com obesidade (Rito et al., 2019). Por isso, um dos meus objetivos prendia-se com a sensibilização da equipa para a importância da amamentação na prevenção da obesidade infantil. No entanto, após discussão e apresentação dos objetivos com a senhora enfermeira orientadora, compreendi que a temática não seria uma mais-valia para a equipa, pois um dos elementos da equipa já estava a desenvolver um projeto com a mesma temática.

Assim, foi feita uma reavaliação das atividades propostas e novas pesquisas sobre o modo como a obesidade infantil é influenciada pelos processos vivenciados pelos RN pré termo, o que resultou na elaboração da sessão de formação intitulada “Promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil numa unidade de Neonatologia” (Apêndice IX).

Pode afirmar-se que um feto tem restrição do crescimento fetal quando o mesmo não atinge o potencial de crescimento associado à sua idade gestacional. Os RN que apresentem restrição do crescimento fetal *in útero* apresentam um maior risco de mortalidade e morbilidade. Esta alteração do crescimento fetal leva à existência de adaptações metabólicas de forma a assegurar a sobrevivência do feto, que por sua vez causam alterações epigénicas (do ácido desoxirribonucleico - ADN) duradouras. Estas alterações em associação com a não adesão a estilos de vida saudáveis leva ao aparecimento de doenças como a obesidade (Sociedade portuguesa de neonatologia, 2018). Neste sentido é importante a intervenção do enfermeiro a nível dos cuidados antecipatórios e neuroprotetores, como forma de prevenção.

Para a realização desta sessão formativa e de sensibilização foi realizado um plano de sessão (Apêndice VIII) e um questionário de avaliação (Apêndice X) da mesma, que foi entregue à equipa após a apresentação. Através desta sessão de formação foi possível interligar e transmitir conhecimentos acerca da obesidade infantil e da sua relação com a restrição do crescimento fetal no RN pré termo e levando os profissionais a fazerem uma reflexão sobre as suas práticas diárias. Através da resposta aos questionários de avaliação (Apêndice X), foi possível

compreender que os elementos da equipa consideraram a sessão pertinente e útil para o exercício profissional.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências como “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “ D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747/9).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS**

O percurso formativo até aqui delineado permitiu o meu desenvolvimento enquanto enfermeira e futura EESIP, mas também a minha evolução enquanto ser humano.

A disciplina de enfermagem é, primeiramente, uma área em que se cuida do outro. Enquanto enfermeiros somos seres sensíveis que desenvolvem conhecimentos científicos e técnicos para prestar cuidados de saúde. Estes conhecimentos estão associados a um pensamento crítico e a uma prática reflexiva que nos permite agregar o saber, ao saber fazer e ao saber ser, resultando em cuidados de excelência para os nossos clientes.

Durante a realização deste projeto foram delineados objetivos, planeadas atividades e desenvolvidas as diversas competências de enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de mestre em enfermagem. Foi estimulado o pensamento de especialista, não apenas no que alude à prática clínica, mas também relativamente à investigação e inovação sobre a disciplina de enfermagem e à procura constante da melhoria da qualidade de cuidados.

O percurso de EEESIP teve início com este mestrado mas não termina por aqui. Esta foi apenas uma primeira fase do percurso que será desenvolvido durante o resto da minha vida enquanto enfermeira.

De acordo com o regulamento nº 140/2019 (2019) o enfermeiro especialista é aquele que detém um conjunto de competências especializadas, decorrentes do aprofundamento de saberes de enfermagem enquanto enfermeiro generalista. O EEESIP desenvolve competências específicas e trabalha para se tornar perito na intervenção e realização de cuidados de excelência à população pediátrica.

Enquanto futura EEESIP assimilo também na minha práxis a capacidade de prestar cuidados de nível avançado, executados com segurança e competência, à criança saudável ou doente e família; Proporcionar momentos de educação para a saúde e recursos de apoio; Trabalhar com a criança e família, independentemente do contexto em que a mesma se encontre, com vista a promover a sua saúde (OE, 2011).

Durante este percurso fiz contacto com os mais diferentes ambientes de cuidados pediátricos, tendo sido acolhida e guiada por profissionais competentes e

experientes dentro da sua área de atuação. Enquanto futura enfermeira especialista tenho agora uma visão da pediatria muito mais alargada e diferenciada.

Este percurso formativo abriu novos horizontes através da introdução a novas áreas da enfermagem pediátrica. Através dele redescobri a importância da promoção da saúde, da vinculação parental, dos cuidados não traumáticos e dos cuidados centrados na família; Redescobri a importância dos pais na parceria de cuidados, o poder do *empowerment* em crianças e pais e que o brincar terapêutico não são apenas as crianças e os enfermeiros a divertirem-se. Descobri como realizar cuidados neuroprotetores e como os pais se sentem, muitas vezes, impotentes para desempenhar o seu papel parental. Na realidade considero que redescobri a Pediatria, e fico feliz por isso.

Relativamente à temática da prevenção da obesidade infantil, este percurso permitiu a aquisição de conhecimentos com base na evidência científica mais recente, mas também veio demonstrar que o ato de prevenir é uma intervenção que devemos estimular nos mais diversos ambientes e não apenas ao nível dos cuidados de saúde primários ou comunitários.

Vivendo numa sociedade cada vez mais sedentária e predisposta ao uso de materiais eletrónicos, é necessária uma chamada de atenção para os perigos da obesidade infantil. Esta patologia é, no momento, uma das doenças mais frequentes na população infanto-juvenil. Contudo, há que compreender também que a obesidade é uma doença passível de prevenção, pelo que se torna imprescindível uma intervenção precoce, nomeadamente ao nível do *empowerment* de crianças e pais, para que os mesmos desenvolvam competências e estratégias para a adesão a estilos de vida saudáveis e conseqüentemente potenciem os seus ganhos em saúde.

É essencial que enquanto enfermeiros estejamos capacitados para maximizar a saúde da população pediátrica, pois não podemos esquecer que as crianças do dia de hoje vão ser os adultos de amanhã.

Neste sentido, pretendo dar continuidade ao projeto iniciado durante o estágio no serviço de urgência, que se prende com a deteção precoce de crianças com excesso de peso ou obesidade infantil e fazer o encaminhamento das mesmas para cuidados mais especializados. Este trabalho foi já divulgado publicamente através da participação no “1º congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente”, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo II),

onde foi submetido um resumo da temática, posteriormente publicado em *ebook* (Apêndice XI) e realizada uma comunicação oral.

Posteriormente a esta divulgação surgiu também o convite para realização de uma sessão de educação para a saúde sobre a temática, juntos das turmas do 1º ciclo de um agrupamento de escolas de Lisboa.

Relativamente às limitações ou dificuldades encontradas durante este percurso, estas prendem-se principalmente com o início e a manutenção da pandemia COVID 19. A pandemia veio provocar diversas restrições nos serviços, o que conseqüentemente impediu a realização de algumas das atividades planeadas. Uma das restrições major esteve ligada com a presença de ambos os pais, junto da criança, o que causou angustia tanto a pais como a crianças. Finalmente a pandemia trouxe um nível de trabalho exacerbado aos enfermeiros e por isso nem sempre foi fácil colmatar a vertente da escola com a vertente do trabalho.

Em suma, considero que os objetivos propostos aquando do início deste projeto foram alcançados e que as aprendizagens realizadas foram bastante enriquecedoras e contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, permitindo que a prática de cuidados seja realizada de forma mais segura, mais completa e mais humanizada, procurando sempre atingir os mais elevados níveis de satisfação das crianças e pais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Lisboa.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & contexto – Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido em: 14-06-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njik/?format=pdf&lang=pt>
- Alves, J. M. N. O., Amendoeira, J. J. P., Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38(4). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 9-22.
- Andrews, K. R., Silk, K. S. & Eneli, I. U. (2010) Parents as Health Promoters: A Theory of Planned Behavior Perspective on the Prevention of Childhood Obesity. *Journal of Health Communication*. 15(1), 95-107. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730903460567>
- Ajzen, Icek. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50. 179-211. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The patient*. 12 (2), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Baleia, J., Pirata, C., Mendes, S., Figueira, I., Martins, F. & Rito, A. (2021). Alterações no consumo alimentar e outros comportamentos relacionados com a alimentação em crianças durante o confinamento em contexto da pandemia da COVID-19, em Portugal: programa MUN-SI Cascais 2019/2020. *Obesidade em tempos de pandemia*. 1. Acedido em: 08/05/2022. Disponível em:

[http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7822/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_NEspecia13-2021\\_artigo1.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7822/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia13-2021_artigo1.pdf)

- Ball, J., Bindler, R., Cowen, K. (2014). (2nd ed) *Child health nursing. Partnering with children and families*. Harlow: Pearson.
- Barbosa, E. L., Filho, M. A. A., Montenegro, R. C., Sousa, J. B., Montenegro, V. C. G., Dantas, P. M.S., Filho, J. F. (2007). Maturação sexual: análises das medidas antropométricas e somatotópicas de escolares. *Fitness & Performance Journal*. 5(1), 10-13. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/751/75117235002.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1(37), 1-4.
- Carta de Ottawa (1986). In: *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá; Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in childhealth nursing*. England: Security Press.
- Center for Disease Control and Prevention. (2022). Children, Obesity, and COVID-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/obesity/data/children-obesity-COVID-19.html>
- Declaração de Alma-Ata. (1978). In *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. *Diário da República*. Série I –A (Nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. Actualização das curvas de crescimento. Lisboa. Acedido em: 12/02/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-05dsmia-de-21022006.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Acedido a 12/02/2021. Disponível em: <https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-60753-dt-content-rid->

[271910\\_1/courses/202021-S1-6734-3-6734008-2/Programa-Nacional-Saude-Infantil-Juvenil-2013.pdf](http://271910_1/courses/202021-S1-6734-3-6734008-2/Programa-Nacional-Saude-Infantil-Juvenil-2013.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS. Acedido a 16/10/2020. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Acedido em 28/10/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS. Disponível em: [https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade\\_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf](https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2020). Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal – 2019. Acedido a 15/10/2020. Disponível em [https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/COSI2019\\_FactSheet.pdf](https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/COSI2019_FactSheet.pdf)

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.<sup>a</sup> versão revista). <https://www.researchgate.net/publication/337447491>

Diogo, P. (2020). Texto de Apoio IV. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021). Documento orientador da unidade curricular estágio com relatório. 11<sup>o</sup> Curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Lisboa: Escola superior de Lisboa.

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. Doi: <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v5i2.175>

Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 1-37.

Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*.16, 354-361.

- Gonçalves, F., Mourão, P. (2008). A Avaliação da Composição Corporal - A Medição de Pregas Adiposas como Técnica para a Avaliação da Composição Corporal. *Motricidade*. 4 (4), 14-22. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2730/273020553003.pdf>
- Grupo Português de Triagem (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Helman, C. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Institute for patient- and family- cetered care. (2021) Patient- and family- cetered care. Acedido em: 24/05/2021. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Kieffer C (1984) Citizen empowerment a developmental perspective. *Prevention in Human Services*. 3, 9-36
- Knight, M. & Booth, C. (2014). Obesity management in a Pediatric Emergency Department. *BMJ Open Quality*. 3 (1).  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjquality.u203067.w1454>
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. O., Araújo, T. L., Lima, F. E. T., Silva, V. M. (2020). Development of middle-range theories in Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Marques, J. M. (2014). A transição do hospital para o domicílio da pessoa dependente e seu cuidador. *Nursing*. Disponível em: <http://www.nursing.pt/a-transicao-do-hospital-para-o-domicilio-da-pessoa-dependente-e-seu-cuidador/>
- Marques, J. M. & Sá, L. O. (2016). A alimentação da criança com paralisia cerebral: dificuldades dos pais. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (11). 11-19.
- Marques, M. & Teixeira, P. (2014). Modificação comportamental na gestão do peso: da teoria à prática. *Revista fatores de risco*. 34. 56-66.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer publishing company.

- Mendes, M. & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III série. 113-121. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guias orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume II. Cadernos da OE. Série I (3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa pratica - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos da OE. Série I (6). Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos da OE. Serie I, (8). Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10883/programa\\_formativo\\_eesip\\_rev3\\_5-vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10883/programa_formativo_eesip_rev3_5-vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-uma-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-texto-formulado-pela-mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria/>

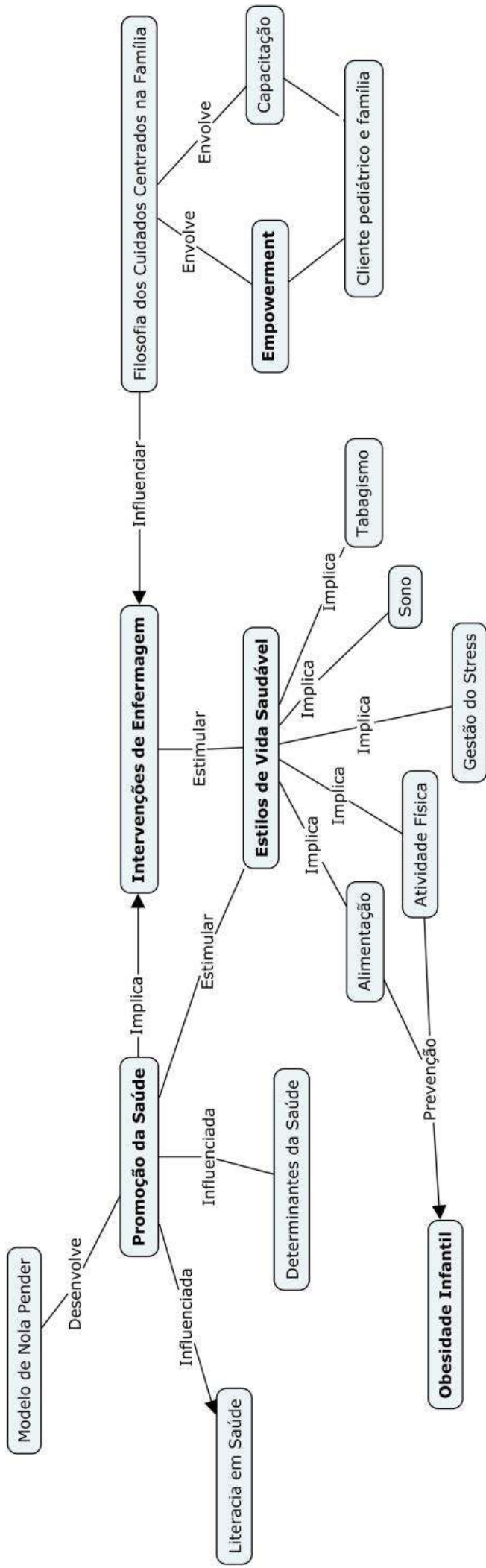
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Facts and figures on childhood obesity. Acedido em: 15/10/2020. Disponível em: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Obesity and overweight. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organização Mundial de Saúde. (2020a). Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem de Referência*. 5 (11), 121-132.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*. 4 (13), 125-138.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 267(23), 8-15.
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R. & Slusser, W. (2017). Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 140 (6). DOI: 10.1542/peds.2017-3034 Disponível em: <https://www.uclahealth.org/mattel/fitprogram/workfiles/research/Obesity%20Stigma.pdf>
- Rawlett, K. (2014). Journey from Self-Efficacy to Empowerment. *Health Care*. 2. 1-9. Doi: 10.12966/hc.02.01.2014.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

- Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., ... Breda J. (2019). Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: The WHO european childhood obesity surveillance initiative – COSI 2015/2017. *Obesity Facts – The european journal of obesity*. 12. 226-243. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000500425>
- Rito, A., Mendes, S., Bica, M. (2020). Covid-19 e Obesidade Infantil. Disponível em: [http://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2020/05/COVID\\_ObesidadeInfantil-INSACRIDSS.pdf](http://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2020/05/COVID_ObesidadeInfantil-INSACRIDSS.pdf)
- Roper N., Logan W., Tierney, A.J., (2000). *The Roper, Logan, Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. London: Churchill Livingstone.
- Ruiz-Zaldibar, C., Serrano-Monzó, I., Mujika, A. (2018). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 94. 238-50.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S.(2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 4(2), 187–192. Doi: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco*, 34, 26-33
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. London: Temple Smith
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Silva, E. & Apóstolo, J. (2021). Presença dos pais nas unidades de neonatologia portuguesa durante a pandemia de COVID-19. *Revista investigação em enfermagem*. 34 (2). 39-45.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018). Consenso Clínico – Restrição de Crescimento Fetal. Lisboa. Acedido em: 29/03/2021; Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS (2015). *Promoção da Saúde: Da investigação à prática*. Lisboa: SPPS, Editora LDA.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência. 5ª ed.

- Vaughn, L. M., Nabors, L., Pelley, T. J., Hampton, R. R., Jacquez, F. & Mahabee-Gittens, E. M. (2012). Obesity screening in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28 (6). 548-552.
- Venâncio, P., Agular, S. & Pinto, G. (2012). Obesidade infantil um problema cada vez mais actual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S.l.], 28 (6), 410-6.
- Serviço Nacional de Saúde (2021). Caracterização das Valências de Urgência. Acedido em: 6-04-2021. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/atendimentos-por-tipo-de-urgencia-hospitalar-link/table/?sort=tempo&refine.tempo=2021&refine.regiao=Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20LVT>
- United Nations International Children’s Emergency Fund. (2019). Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos. Acedido em: 01/06/2022. Disponível em: [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Wang, M. L., Martinez, L. S. S., Weinberg, J., Alatorre, S., Lemon, S. C. & Rosa, M. C. (2021). A youth empowerment intervention to prevent childhood obesity: design and methods for a cluster randomized trial of H2GO! Program. *BMC Public Health*. 21. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11660-5>
- Wang, Y. (2017). Potential mechanisms in childhood obesity: causes and prevention. Em I. Romieu, L. ; Dossus, & W. C (Eds.), *Energy balance and obesity*, IARC Working Group Reports (Vol. 10, pp. 69–78). World Health Organization.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Mapa conceptual**



**APÊNDICE II - Objetivos e atividades a desenvolver  
nos locais de estágio**

| Local de Estágio: Consulta de Desenvolvimento Infantil |   |  | Duração do estágio:<br>2 semanas   |
|--|---|--|--|
| Objetivos gerais                                       | Objetivos específicos   | Atividades   | Avaliação  |
| 1  | Conhecer o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na consulta de desenvolvimento; | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião e discussão do serviço com a enfermeira orientadora;</li> <li>- Consulta de protocolos, normas e outra informação complementar;</li> <li>- Observação da organização do serviço, rotinas e metodologias de trabalho, bem como da articulação com outros serviços de saúde;</li> <li>- Observação e participação nos cuidados de enfermagem prestados;</li> </ul>  | <p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: <b>A1.1</b> (A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A 1.1.7), <b>A1.2</b> (A1.2.3, A1.2.4), <b>A1.3</b> (A1.3.1), <b>A2.1</b> (A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.6), <b>A2.2</b> (2.2.2), <b>B1.1</b>, <b>B2.2</b> (B2.2.1, B2.2.2, B2.2.3), <b>B3.1</b>, <b>B3.2</b> (B3.2.1, B3.2.2, B3.2.3, B3.2.5), <b>C1.1</b>, <b>C2.1</b>, <b>D1.1</b>, <b>D1.2</b>, <b>D2.1</b> (D2.1.2, D2.1.4), <b>D2.2</b>, <b>D2.3</b>.</p> |
| 1 e 2  | Promover o crescimento e desenvolvimento infantil, com enfoque na prática de estilos de vida saudáveis;   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do estágio de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, recorrendo ao uso da escala de desenvolvimento modificada de Mary Sheridan;</li> <li>- Leitura de evidência científica acerca de estilos de vida saudáveis, crescimento e desenvolvimento em crianças com doenças raras;</li> <li>- Identificação de intervenções para a promoção do crescimento e desenvolvimento, tendo por base a prática de estilos de vida saudáveis (ex: alimentação).</li> </ul> | <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria: <b>E1.1</b> (E1.1.1, 1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.7, E1.1.9, E1.1.10), <b>E1.2</b>, <b>E2.1</b> (E2.1.1), <b>E2.2</b>, <b>E2.3</b>, <b>E2.4</b>, <b>E2.5</b>, <b>E3.1</b>, <b>E3.2</b>, <b>E3.3</b>, <b>E3.4</b></p>  |

| Local de Estágio: UCSP |   | Duração do estágio:<br>4 semanas  |  |
|------------------------|---|---|--|
| Objetivos gerais       | Objetivos específicos   | Atividades  | Avaliação  |
| 1                      | Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em contexto de cuidados de saúde primários                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa e análise de bibliografia de referência na área;</li> <li>- Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Planeamento e execução (sob supervisão) de consultas de saúde infantil;</li> <li>- Conhecimento sobre os sistemas de registo de cuidados prestados;</li> <li>- Colaboração no registo dos cuidados de enfermagem.</li> </ul>   | <p>Competências Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: <b>A1.1</b> (A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A 1.1.7), <b>A1.2</b> (A1.2.3, A1.2.4), <b>A1.3</b> (A1.3.1), <b>A2.1</b> (A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.6), <b>A2.2</b> (2.2.2), <b>B1.1</b>, <b>B2.2</b> (B2.2.1, B2.2.2, B2.2.3), <b>B3.1</b>, <b>B3.2</b> (B3.2.1, B3.2.2, B3.2.3, B3.2.5), <b>C1.1</b>, <b>C2.1</b>, <b>D1.1</b>, <b>D1.2</b>, <b>D2.1</b> (D2.1.2, D2.1.4), <b>D2.2</b>, <b>D2.3</b>.</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria: <b>E1.1</b>, <b>E1.2</b>, <b>E2.1</b> (E2.1.1), <b>E2.2</b>, <b>E2.3</b>, <b>E2.4</b>, <b>E2.5</b>, <b>E3.1</b>, <b>E3.2</b>, <b>E3.3</b>, <b>E3.4</b></p> |
| 1 e 2                  | Informar a equipa da unidade de cuidados de saúde primários sobre a importância da prevenção da obesidade infantil                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da existência de projetos/normas relacionados com a temática a abordar;</li> <li>- Discussão com a orientadora/equipa da pertinência do tema para a promoção da saúde da comunidade;</li> <li>- Realização de sessão de formação acerca do tema (caso se verifique necessidade).</li> </ul>   |  |
| 2                      | Promover o <i>empowerment</i> da criança e família no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e na prevenção da obesidade infantil | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do estado nutricional da criança;</li> <li>- Compreensão do ambiente familiar;</li> <li>- Consciencialização da família sobre o estado nutricional da criança;</li> <li>- Cooperação com a criança e família na tomada de decisão e colaboração no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis;</li> <li>- Promoção da literacia em saúde para toda a família através de informação escrita ou oral;</li> <li>- Elaboração de guia de lanches saudáveis e acessíveis monetariamente.</li> </ul> |  |

| Local de Estágio: Serviço de Urgência Pediátrica |   |   | Duração do estágio:<br>4 semanas  |
|--|---|---|---|
| Objetivos gerais                                 | Objetivos específicos   | Atividades  | Avaliação   |
| 1  | Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica à criança/ jovem e família em situação urgente e emergente                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento de normas e protocolos;</li> <li>- Observação da gestão dos membros da equipa em situações de urgência ou emergência;</li> <li>- Observação da intervenção da equipa de enfermagem em situações de urgência e emergência;</li> <li>- Atuação em pelo menos 1 situação de cuidados urgentes ou emergentes à criança/família.</li> </ul>  | <p>Competências Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: <b>A1.1</b> (A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A 1.1.7), <b>A1.2</b> (A1.2.3, A1.2.4), <b>A1.3</b> (A1.3.1), <b>A2.1</b> (A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.6), <b>A2.2</b> (2.2.2), <b>B1.1</b>, <b>B2.2</b> (B2.2.1, B2.2.2, B2.2.3), <b>B3.1</b>, <b>B3.2</b> (B3.2.1, B3.2.2, B3.2.3, B3.2.5), <b>C1.1</b>, <b>C2.1</b>, <b>D1.1</b>, <b>D1.2</b>, <b>D2.1</b> (D2.1.2, D2.1.4), <b>D2.2</b>, <b>D2.3</b>.</p> |
| 1 e 2  | Identificar intervenções do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica com vista à promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão da temática com a enfermeira orientadora;</li> <li>- Sensibilização da equipa para a importância da temática, através da discussão de dados recentes;</li> <li>- Análise da abordagem à criança/família durante a sua permanência no serviço;</li> <li>- Identificação de momentos propícios para a realização de ensinamentos sobre a temática;</li> <li>- Identificação de recursos de apoio (encaminhamento para consulta de obesidade).</li> </ul> | <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria: <b>E1.1</b> (E1.1.1, 1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.9), <b>E1.2</b>, <b>E2.1</b>, <b>E2.2</b>, <b>E2.3</b>, <b>E2.4</b>, <b>E2.5</b>, <b>E3.1</b>, <b>E3.2</b>, <b>E3.3</b>, <b>E3.4</b></p>   |
| 2  | Identificar de que modo a atual pandemia de COVID-19 contribuiu para o aumento da obesidade infantil  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de inquérito à criança e família para perceber o ambiente familiar em tempo de pandemia;</li> <li>- Tratamento e apresentação da informação adquirida com a realização do inquérito.</li> </ul>   |   |

| Local de Estágio: Serviço de Internamento |   |  | Duração do estágio:<br>4 semanas   |
|---|---|--|--|
| Objetivos gerais                          | Objetivos específicos   | Atividades   | Indicadores de avaliação   |
| 1   | Prestar cuidados especializados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica à criança e família em contexto de internamento; | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento do serviço, rotinas, normas e protocolos;</li> <li>- Conhecimento dos recursos na comunidade parceiros do serviço;</li> <li>- Prestação nos cuidados de enfermagem (sob supervisão) à criança e família em situação de internamento;</li> <li>- Conhecimento sobre os sistemas de registo de cuidados prestados;</li> <li>- Colaboração no registo dos cuidados de enfermagem.</li> </ul>  | <p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p><b>A1.1</b> (A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.7), <b>A1.2</b> (A1.2.3, A1.2.4), <b>A1.3</b> (A1.3.1), <b>A2.1</b> (A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.6), <b>A2.2</b> (2.2.2), <b>B1.1</b>, <b>B2.2</b> (B2.2.1, B2.2.2, B2.2.3), <b>B3.1</b>, <b>B3.2</b> (B3.2.1, B3.2.2, B3.2.3, B3.2.5), <b>C1.1</b>, <b>C2.1</b>, <b>D1.1</b>, <b>D1.2</b>, <b>D2.1</b> (D2.1.2, D2.1.4), <b>D2.2</b>, <b>D2.3</b>.</p> |
| 2   | Promover a adoção de estilos de vida saudáveis e o <i>empowerment</i> da criança e família na prevenção da obesidade infantil | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades de informação da criança e família sobre a temática abordada;</li> <li>- Identificação de estratégias para a promoção dos estilos de vida saudáveis;</li> <li>- Criação de material informativo para ser disponibilizado às crianças e famílias (dependendo da necessidade do serviço).</li> <li>- Intervenção junto da criança e família, com discussão da temática, tendo em conta a patologia que levou ao seu internamento.</li> </ul> | <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria: <b>E1.1</b> (E1.1.1, 1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.7, E1.1.9), <b>E1.2</b>, <b>E2.1</b> (E2.1.1, E2.1.3), <b>E2.2</b>, <b>E2.3</b>, <b>E2.4</b>, <b>E2.5</b>, <b>E3.1</b>, <b>E3.2</b>, <b>E3.3</b>, <b>E3.4</b></p>   |

| Local de Estágio: Serviço de Neonatologia |  | Duração do estágio:<br>4 semanas  |  |
|---|--|---|--|
| Objetivos gerais                          | Objetivos específicos  | Atividades  | Avaliação  |
| 1   | Integrar a dinâmica da prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento do serviço, rotinas, normas e protocolos;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem (sob supervisão) à criança e família, visando a promoção desenvolvimento, da parentalidade e da vinculação;</li> <li>- Conhecimento sobre os sistemas de registo de cuidados prestados;</li> <li>- Colaboração no registo dos cuidados de enfermagem.</li> </ul> | <p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: <b>A1.1</b> (A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A 1.1.7), <b>A1.2</b> (A1.2.3, A1.2.4), <b>A1.3</b> (A1.3.1), <b>A2.1</b> (A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.6), <b>A2.2</b> (2.2.2), <b>B1.1</b>, <b>B2.2</b> (B2.2.1, B2.2.2, B2.2.3), <b>B3.1</b>, <b>B3.2</b> (B3.2.1, B3.2.2, B3.2.3, B3.2.5), <b>C1.1</b>, <b>C2.1</b>, <b>D1.1</b>, <b>D1.2</b>, <b>D2.1</b> (D2.1.2, D2.1.4), <b>D2.2</b>, <b>D2.3</b>.</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria:</p> <p><b>E1.1</b> (E1.1.1, 1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.7, E1.1.9), <b>E1.2</b> (E1.2.1, E1.2.2, E1.2.3, E1.2.4, E1.2.6, E1.2.7, E1.2.8), <b>E2.1</b>, <b>E2.2</b>, <b>E2.3</b>, <b>E2.4</b>, E2.5.1, <b>E3.1</b>, <b>E3.2</b>, <b>E3.3</b></p> |
| 2   | Identificar estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis e de prevenção da obesidade infantil   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do ambiente familiar onde a criança é inserida;</li> <li>- Identificação dos estilos de vida adotados pelos elementos de referência;</li> </ul>  |  |
| 2   | Informar a equipa e a família sobre a importância da amamentação na prevenção da obesidade infantil  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de estudos sobre a temática e debate dos mesmos com a enfermeira orientadora;</li> <li>- Realização de sessões de formação acerca da importância da amamentação/ ingesta de leite materno.</li> </ul>  |  |

**APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem – Estágio de  
consulta de desenvolvimento infantil**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório  
Estágio – Consulta de Desenvolvimento Infantil

**Jornal de Aprendizagem**

**Ana Margarida Torcato Pascoal Nº 2670**

**Lisboa**

**2020**

Este jornal de aprendizagem é realizado no âmbito do ensino clínico efetuado num Centro de Medicina de Reabilitação. O objetivo é refletir sobre as aprendizagens realizadas durante o ensino clínico e o modo como estas se interligam com a temática do relatório de estágio, articulando a prática clínica com a evidência científica.

Este Centro de Medicina e Reabilitação engloba diversas valências, incluindo o serviço de internamento de pediatria, onde foi realizado o meu ensino clínico. O serviço de internamento é composto por 16 camas e recebe crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 21 anos com deficiências motoras múltiplas. É composto por uma equipa de enfermagem de 15 elementos em que 4 são enfermeiros generalistas, 8 enfermeiros especialistas em reabilitação e 3 especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Por forma a orientar a sua prática clínica, a equipa de enfermagem utiliza o modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey (1993) e o modelo das atividades de vida diária de Roper, Logan e Tierney (2000), bem como a filosofia de reabilitação.

O período de internamento neste serviço é sempre prolongado, com duração entre 45 e 70 dias, dependendo da patologia. Durante o internamento todas as crianças até aos 14 anos têm direito a um acompanhante. Nas crianças mais velhas a situação é analisada e na maioria dos internamentos ficam sem acompanhantes de modo a estimular a sua autonomia. Estas famílias não são, contudo, descuradas de cuidados ou acompanhamento. Infelizmente, devido à atual situação pandémica, o contacto entre as famílias e a equipa de enfermagem é realizado telefonicamente quando uma das partes sente necessidade. Relativamente ao contacto com as crianças este pode ser feito presencialmente (em sala apropriada), 1 vez por semana.

Neste serviço, o objetivo primordial dos enfermeiros é a reabilitação da criança e a preparação para a alta/regresso a casa. Contudo, este é um processo complexo e prolongado, muitas vezes sem fim à vista, pelo que é importante que a equipa de saúde consiga promover o envolvimento e a participação ativa da criança e da família durante todo o processo de reabilitação.

Tendo em conta que a temática do meu relatório de estágio é "*Empowerment* da criança e família: A intervenção do enfermeiro na promoção

de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil”, durante este ensino clínico acompanhei e desenvolvi competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no *empowerment* e capacitação da criança e família nas diversas atividades de vida diária, com ênfase na alimentação.

Em crianças com deficiências motoras, o trabalho por parte da equipe de enfermagem é orientado de forma a proporcionar no internamento um ambiente semelhante ao do domicílio. As aprendizagens e as competências desenvolvidas vão fomentar uma maior autonomia que conseqüentemente, e de forma gradual vai suavizar as barreiras do isolamento social, tanto a nível do internamento como aquando da alta para o domicílio (Marques e Sá, 2016).

Tal como referido anteriormente, os cuidados de enfermagem são realizados de acordo com o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney (2000) e por isso baseiam-se na capacitação e reabilitação das crianças e das suas famílias face às suas atividades quotidianas. Os treinos são planeados e realizados de acordo com as necessidades e limitações individuais de cada criança, incluindo na maioria das vezes, três grupos de atividades: o autocuidado (banho, vestir-se e alimentar-se), a mobilidade (o mover-se/deambular através dos diversos recursos, as transferências e as mobilizações no leito) e o controlo do ambiente (utilização de ferramentas que facilitem o dia-a-dia, como por exemplo pegas extensoras).

Um dos objetivos primordiais do serviço de internamento pediátrico de um Centro de Medicina de Reabilitação é facilitar os processos de transição saúde-doença e hospital-domicílio, trabalhando de forma a ir ao encontro das necessidades da criança/jovem, mas também do cuidador e da família. Estes processos de transição são repletos de momentos de incerteza, dúvida e vulnerabilidade, pelo que o papel do enfermeiro é fundamental no sentido de ajudar o cliente a ultrapassá-los (Meleis, 2005). O processo de preparação para a alta deve começar aquando da admissão (Marques, 2014). Esta afirmação da autora vem corroborar as intervenções e planeamento da equipa de enfermagem, no sentido em que todos os diagnósticos e necessidades levantados no período inicial são de extrema importância, pois vão permitir intervenções de educação para saúde individualizadas, tanto para as crianças

e jovens portadores de deficiência motoras, mas também para os cuidadores/familiares.

O cuidador é, independentemente da idade do cliente alvo de cuidados, pessoa de referência no que se refere à educação para a saúde aos ensinamentos e aprendizagens durante este momento de transição. É importante ouvir a sua opinião, a sua perspectiva, torná-lo num elemento de relevância aquando da tomada de decisão, mas também compreender o seu sentimento de autoeficácia (Marques, 2014). É por isso essencial trabalhar em parceria com os mesmos, tal como promove o modelo teórico de parceria de cuidados de Anne Casey (1993). Esta parceria ocorre diariamente no serviço onde realizei ensino clínico, através da inclusão das crianças/jovens e família nos cuidados e na tomada de decisão. Este método de trabalho é produtivo não apenas para o cliente alvo dos cuidados, mas também para os enfermeiros, uma vez que vai permitir estabelecer uma relação terapêutica e uma ligação mais profunda, facilitando a nossa abordagem nos cuidados, sendo eles físicos, psicológicos ou emocionais.

Enquanto enfermeiros e dentro dos domínios ético-legais, da prática e do desenvolvimento profissional, é-nos inerente a responsabilidade de facilitar o regresso a casa e promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida do cliente de cuidados e respetiva família (OE, 2011). E isto é prática diária de todos os enfermeiros que desempenham funções no serviço de reabilitação, independentemente da sua especialidade. Os enfermeiros fazem uso de diferentes técnicas e estratégias para estimular as crianças e jovens a desenvolver cada vez mais as suas competências, sendo que o brincar terapêutico é frequentemente utilizado pelos especialistas de enfermagem infantil e pediátrica. Em crianças mais jovens é bastante mais fácil e agradável realizar a prática diária de exercícios e terapias enquanto brincam. Acabam por ser mais estimuladas e proactivas quando têm o benefício de brincar, rir e divertir-se.

É ainda essencial fazer referência à importância do reforço positivo que é dado tanto às crianças como às famílias. Muitas vezes o foco principal dos pais passa pelas limitações que a doença provoca à criança, não identificando o seu potencial de melhoria. Aqui, o enfermeiro especialista intervém de modo a promover o *empowerment* e a capacitação destes clientes (criança e família)

no desenvolvimento de mecanismos de *coping* e na aquisição de uma postura mais proactiva no que se refere a ultrapassar as barreiras da própria deficiência (Marques & Sá, 2016).

Relativamente à alimentação esta é considerada um ponto fulcral nos cuidados de enfermagem, principalmente em idade pediátrica, uma vez que o défice de cuidados nesta área pode levar à existência de alterações na saúde, não só a nível físico, do crescimento e desenvolvimento, mas também a nível psicológico e social (Marques & Sá, 2014). Tal é a importância de uma alimentação saudável e variada que a mesma é referida como um direito fundamental na Declaração dos Direitos da Criança (1959). Na disciplina de enfermagem a alimentação é vista como um importante foco de atenção por parte dos enfermeiros e que tem funções múltiplas no desenvolvimento do ser humano.

Tendo por base o modelo teórico utilizado como orientador na prestação de cuidados de enfermagem (modelo das atividades de vida de Roper, Logan e Tierney) e a temática do relatório de estágio é relevante abordar a atividade de vida “alimentar-se”. O enfermeiro tem um papel bastante importante na promoção de uma alimentação saudável e na intervenção precoce na deteção e atuação face a situações de risco, pois tem um tempo de contacto prolongado com a população e comunidade. Quando se fala em alimentação saudável muitas vezes esta é associada a uma prevenção de excesso de gordura, contudo existe o reverso da moeda, sendo que a criança em situações de deficiência motora complexa sofre muitas vezes de défices nutricionais devido a dificuldades alimentares. Marques (2016) cita Issã (2014) quando refere que as dificuldades alimentares podem ser caracterizadas como sendo problemas que afetam de forma negativa a capacidade do indivíduo para a ingestão de alimentos, sólidos ou líquidos, podendo levar a alterações do seu estado nutricional e hídrico. Estas dificuldades alimentares podem surgir a diversos níveis como por exemplo na coordenação motora necessária para levar os alimentos à boca ou na capacidade de mastigação e deglutição dos alimentos (disfagia). Crianças com patologias mais complexas podem ainda sofrer com episódios frequentes de engasgamentos, protusão da língua, reflexos de vômito, dificuldade na abertura da boca ou a existência de movimentos de espasticidade, que dificultam a postura. Todos estes aspetos

podem levar a problemas mais graves como recusa alimentar, aspiração de alimentos e pneumonias (Marques, 2016).

Assim, e de forma a prevenir os aspetos supracitados, o enfermeiro deve atuar de forma a promover o desenvolvimento de estratégias que permitam à criança/jovem e família melhorar ou ultrapassar as suas limitações. É também importante potenciar oportunidades para que as crianças e os cuidadores possam demonstrar as suas capacidades e competências, fazendo um reforço positivo às mesmas e se necessário auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias que deem resposta às necessidades do cliente de cuidados. Autores como Whaley e Wong (2006) citados por Marques (2016) consideram que um dos principais objetivos do enfermeiro é auxiliar a criança e família na sua adaptação à doença e estimular as suas capacidades ao máximo. O enfermeiro deve ainda contribuir para que o núcleo familiar descubra a sua própria resiliência e força, agindo como catalisadores de mudança e de desenvolvimento de estratégias internas (OE, 2012).

Durante o estágio tive oportunidade de observar e intervir na melhoria da qualidade da alimentação das crianças internadas. O serviço dispõe de dietas adequadas à patologia de cada criança, sendo que por agravamento ou melhoria da condição clínica podem ser necessárias alterações ou ajustes das mesmas. Dispõe também de materiais de apoio para auxiliar as crianças/jovens a alimentarem-se de forma autónoma ou para facilitar a administração de comida por parte dos cuidadores. O posicionamento das crianças aquando do horário de alimentação também deve ser adequado, sendo importante transmitir esse conhecimento ao cuidador e levá-lo a compreender o porquê.

No estudo realizado por Marques (2014) muitos pais/cuidadores referem dificuldades na alimentação de crianças com deficiência motora complexa, como por exemplo os engasgamentos, a monotonia dos alimentos, a vergonha de alimentar a criança no exterior, o facto de ter de confeccionar a comida à parte ou mesmo os custos da mesma. Estas dificuldades podem ser minimizadas através de um acompanhamento por parte da equipa de enfermagem, onde são dadas informações e transmitidas estratégias, minimizando também o sentimento de impotência e de incapacidade por parte dos pais/cuidadores. A perceção da importância deste acompanhamento é tal que a equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria está em

processo de construção/implementação de um projeto de follow-up, onde vão ser realizados contactos telefónicos com as famílias de forma a compreender se existem dificuldades na adaptação ao domicílio, para esclarecer dúvidas ou para dar sugestões que melhorem a qualidade de vida do cliente de cuidados.

Sendo do escopo de ação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192), fez-me todo o sentido perceber a dinâmica deste serviço com especificidades tão próprias e tão direcionado para as necessidades da criança e família. Neste serviço consegui desenvolver competências a nível da implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde que seja promotor da parentalidade, da capacidade de gestão do regime e da reinserção social da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018), através de intervenções como incluir a criança e família em todo o processo de tomada de decisão, bem como negociar a sua participação nos cuidados, visando sempre o bem-estar último do cliente de cuidados; estabelecer uma comunicação e uma relação terapêutica com a criança/família, o que no caso de crianças com limitações na linguagem e comunicação nem sempre é fácil; e a utilização de diferentes estratégias como o brincar terapêutico para motivar o desenvolvimento do seu papel no processo de recuperação. Desenvolvi também a unidade de competência “E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), através da atuação direta com a criança e família na adoção de diferentes estratégias de *coping* e de adaptação, de modo a ultrapassar as dificuldades causadas pela doença. Considero ter desenvolvido as unidades de competência que envolvem a comunicação com a criança e família, tendo em conta o seu estado de desenvolvimento e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente relativamente às decisões acerca da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018), através de uma comunicação mais expressiva e estimulando a expressão das suas emoções, negociando e discutindo o seu contributo no seu processo de recuperação e fazendo um reforço positivo de todas as suas conquistas, bem como da sua imagem corporal, principalmente no caso dos adolescentes que muitas vezes se mostram melindrados com estes aspetos.

Como enfermeiros somos beneficiados na nossa ação e abordagem tendo em conta o tempo de contacto com o cliente alvo de cuidados e por isso somos também os profissionais de excelência para a deteção, avaliação, intervenção e acompanhamento da criança, jovem e família nos seus momentos de maior vulnerabilidade. Enquanto enfermeira considero ter o dever de contribuir da melhor forma possível para o desenvolvimento de competências e aprendizagens por parte de clientes e família, com o objetivo final de promover a sua autonomia e melhorar a sua qualidade de vida. Nunca nos devemos esquecer, no entanto, que uma criança/jovem com deficiência é acima de tudo, e sem exceção, uma criança e que por isso tem direito a cuidados e tratamentos especiais em caso de limitações, ser protegida, a ter um desenvolvimento completo e harmonioso, mas principalmente a ser amada e compreendida (Declaração dos direitos da criança, 1959).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (Eds.), *Advances in childhealth nursing*. England: Security Press.
- Declaração dos direitos da criança (1959). Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386. Acedido em: 10-12-2019. Disponível em: [declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf \(mec.pt\)](http://www.mec.pt/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf)
- Marques, J. M. (2014). A transição do hospital para o domicílio da pessoa dependente e seu cuidador. Nursing. Disponível em: <http://www.nursing.pt/a-transicao-do-hospital-para-o-domicilio-da-pessoa-dependente-e-seu-cuidador/>
- Marques, J. M. (2016). O crescimento das crianças com Paralisia Cerebral e fatores associados (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Marques, J. M. & Sá, L. O. (2016). A alimentação da criança com paralisia cerebral: dificuldades dos pais. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (11). 11-19.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3ª edição Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume III. Cadernos da OE. Série I (3).
- Ordem dos Enfermeiros (2012) – Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume I. Cadernos OE, série I (3).
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Roper N., Logan W., Tierney, A.J., (2000). The Roper, Logan, Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living. London: Churchill Livingstone.

## **APÊNDICE IV – Folhetos UCSP**

## A Alimentação das crianças

Uma **alimentação saudável** é importante para que as crianças tenham um **bom desenvolvimento físico e intelectual**.

Deve ser estimulada desde cedo, de modo a **evitar doenças futuras** como por exemplo a diabetes ou a hipertensão.

Quando falamos em alimentação saudável não podemos deixar de parte os lanches escolares.

O dia-a-dia de aprendizagens e de desafios na escola merece ser acompanhado por **alimentos que forneçam**

**a energia, bem como as vitaminas e nutrientes que contribuem para um crescimento e desenvolvimento saudável.**



As crianças não gostam de comer sempre o mesmo. Os lanches devem ser variados.

Por falta de tempo e imaginação cede-se às comidas processadas, aos bolos e aos sumos.

Ideias e sugestões de lanches saudáveis e divertidos.

### Segunda Feira

Leite simples meio-gordo (200ml), pão escuro ou de mistura com 1 fatia de queijo e 1 peça de fruta;



1 iogurte líquido, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de fiambre e 3 bolachas maria;



### Terça Feira

1 sumo de fruta 100% natural, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de queijo e 1 peça de fruta;



1 iogurte líquido, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de fiambre e 1 gelatina caseira;

### Quarta Feira

Leite simples meio-gordo (200ml), 3/4 tostas (pão torrado) com queijo e 1 peça de fruta;

1 iogurte líquido, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de fiambre e palitos de cenoura;



### Quinta Feira

Leite simples meio-gordo (200ml), pão escuro ou de mistura com 1 fatia de fiambre e 1 folha de alface e 1 peça de fruta;

1 sumo de fruta 100% natural, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de queijo e 1 peça de fruta;

### Sexta Feira

Leite simples meio-gordo (200ml), pão escuro ou de mistura com 1 fatia de queijo e 1 taça com maçã cozida;

1 iogurte líquido, pão escuro ou de mistura com 1 fatia de fiambre e 1 peça de fruta.



## Cozinhar é divertido!!

Com a ajuda do um adulto podes preparar esta receita de pão de banana saudável e deliciá-la com ele na escola

3 bananas muito maduras  
2 ovos  
1 chávena de farinha (espelta, alfarroba ou trigo)  
1/2 chávena de azeite (ou óleo de coco)  
1/2 chávena de amêndoa ralada  
1 colher de café de canela em pó  
1 colher de sobremesa de fermento em pó

Sempre com a ajuda de um adulto, começa por aquecer o forno a 180º C.

Unta uma forma com azeite e um pouco de farinha.

Esmaga as bananas com 1 garfo até ficarem em papa.

Numa outra taça mistura o azeite com 1 dos ovos e mexes bem uma vara de arames. Quanto tiveres um creme amarelo liso, mistura o 2º ovo. Acrescenta a farinha, a amêndoa ralada e o fermento, continuando a mexer.

Por fim, junta a banana e mexe novamente.

Deita na forma previamente untada e

Leva ao forno cerca de 40 minutos ou até o palito sair seco.



## Joga e Aprende

Faz um círculo ao redor dos alimentos que deves comer e uma cruz nos alimentos que deves evitar.



Elaborado por: Ana Margarida Pascoal, aluna do 1ºº CMPEESIP da ESEL, sob supervisão da EESIP.

Bibliografia:  
Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2012). Lanches Escolares - Guia de Referência. Disponível em: <https://www.apn.pt/>  
Lanches saudáveis para levar para a escola (2018). Disponível em: [Lanches saudáveis para levar para a escola \(2018\).pt](https://www.lanches-saudaveis.com/)  
Mendes, T. (2018). Estilos de vida: alimentação, o seu, prática dos portivos e competência motora na 1ª Ciclo do Ensino Básico (Tese de Mestrado). Coimbra.

## Comer Bem Para Crescer Saudável

### A Importância dos Lanches Escolares



## O Sono

Para dormir bem são precisas: **regras, rotinas, horários de sono e ambiente calmo.**

**Reduzir os estímulos** à criança aquando do horário de dormir.

**Limitar o uso de eletrónicos** pois estes levam a um protelar da hora de dormir.

### Uma criança deve dormir em média

3 aos 5 anos: 10 a 13 horas por dia

6 aos 12 anos: 9 a 12 horas por dia

3 aos 18 anos: 8 a 10 horas por dia

A privação de sono pode afetar a atenção, a criatividade e o estado emocional da criança.



## Descobre as palavras na sopa de letras e diverte-te

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E | R | I | O | M | N | O | Z | S | J |
| A | D | E | S | P | O | R | T | O | I |
| C | O | A | L | A | N | A | Y | N | P |
| V | R | S | F | R | U | T | A | O | N |
| G | M | F | O | U | P | T | M | L | R |
| I | I | X | H | C | O | R | R | E | R |
| J | R | R | B | I | I | C | G | U | A |
| L | E | G | U | M | E | S | T | H | B |

Desporto

Correr

Fruta

Sono

Dormir

Legumes

Elaborado por: Ana Margarida Pascoal, aluna do 1º CMPEESIP da ESEL, sob supervisão da FEESIP

Bibliografia:  
Silva, D. (2010). 12 dicas para um estilo de vida saudável. Disponível em: [12 dicas para um estilo de vida saudável \(dicas\).pt](#)  
Monteiro, G. (2007). Horas de sono nos bebés e crianças: recomendações. Disponível em: [Horas de sono bebés e crianças \(Hospital de Luz\)](#)  
Mendes, T (2018). Estilos de vida, alimentação, sono: prática das partilha e competência motora na 1ª Ciclo do Ensino Básico (Tese de Mestrado). Coimbra.

## O Triângulo Ideal Para Uma Vida Saudável



## Promoção da Saúde e Estilos de Vida Saudáveis



Promoção da saúde é desenvolver mais capacidades para controlar e melhorar a sua saúde.

A saúde melhora com estilos de vida saudáveis.

As crianças aprendem maioritariamente através do exemplo.

**A família tem um papel importante na aquisição e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.**

A família e comunidade escolar deve estar envolvida e empenhada numa educação saudável e pensar no futuro desde cedo, pois é **muito difícil mudar hábitos já implementados.**



## Alimentação Saudável

A alimentação é fundamental para a sobrevivência.

Uma alimentação **saudável deve ser completa, variada e equilibrada.**

Deve incluir água.

**Evitar bolos, bolachas, gomas, refrigerantes, alimentos fritos e gordurosos.**

Uma alimentação desregrada pode levar à obesidade.

A **obesidade** é a acumulação de gordura no corpo e é a doença mais frequente na infância.

As crianças obesas sofrem:

**Bullying na escola**

**Diminuição da autoestima**

**Reclusão social**



## Prática de Exercício Físico



A atividade física pode ser **recreativa, lúdica** e realizada através de jogos e brincadeiras.

**Potencia o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança.**

Melhor forma para que as crianças gastem a sua energia, de forma divertida e em interação com outras crianças e com o ambiente.

Atividade física **previne o sedentarismo** e melhora a qualidade de vida e a saúde.



**APÊNDICE V – Jornal de aprendizagem – UCSP**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório  
Estágio – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**Jornal de Aprendizagem**

**Ana Margarida Torcato Pascoal Nº 2670**

**Lisboa**

**2021**

O presente jornal de aprendizagem é realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e no Estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Tem por objetivo analisar e refletir sobre as aprendizagens realizadas durante o estágio e a sua interligação com o tema do relatório, bem como o papel do enfermeiro especialista nos cuidados de saúde primários.

Esta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados abrange uma comunidade com cerca de 30245 utentes, sendo que cerca de 6000 são utentes em idade pediátrica, segundo dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2020). A UCSP fica localizada num edifício residencial vários andares, sendo um destes dedicado à pediatria. Este andar é composto por uma sala de vacinação e um gabinete de apoio à mesma, um gabinete de saúde oral, uma sala de amamentação, dois gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem. Todo o ambiente físico é decorado com motivos associados à pediatria, com quadros informativos e pinturas na parede. Devido à pandemia todo o material didático foi retirado e acondicionado, no intuito de prevenir a transmissão do vírus.

Existe ainda, localizado num outro piso, um gabinete onde está sediado o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), que é gerido por uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria e um gabinete para a equipa de Saúde Escolar (constituída por 3 enfermeiras).

A equipa multidisciplinar da UCSP é composta por 23 enfermeiros, 17 médicos, 7 secretários clínicos, 1 técnico de serviço social, 1 técnico de terapia ocupacional, 1 nutricionista e 2 psicólogas.

Neste momento tanto a consulta de saúde infantil e juvenil como a vacinação funcionam por marcação prévia, de modo a evitar a junção de diversos utentes na sala de espera. A consulta é realizada alternadamente por três enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria, com o ocasional apoio da enfermeira que está afeta ao NACJR.

A consulta de saúde infantil e juvenil consiste num acompanhamento frequente das crianças e famílias, tendo por base as diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e que estão presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). A consulta está padronizada e tem uma calendarização estipulada tendo em conta determinadas ideias chave e

momentos específicos do desenvolvimento da criança/jovem. Sempre que possível, e de forma a diminuir o número de deslocações da família aos serviços de saúde, as consultas são agendadas em paralelismo com o cronograma do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Para além do objetivo major, que é a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, a consulta de saúde infantil e juvenil tem também o propósito de estimular a aquisição de comportamentos promotores de saúde; prestar cuidados antecipatórios, promovendo a saúde e prevenindo a doença e detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações que possam afetar de forma negativa a qualidade de vida da criança/jovem (DGS, 2013).

A sociedade atual tem cada vez mais conhecimentos e literacia. Este fator em associação com a melhoria da qualidade e condições de vida e com a motivação da família vem favorecer o desenvolvimento da parentalidade, que passa a ser encarada como um direito, mas também como um dever. Enquanto profissionais de saúde cabe-nos promover e facilitar toda esta transição, de modo a que a mesma ocorra da forma mais suave possível, proporcionando uma adaptação saudável à mesma (DGS, 2015). A avaliação da dinâmica e interação familiar deve estar sempre presente na avaliação do enfermeiro, contudo no primeiro ano deve ser dada especial ênfase à mãe e à relação que a mesma estabelece com o seu bebé, pois esta encontra-se num momento de fragilidade e ebulição emocional que pode de, alguma forma interferir com o desenvolvimento normal da criança.

Na chegada à adolescência começam a manifestar-se os desejos de independência face aos pais e a existência de comportamentos de risco. Assim e de modo a facilitar a comunicação, mas também numa tentativa de estabelecer uma relação de confiança e confidencialidade, deve ser dado ao adolescente a hipótese de realizar a consulta a sós, sem a presença constante dos pais/cuidadores (DGS, 2013).

O enfermeiro assume um papel de especial relevância nas consultas de saúde infantil e juvenil pois, tal como em tantas outras ocasiões é o primeiro profissional de saúde a ter contacto com a criança e família, tornando-se mais facilmente no elo de ligação e o profissional de referência entre a família e os cuidados de saúde primários. É a enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica que faz habitualmente a avaliação do crescimento, do

desenvolvimento, analisa os comportamentos e esclarece as dúvidas existentes, trabalhando de forma a prestar uma orientação antecipatória com o intuito de maximizar o potencial de desenvolvimento infantil e o desenvolvimento de competências/papel parental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

A temática do projeto a ser desenvolvida centra-se no “*Empowerment* da criança e família: A intervenção do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil”, pelo que durante este ensino clínico procurei desenvolver as competências de enfermeiro especialista, tendo uma maior incidência na promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) trabalha e tem o seu foco de ação numa fase decisiva do ciclo de vida que acompanha a criança desde o seu nascimento até aos 18 anos. É durante esta fase que o ser humano vai desenvolvendo um infinito número de competências, de atitudes e comportamentos que vão influenciar tudo o seu percurso de vida. Neste sentido o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria tem um papel de especial importância uma vez que tem a oportunidade de participar, em parceria com a família, na maximização do desenvolvimento infantil, da sua saúde e da qualidade de vida.

Durante a consulta de saúde infantil e juvenil, a equipa de enfermagem utiliza, como norteador da sua prática clínica, o modelo de cuidados holísticos e a filosofia de cuidados centrados na família. Existe uma avaliação dos diversos aspetos inerentes e envolventes à criança, começando com uma avaliação física, mas também emocional, social e económica. É ainda tido em conta a realidade da família e de toda a comunidade e ambiente envolvente, permitindo uma atuação precoce nos três níveis de prevenção. A filosofia dos cuidados centrados na família vê a mesma como indissociável da criança, sendo por isso, o seu envolvimento nos cuidados de saúde possível e desejado. É ainda benéfico para a criança que os profissionais de saúde e a família trabalhem em parceria, potenciando assim as suas competências (Hockenberry & Wilson, 2014).

No decorrer do ensino clínico tive oportunidade de planear e desenvolver a consulta de saúde infantil e juvenil sob supervisão da enfermeira responsável. Esta consulta é vista, muitas vezes como algo reducionista como

“o pesar e o medir” a criança, contudo é, no seu âmago, muito mais complexa. É aqui que o profissional de saúde tem a oportunidade de avaliar, promover, intervir e orientar o cliente alvo de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do mesmo e para a melhoria dos cuidados de saúde (DGS, 2013). Nas diferentes consultas realizadas tive a oportunidade de realizar as diversas medições e avaliações antropométricas, fazendo a análise das mesmas de acordo com as curvas de crescimento, a aplicação da escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* e a realização de cuidados antecipatórios tendo em conta a idade e o estágio de desenvolvimento da criança. Toda a informação recolhida é registada no Boletim de Saúde Infantil, permitindo um acompanhamento mais completo da criança.

Foi no decorrer destas consultas que desenvolvi atividades e intervenções promotoras da saúde, principalmente direcionadas para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil, tendo por base a temática do projeto desenvolvido. Foram elaborados folhetos informativos adequados aos pais, mas também às crianças em idade escolar, que têm o objetivo de sistematizar alguma informação transmitida durante as consultas. Sempre que possível foi trabalhado o *empowerment* da criança/família, para que os mesmos tomassem consciência da sua realidade, dos seus pontos fortes e das suas diversas capacidades, para desenvolverem comportamentos potenciadores de saúde. O *empowerment* dos pais e famílias envolve o desenvolvimento gradual de competências para compreender as suas próprias necessidades em saúde, para que quando aceder a determinada informação esteja habilitado a fazer um uso consciencioso da mesma e a sentir-se competente na sua tomada de decisão (DGS, 2015).

Numa sociedade cada vez mais metropolitana, sedentária e movida pelo stress do dia-a-dia e pela vivência do imediato é importante intervir junto da população de modo a estimular a prática de estilos de vida saudáveis, nomeadamente uma alimentação saudável e atividade física regular. Os pais e família são os primeiros elementos a influenciar as escolhas das crianças, uma vez que estas tendem a aprender pelo exemplo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Assim, tendo por base a filosofia dos cuidados centrados na família e as especificidades da população alvo de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, a colaboração e

integração dos pais/família nos cuidados assume aqui um outro nível de importância, pois estes têm um papel preponderante na saúde, socialização e adoção de estilos de vida das suas crianças (Vaughn, Nabors, Pelley, Hampton, Jacquez, & Mahabee-Gittens, 2012).

O ambiente escolar é um meio promissor para a literacia em estilos de vida saudáveis, mas também para a educação alimentar e a promoção da atividade física, para além de ser um foco privilegiado para a atuação dos profissionais de saúde, através da saúde escolar. Nesta UCSP existe um núcleo de saúde escolar, composto por três enfermeiras que trabalham diariamente junto das crianças e desenvolvem, em ambiente escolar, sessões de educação para a saúde relacionadas com a alimentação saudável, a importância da atividade física, a higiene oral, hábitos de sono, ... Todas estas temáticas e o envolvimento dos profissionais de saúde em ambiente escolar tem como objetivo uma promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para mais e melhores cuidados de saúde.

Este seria o meio e o local ideal para o desenvolvimento de atividades dentro da temática do projeto em desenvolvimento, contudo devido, mais uma vez à época pandémica que todos estamos a viver, todas as intervenções realizadas em ambiente escolar foram suspensas. Assim apenas me foi possível abordar e discutir a temática com as enfermeiras responsáveis, compreendendo melhor o trabalho desenvolvido, os objetivos, as atividades e o *feedback* por parte da comunidade face à “nossa” intervenção.

No que se refere às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, considero ter desenvolvido a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193) no sentido em que, durante as consultas, foi negociada a participação da família em todo o processo de cuidado; foram exploradas as diversas oportunidades para trabalhar a adesão a comportamentos potenciadores de saúde, nomeadamente a amamentação nos lactentes e uma alimentação e hábitos de sono saudáveis; foi utilizada a informação pré-existente (presente no sistema informático e no BSI) para uma avaliação e análise do ambiente familiar e consequente necessidade de intervenção e foi realizada uma comunicação

adequada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura, o que nem sempre foi fácil pois esta UCSP abrange uma comunidade com ampla diversidade cultural. A unidade de competência “ E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193) foi abordada e desenvolvida através da realização de encaminhamentos para outros profissionais de saúde, nomeadamente a psicóloga; da identificação e referenciação ao NACJR, sempre que seja pertinente, de situações de risco; e no desenvolvimento e promoção da literacia em saúde através de informação escrita ou oral. A unidade de competência “Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” e “Promove a vinculação... do recém-nascido” foram desenvolvidas no âmbito de todas as consultas de saúde infantil e juvenil, através das avaliações antropométricas e da aplicação da escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, através da transmissão de orientações antecipatórias, diminuindo o *stress* dos pais acerca do desconhecido e da avaliação dos comportamentos de interação pais-criança. O envolvimento dos pais em todo o processo de cuidados, a promoção da amamentação, o esclarecimento de dúvidas e a expressão de emoções são também fatores promotores da vinculação entre pais e criança, uma vez que proporcionam tranquilidade a ambos. No que se refere à promoção da autoestima do adolescente, esta foi trabalhada de forma menos aprofundada, uma vez que o número de adolescentes que recorrem aos cuidados de saúde primários, em tempos de pandemia foi bastante reduzido.

Em síntese, considero que o ensino clínico foi bastante produtivo como forma de consolidação de conhecimentos, bem como de aquisição de novos conhecimentos acerca do funcionamento dos cuidados de saúde primários, do acompanhamento mais constante das crianças e famílias e dos encaminhamentos realizados dentro da comunidade. Foi ainda pertinente a compreensão do funcionamento do NACJR e do núcleo de Saúde Escolar. Senti alguma frustração devido à impossibilidade de realizar uma intervenção mais próxima da comunidade, das famílias e das crianças, da interação com a população alvo dos cuidados ser diminuída e afetada por todas as barreiras que nos foram impostas pela pandemia que é o COVID 19. No entanto

considero também ter tirado proveito de todas as oportunidades que foram surgindo, o que contribuiu para um desenvolvimento pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em: <norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx> (dgs.pt)
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). PARECER n.º 11 / 2013: consultas da competência de um enfermeiro especialista asseguradas por um enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEE\\_SIP\\_Parecer\\_11\\_2013\\_Consultas\\_de\\_saude\\_infantil.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEE_SIP_Parecer_11_2013_Consultas_de_saude_infantil.pdf)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Distribuição das inscrições nos cuidados de saúde primários. Acedido em: 03/03/2021. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3112100/Pages/default.aspx>
- Vaughn, L. M., Nabors, L., Pelley, T. J., Hampton, R. R., Jacquez, F. & Mahabee-Gittens, E. M. (2012). Obesity screening in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 28 (6): 548-552.

**APÊNDICE VI – Norma: Detecção e encaminhamento da  
criança com obesidade no serviço de urgência**

|   |              |                              |               |
|---|--------------|------------------------------|---------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b> |               |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                              | Aprovado em:  |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal  | Revisto por: | Próxima Revisão:             | Enfª Diretora |
| Em: 2021/03   |              | ____ / ____                  |               |

## 1. DEFINIÇÃO

A obesidade infantil é, neste momento, considerada uma epidemia de saúde pública, devido ao aumento que a mesma tem vindo a desenvolver nas últimas décadas, bem como à sua expansão a nível mundial (Venâncio, Aguilar & Pinto, 2012).

Diversos estudos realizados no âmbito desta patologia demonstram que no ano de 2016 cerca de 340 milhões de crianças entre os 5 e os 19 anos desenvolveram obesidade e mais recentemente, em 2019, 38 milhões de crianças na faixa etária entre os 0 e os 5 anos apresentavam esta mesma patologia (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020).

No nosso país o estudo da obesidade infantil é aferido através da Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) – Portugal. De acordo com o mesmo, em 2019, 29.6% das crianças apresentavam excesso de peso e 12% sofriam de obesidade. Estabelecendo uma comparação com dados do ano de 2008, é notável a existência de uma ligeira inversão da prevalência da obesidade infantil face ao que é demonstrado pela tendência mundial (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019). Contudo, estes valores ainda são deveras preocupantes e por isso é necessário manter e desenvolver intervenções, estratégias e programas que tenham como objetivo diminuir a prevalência da obesidade infantil.

A obesidade pode ser definida como sendo uma patologia complexa e multifatorial, que tem a sua origem num balanço positivo de energia, ou seja, existe um desequilíbrio entre uma ingesta excessiva e um gasto energético insuficiente para compensar essa mesma ingesta (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017; Wang, 2017; OMS, 2019). Esta patologia, para além de ser considerada a mais frequente em idade pediátrica (Sancho et al., 2014) é também uma doença crónica e um fator de risco para o aparecimento de outras

|   |              |                              |               |
|---|--------------|------------------------------|---------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b> |               |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                              | Aprovado em:  |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal  | Revisto por: | Próxima Revisão:             | Enfª Diretora |
| Em: 2021/03   |              | ____ / ____                  |               |

patologias como doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes *mellitus* (DGS, 2017; Wang, 2017).

De forma a poder afirmar que uma criança ou jovem apresenta excesso de peso ou obesidade é necessário realizar uma caracterização da mesma. Tendencialmente, o método mais utilizado para a realização desta caracterização é através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Este valor é encontrado através da divisão do peso da criança (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros), ou seja  $\text{peso}/\text{altura}^2$ . Uma vez que a infância é uma faixa etária bastante extensa e cheia de mudanças, não existem valores de base que sejam transversais a todas as idades. Assim, os valores encontrados através do cálculo do IMC devem também ter em conta a idade da criança, sendo utilizados os percentis adequados a cada faixa etária como forma de determinação. Neste sentido, considera-se que uma criança ou jovem está com excesso de peso caso apresente um IMC acima do percentil 85 e inferior ao percentil 97 e com obesidade quando o percentil é igual ou superior a 97 (Center for Disease Control and Prevention, 2021).

## 2. OBJECTIVO

Sistematizar e uniformizar os cuidados de enfermagem na deteção e encaminhamento da criança/ jovem com excesso de peso e obesidade infantil, no Serviço de Urgência Pediátrica.

## 3. ÂMBITO

Esta intervenção/procedimento pode ser executada durante as diversas atividades desempenhadas pelos enfermeiros de Serviço de Urgência Pediátrica, mas principalmente no âmbito do posto de triagem.

|   |              |                                     |                                   |
|---|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b>        |                                   |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                                     | Aprovado em:<br><br>Enfª Diretora |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal<br><br>Em: 2021/03                                     | Revisto por: | Próxima Revisão:<br><br>____ / ____ |                                   |

#### 4. RESPONSABILIDADE

Aplica-se a toda a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica que tem contacto com a criança, mas principalmente ao enfermeiro que realiza a triagem, uma vez que é o local primordial para a avaliação dos parâmetros necessários ao cálculo do IMC.

#### 5. MATERIAL

- Balança;
- Estadiómetro/ régua de parede;
- Calculadora/ folha de excel pré-definida;
- Curvas de percentis adequadas à idade;
- Folha de encaminhamento.

#### 6. ATIVIDADES

| Preparação para o procedimento  | Justificação  |
|---|---|
| Compreender o nível de conhecimento dos cuidadores acerca da intervenção;<br>Elucidar sobre a intervenção em si e qual o propósito da mesma;<br>Escutar ativamente dúvidas e preocupações que a família e a criança possam expor. | Direito à informação por parte da criança e família |
| Avaliar o nível de compreensão da criança/jovem e explicar o procedimento.  | Obtenção da colaboração da criança/jovem            |
| Preparar o material.  | Otimização do tempo e organização do procedimento   |

|   |              |                                     |                                   |
|---|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b>        |                                   |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                                     | Aprovado em:<br><br>Enfª Diretora |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal<br><br>Em: 2021/03                                     | Revisto por: | Próxima Revisão:<br><br>____ / ____ |                                   |

| Durante o procedimento                              | Justificação   |
|---|--|
| Avaliar peso e altura da criança/ jovem.            | Determinação do valor do IMC.  |
| Analisar critérios de referenciação.                | Tendo em conta a situação da criança (antecedentes pessoais, grau de obesidade,...) é necessário compreender qual o melhor encaminhamento a ser realizado (unidade de cuidados de saúde primários ou consulta hospitalar). |
| Realizar o preenchimento da folha de referenciação. | Realizar um encaminhamento da criança/ jovem para uma avaliação/ acompanhamento personalizado e específico.  |

| Após o procedimento  | Justificação   |
|--|--|
| Realizar registo da informação no sistema informático (em texto livre).  | Garantir o registo dos cuidados de enfermagem realizados e a passagem de informação. |
| Efetuar o devido encaminhamento da informação (folha de referenciação) para o profissional especializado, através dos meios disponíveis (pais – unidades de cuidados de saúde primários ou referenciação interna – consulta externa hospitalar). | Assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados.                                   |

|   |              |                              |                                   |
|---|--------------|------------------------------|-----------------------------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b> |                                   |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                              | Aprovado em:<br><br>Enfª Diretora |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal  | Revisto por: | Próxima Revisão:             |                                   |
| Em: 2021/03   |              | ____ / ____                  |                                   |

## 7. BIBLIOGRAFIA

Center for Disease Control and Prevention. (2018). Disability and Obesity.

Obtido de:

[https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens\\_bmi/about\\_chi  
ldrens\\_bmi.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html)

DGS (2017). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Disponível em: [https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade\\_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf](https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf)

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

OMS (2019). Facts and figures on childhood obesity. Acedido em: 15/10/2020. Disponível em: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

OMS (2020). Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>

Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., & Moreira, P. (2014).

Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar.

*Revista Factores de Risco*, 34, 26-33

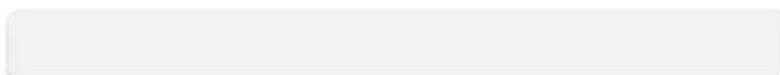
|   |              |                                     |                                   |
|---|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b>        |                                   |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                                     | Aprovado em:<br><br>Enfª Diretora |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal<br><br>Em: 2021/03                                     | Revisto por: | Próxima Revisão:<br><br>____ / ____ |                                   |

Venâncio, P.; Agular, S.; Pinto, G. (2012). Obesidade infantil um problema cada vez mais actual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 410-6,.ISSN 2182-5181.

Wang, Y. (2017). Potential mechanisms in childhood obesity: causes and prevention. Em I. Romieu, L. ; Dossus, & W. C (Eds.), *Energy balance and obesity, IARC Working Group Reports* (Vol. 10, pp. 69–78). World Health Organization.

|   |              |                                     |                                   |
|---|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
|   |              | <b>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM</b>        |                                   |
| <b>Norma nº - Detecção e encaminhamento da criança com obesidade no serviço de urgência</b> |              |                                     | Aprovado em:<br><br>Enfª Diretora |
| Elaborado Por: Ana Margarida Pascoal<br><br>Em: 2021/03                                     | Revisto por: | Próxima Revisão:<br><br>____ / ____ |                                   |

## 8. APENDICE



### FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO E REFERENCIAÇÃO

#### Obesidade Infantil

Nome: \_\_\_\_\_

ETIQUETA

Idade: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico/email: \_\_\_\_\_

Entidade à qual é referenciado: \_\_\_\_\_

Motivo de referenciação: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC<sup>+</sup>: \_\_\_\_\_

\*Cálculo do IMC: Peso(kg)/Altura<sup>2</sup> (m)

Profissional de saúde que referencia: \_\_\_\_\_



**APÊNDICE VII – Jornal de aprendizagem –  
Internamento de pediatria**



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

Unidade Curricular Estágio com Relatório  
Estágio – Internamento de Pediatria

**Jornal de Aprendizagem**

**Ana Margarida Torcato Pascoal Nº 2670**

**Lisboa**  
**2021**

O presente documento é realizado no âmbito do estágio desenvolvido no serviço de internamento de pediatria, especificamente num serviço de internamento de cirurgia pediátrica e tem como objetivo primordial a análise e reflexão sobre a prática, bem como sobre as competências adquiridas e de que forma as mesmas se conjugam e interligam com a temática do projeto de estágio.

Este serviço de internamento de cirurgia pediátrica permite a realização de cuidados pré e pós cirúrgicos a crianças na faixa etária dos 0 aos 18 anos, sendo que por vezes é ainda possível o internamento de jovens com patologias crónicas e com idade superior a 18 anos, em casos de acompanhamento e intervenções específicas e de forma excecional. Engloba na sua totalidade 16 camas, divididas em quartos individuais (utilizados preferencialmente em casos de isolamento ou de situação clínica mais instável) ou partilhados. Um dos quartos individuais é caracteristicamente destinado a crianças numa faixa etária mais nova, pois é o único que tem um berço e uma banheira de pequenas dimensões, proporcionando um maior conforto à criança e acompanhante. Cada quarto tem uma pequena pia que serve de apoio à realização das higiènes e cada unidade tem cortinas opacas que são utilizadas para manter a privacidade das crianças/jovens e pais, tendo em conta que os quartos são, na sua maioria, partilhados. A casa de banho é externa aos quartos e pode ser utilizada tanto pelas crianças como pelos acompanhantes. O serviço é ainda constituído pelas características salas de enfermagem e gabinete da equipa médica, copa, sala de refeições e sala de “brincadeiras”. Esta última sala é utilizada tendencialmente e como o próprio nome indica, para proporcionar distração e brincadeira às crianças internadas. No último ano, devido à pandemia de Sars-cov 2 e à possibilidade de haver a necessidade de isolar alguma criança/familiar foi criada a “sala cinzenta”. A sala cinzenta funciona como uma sala de internamento prévio, ou seja, é onde permanecem as crianças que tenham necessidade de internamento, mas que ainda não apresentem resultado de teste de Sar-cov 2.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 27 elementos que trabalham de forma rotativa entre o serviço de cirurgia e um outro serviço de internamento pediátrico, uma vez que os serviços partilham algumas das instalações físicas. Da totalidade dos elementos do serviço 6 são

especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 3 são especialistas em Reabilitação.

É um serviço onde são recebidas crianças com as mais diversas patologias cirúrgicas, englobando várias especialidades, nomeadamente cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica, entre outras. Tendo em conta a grande variedade de procedimentos e, por vezes, a necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas à mesma criança é natural que existam internamentos de curta duração (dias) e de longa duração (semanas/ meses).

Aquando da chegada ao serviço e tendo por base a temática do projeto de estágio, pretendia trabalhar e desenvolver projetos relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis, principalmente com crianças que sofressem de obesidade infantil. Sendo o estágio num serviço de cirurgia, era do meu interesse abordar a enfermeira orientadora e a equipa acerca das intervenções e cuidados realizados aquando da cirurgia bariátrica, uma vez que a mesma já é realizada em adolescentes, no nosso país (Albuquerque, 2020; Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2021). Contudo fui surpreendida, porque apesar de ser um procedimento realizado dentro da instituição, os adolescentes submetidos a esta intervenção cirúrgica passariam por todo o processo no internamento de adultos, independentemente de ainda apresentarem idade pediátrica. Com o decorrer do estágio, que ocorreu durante o pico da pandemia de Sars-cov 2, foi verificada uma diminuição no número de internamentos e por isso as hipóteses de trabalhar com crianças com excesso de peso ou obesidade acabou por se tornar muito reduzida. Assim, optei por aprofundar e desenvolver, uma outra vertente do projeto, o “*empowerment* da criança e da família”.

Saliento ainda que o serviço de internamento é um local privilegiado no que se refere ao estabelecimento da relação enfermeiro-cliente e aos cuidados à criança e família nas suas diversas vertentes, tornando-o num estágio de eleição para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A criança quando fica doente e recorre aos serviços de saúde atravessa uma fase de transição, tal como refere Meleis (2010) quando menciona que este fenómeno vai ser causador de mudanças na vida do indivíduo (neste caso criança e família) e vai alterar a forma como o mesmo se percebe

previamente à sua alteração de saúde. Este mesmo processo de transição é considerado bastante complexo, uma vez que engloba todo um processo psicológico de adaptação à mudança e uma reorganização interna, de forma a conseguir incluir esta mesma alteração no seu dia-a-dia (Meleis, 2010).

Com o decorrer de todo o processo de mudança, a integração ao novo mundo que é o ambiente hospitalar, especificamente o internamento e a intervenção cirúrgica, a criança e a sua família experimentam um turbilhão emocional, uma vez que este tipo de situação crítica vai, de uma forma ou outra, afetar todos os membros do sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). O processo de internamento hospitalar ou mesmo a intervenção cirúrgica em si é, por norma, desconhecido para as crianças e embora tenha a finalidade de promover uma melhoria da qualidade de vida das mesmas vem provocar sentimentos de medo e ansiedade. Estes sentimentos podem ser ainda exacerbados pela imaginação da criança, levando-a a distorcer todo o processo que envolve o meio hospitalar (OE, 2011).

Enquanto enfermeiros é nossa função cuidar dos clientes que recorrem aos serviços de saúde englobando não apenas a vertente física, mas também a vertente emocional. Segundo Diogo (2019) o trabalho da vertente emocional pode e deve ser desenvolvido no sentido de transformar as experiências emocionais intensas dos clientes, em experiências positivas ou no mínimo com algum aspeto positivo, através de ações de cariz afetivo e/ou emocional que estão incluídas no processo de cuidados.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de contactar com crianças nas diferentes faixas etárias, bem como com diferentes níveis de conhecimento do processo de hospitalização. Entre eles destaco o G., um adolescente de 17 anos vítima de acidente de viação, paraplégico e que veio transferido de um outro hospital para realização de cirurgia à coluna. Aquando da minha chegada ao serviço o G. já se encontrava no período pós-operatório, contudo o local da sutura continuava com uma cicatrização deficitária e os drenos com saída de conteúdo hemático numa proporção não adequada ao período de recuperação. Após reavaliação pela equipa médica foi decidido que seria necessária nova intervenção cirúrgica. Durante este período o G. foi ficando progressivamente mais apático, menos comunicativo (mesmo com o pai que o acompanhou durante todo o processo), chegando mesmo a

verbalizar frases como “...isto não vai melhorar...”, “...como vai ser a minha vida agora?” e “...mais valia ter logo morrido, só vos estou a dar trabalho (aos pais) ...”.

Tendo por base a situação delicada em que o adolescente se encontrava, os cuidados prestados foram centrados tanto no aspeto físico como no aspeto emocional, trabalhando com o mesmo no sentido de desenvolver os seus mecanismos de *coping* de forma a auxiliar na gestão emocional, conseqüentemente proporcionando autocontrolo e facilitando o processo de saúde/doença (Diogo, 2020).

A comunicação foi um ponto fulcral para a prestação de cuidados e conseqüente evolução do estado de saúde do G., tendo a mesma sido adaptada tanto à idade do jovem como à situação de fragilidade emocional em que o mesmo se encontrava. O contacto com o adolescente foi facilitado pela criação de uma relação enfermeiro-cliente estável, nutrida com confiança e empatia, que levou a que o G. se sentisse mais seguro a aceitar as informações e intervenções realizadas pelos profissionais de saúde (Diogo, 2015). Estes momentos de contacto permitiram o desenvolvimento da competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Tendo em conta que o G. era um adolescente bastante ativo, praticante de desporto, com um grupo de amigos com o qual gostava de sair à noite ou ir ao cinema, esta nova situação de doença tornou-se numa fonte de baixa autoestima. Neste sentido foi necessária uma intervenção mais direcionada, fazendo um reforço positivo da sua imagem corporal, bem como salientado novas hipóteses de se manter ativo e praticar desporto, mantendo e promovendo o seu estilo de vida saudável (“E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”). Ainda de forma a reforçar a sua autoestima e autonomia, trabalhei com o G. no sentido de desenvolver estratégias para a sua mobilização no leito, nas transferências e na sua mobilização em cadeira de rodas. (“E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”) (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Apesar de todas as intervenções por parte da equipa de enfermagem, o G. manteve uma postura mais cabisbaixa e um discurso depressivo, pelo que foi realizado o contacto com a psicóloga do departamento de pediatria que veio ao serviço realizar algumas sessões com o mesmo, com melhoria da situação clínica (competência “E1.2.2 Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais” e “E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”) (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Durante as intervenções e o contacto com o G. foi sendo desenvolvido, de forma constante e progressiva, um *empowerment* do mesmo, assim como do pai que o acompanhava. Estas ações foram realizadas com o objetivo de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências que permitissem uma tomada de decisão informada e esclarecida face ao seu processo de saúde/doença e aos procedimentos realizados, estimulando a sua autonomia e consequentemente a sua autoestima como um adolescente independente e capaz.

O *empowerment* dos clientes de cuidados é definido pela Organização Mundial de Saúde (2021) como sendo o processo através do qual os clientes adquirem maior controlo sobre as ações e decisões que afetam a sua saúde. Através deste processo o indivíduo passa a estabelecer uma correspondência mais próxima entre os objetivos a que se propõem dentro do processo de saúde/doença e o modo como os deverá alcançar. De acordo com Wang (2021) os jovens tornam-se empoderados na medida em que vão desenvolvendo uma consciência crítica, o que ocorre quando os mesmos começam a compreender os fatores que estão a causar alterações no ambiente que os rodeia, bem como nos seus comportamentos.

Na situação específica previamente descrita, o G. foi progressivamente tomando consciência da sua situação de saúde e de como a mesma iria afetar o seu desenvolvimento e relações futuras. Com o auxílio da equipa de enfermagem e de outros profissionais de saúde foi tornando-se cada vez mais interessado, passando a assumir um papel ativo em procedimentos (posicionamentos, mobilizações, esvaziamento vesical) e nas decisões sobre a sua saúde (transferência para continuidade de cuidados no centro de reabilitação – qual o mais adequado). Aquando da alta clínica, o G. estava apto

para se mobilizar de forma autónoma, no leito ou em cadeira de rodas; realizava videochamadas com os amigos e já combinava possíveis encontros com os mesmos, mostrando uma faceta muito mais pró-ativa, com consciência das suas limitações, mas também das suas capacidades; com uma maior competência de questionamento face à sua saúde e a todos os aspetos que o rodeiam e que podem facilitar a sua adaptação, nomeadamente apoios comunitários (na sua área de residência) e locais para prática de desporto para pessoas portadoras de deficiência.

Em pediatria, quando abordamos a criança não nos podemos esquecer que é uma abordagem que envolve também a família ou o cuidador. Os cuidados de saúde prestados devem ser centrados na família e não apenas na criança ou na doença que a leva a recorrer aos serviços de saúde. Assim, é importante não descurar que não apenas a criança beneficia de ter os pais presentes, como forma de diminuir os seus medos e ansiedades, como os pais também ficam menos ansiosos quando vêem o seu papel ser reconhecido. Estes pais e acompanhantes, autênticos heróis, capazes de suportar o medo, a dor e a ansiedade inerentes ao processo de saúde/doença da criança, não podem passar despercebidos, pois também eles precisam de derramar as suas lágrimas e expressar os seus medos. Enquanto enfermeiros, privilegiados no tempo de contacto, formação profissional e escopo de ação, temos o dever de proporcionar orientação e suporte aos pais, principalmente quando os mesmos têm o seu primeiro contacto com o ambiente hospitalar e não tem qualquer tipo de conhecimento sobre o que é esperado de si como pais (OE, 2011).

A presença da figura parental junto da criança durante o período de internamento é deveras importante, principalmente em crianças numa faixa etária mais jovem, uma vez que o acompanhante vai assumir um papel de decisor. Contudo, para que as decisões sejam realizadas de forma informada e esclarecida é necessário que os pais estejam devidamente capacitados e se sintam competentes na assunção do seu papel. É desta forma que surge a definição de *empowerment* parental, descrito como o processo através do qual os pais desenvolvem um aumento do controlo sobre as ações e decisões que afetam a saúde da sua criança (Ashcraft citando OMS, 2019).

Durante o internamento em pediatria é frequente observar o medo espelhado na face e comportamentos dos pais, no que se refere às mais

simples ações, como o mudar da fralda. Estes medos estão intimamente ligados com o desconhecimento acerca do processo de saúde da criança, dos aparelhos e fios que envolvem a unidade ou mesmo com o seu papel enquanto pais. Estas emoções mais negativas são ultrapassadas com maior facilidade através do *empowerment* dos pais. O *empowerment* pode desenvolver-se de diversas formas, mas beneficia especialmente da intervenção por parte da equipa de enfermagem. O estabelecimento de uma relação de confiança, uma comunicação eficaz e uma escuta ativa entre os pais e o enfermeiro é um dos primeiros passos para que estes se percecionem como membros da equipa de cuidados à criança. Os cuidados centrados na família, a aquisição de informação acerca do diagnóstico e possível tratamento da criança e a tomada de decisão partilhada, são ações que levam ao desenvolvimento de competências e conhecimentos necessários aos pais, tornando-os mais confiantes na sua capacidade para prestarem cuidados diários à criança (Ashcraft, 2019).

Na prática clínica tive a possibilidade de trabalhar nesta temática com o V. e a sua mãe. O V. é um recém-nascido que necessitou de internamento no serviço de cirurgia devido a uma malformação anorectal e à necessidade de diversas intervenções cirúrgicas. Na chegada ao serviço a mãe do V. mostrava-se muito ansiosa, principalmente devido ao facto do V. ser o seu primeiro filho e apresentar um estado de saúde debilitado. Referia receio de manipular a criança, no caso de lhe causar dor ou de deslocar a sonda nasogástrica (por onde realizava alimentação) ou o saco de colostomia. A mãe demonstrava ainda um sentimento de culpa relativamente a estas limitações referindo "...sou uma má mãe... nem consigo tratar do meu menino...". Com o passar dos dias, e sendo que o serviço funciona através do método de enfermeiro de referência, fui estabelecendo uma relação de maior proximidade com a mãe, comunicando de forma assertiva, mas calma, explicando todos os procedimentos realizados e progressivamente integrando a mãe na realização de cuidados, como a higiene, a troca da fralda e o vestir e despir. A mãe esteve sempre a par da situação clínica da criança, através da realização de pontos de situação regulares por parte da equipa médica e foi gradualmente adquirindo conhecimentos sobre a doença da criança, as suas limitações e possibilidades de evolução. A cada tratamento e a cada intervenção a mãe foi desenvolvendo

as suas competências, sempre com a colaboração da equipa de enfermagem. No final do estágio, considero que as minhas intervenções foram positivas e que consegui contribuir para o empoderamento da mãe do V., uma vez que a mesma nessa altura já realizava todos os cuidados à criança de forma confiante e autónoma, com capacidade de questionamento ou esclarecimento de dúvidas quando as mesmas existiam e com noção de quais as melhores opções de cuidados para a criança, quando deparada com outras enfermeiras durante a realização dos cuidados (por exemplo na seleção do material de proteção da ostomia ou do saco coletor).

De acordo com o estudo de Ashcraft (2019) o empowerment dos pais tem diversas consequências, sendo uma delas uma maior perceção e controlo da sintomatologia associada à doença, como é o caso das mães de crianças com patologia respiratória que desenvolveram competências na aspiração de secreções de modo a proporcionarem maior conforto aos seus filhos. O envolvimento nas tomadas de decisão é outro dos pontos frequentes que vem demonstrar o benefício do *empowerment* dos pais. Diversas vezes, os pais de crianças com patologia crónica são os primeiros a referenciar qual a veia mais adequada para a cateterização ou qual o melhor material para manter o acesso periférico (adesivo, penso, ligadura). O *empowerment* parental surge também como uma fonte de partilha de experiências e conhecimentos, transformando-se conseqüentemente num ponto de partida para o empoderamento de outros pais (Ashcraft, 2019). Um exemplo desta situação foi quando, durante o estágio, a mãe de um doente crónico no internamento, partilhou com a mãe do V. a melhor forma de aplicar o creme de barreira na região peri-estoma e qual a marca utilizada, de modo a otimizar os cuidados.

Enquanto futura enfermeira especialista, a interação e o trabalho junto das crianças e famílias de forma a contribuir para o seu empoderamento, foram positivos pois vieram desenvolver competências como “E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

A área pediátrica é bastante complexa. A atuação dos enfermeiros deve ser realizada em parceria com a criança/jovem e família no sentido de desenvolver cuidados de saúde individualizados e direcionados, em qualquer que seja o contexto que a mesma se encontre, de forma a promover o melhor estado de saúde possível (OE, 2013).

Neste mundo de cores e brincadeiras que por vezes se torna demasiado cinzento e triste, cabe-nos a nós ser o ponto de partida para que a criança e família consigam desenvolver uma perspetiva de saúde mais positiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. (2020). Obesidade em idade pediátrica: a opção cirúrgica. *Jornal médico*. Acedido em: 10/03/2021. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/opiniao/39647-obesidade-em-idade-pediatica-a-opcao-cirurgica.html>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The patient*, 12 (2), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.ª versão revista). <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Diogo, P. (2020). Texto de Apoio IV. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- OMS (2021). Health promotion glossary of terms 2021. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido em: 16/06/2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume II. Cadernos da OE. Série I (3).
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e

pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194.

Serviço Nacional de Saúde (2021). *Luta contra a obesidade*. Acedido em: 16/06/2021. Disponível em:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/24/luta-contra-a-obesidade-3/>

Wang, M. L., Martinez, L. S. S., Weinberg, J., Alatorre, S., Lemon, S. C. & Rosa, M. C. (2021). A youth empowerment intervention to prevent childhood obesity: design and methods for a cluster randomized trial of H2GO! Program. *BMC Public Health*. 21. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11660-5>

## **APÊNDICE VIII – Plano de sessão de formação**

|                                 |  |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------|--|--|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Titulo</b>                   | Promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil numa unidade de Neonatologia   |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
| <b>Objetivos</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar aos enfermeiros do serviço de neonatologia a temática do projeto de estágio em desenvolvimento;</li> <li>- Sensibilizar os enfermeiros para a problemática da obesidade infantil;</li> <li>- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a correlação entre Recém-nascidos com Restrição de Crescimento Fetal e a Obesidade infantil;</li> <li>- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da intervenção de enfermagem na unidade de Neonatologia como um fator de prevenção da obesidade infantil;</li> <li>- Refletir sobre as práticas.</li> </ul> |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
| <b>Data da Sessão</b>           | 9 de Abril de 2021 às 15h.   |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
| <b>Local da Sessão</b>          | Sala de Enfermagem da Unidade de Neonatologia  |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
| <b>Plano de Conteúdos</b>       | Introdução e objetivos   | Temática do projeto de estágio | Obesidade infantil | Neonatologia/ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais | O recém-nascido com restrição do crescimento fetal (RCF) | Intervenções de Enfermagem | Conclusão/ Discussão | Referências bibliográficas |
| <b>Tempo de Exposição</b>       | 2 min  | 2min                           | 2min               | 1min   | 4min   | 3min                       | 3min                 | 1min                       |
| <b>Meios/métodos Utilizados</b> | Meios audiovisuais<br>Método expositivo participativo  |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |
| <b>Avaliação</b>                | Questionário   |                                |                    |  |  |                            |                      |                            |

## **APÊNDICE IX – Sessão de formação**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Promoção de estilos de  
vida saudáveis e prevenção  
da obesidade infantil numa  
unidade de Neonatologia**

Ana Margarida Torcato Pascoal

Orientada por:

Abril, 2021



## Sumário

- Objetivos da sessão
- Temática do projeto de estágio
- Obesidade infantil
- Neonatologia/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- O recém-nascido com restrição do crescimento fetal (RCF)
- Intervenções de Enfermagem
- Conclusão
- Referências bibliográficas



## Objetivos da sessão

- Dar a conhecer aos enfermeiros do serviço de neonatologia a temática do projeto de estágio em desenvolvimento;
- Sensibilizar os enfermeiros para a problemática da obesidade infantil;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a correlação entre Recém-nascidos com Restrição de Crescimento Fetal e a Obesidade infantil;
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da intervenção de enfermagem na unidade de Neonatologia como um fator de prevenção da obesidade infantil;
- Refletir sobre as práticas.



## Temática do projeto de estágio

**Problemática:** Estilos de vida como fatores de risco para obesidade infantil na sociedade atual e o seu impacto nos cuidados de enfermagem



**Objeto de Estudo:** Intervenção do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudável e prevenção da obesidade infantil



## Temática do projeto de estágio

### Objetivos gerais do projeto:

- Desenvolver competências especializadas, nas diversas dimensões do exercício profissional, para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em todas as fases do seu desenvolvimento e nos processos de saúde-doença;
- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria para a atuação na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil.



## Obesidade infantil

Considerada pela OMS como uma **epidemia de saúde pública** e tem a sua justificação no aumento que a mesma sofreu nas últimas décadas, bem como da disseminação a nível global.

(Venâncio, Aguilar & Pinto, 2012)

É uma **doença crónica** e um fator de risco no aparecimento e desenvolvimento de outras patologias.

(Direção-Geral de Saude [DGS], 2017)

De forma generalizada pode-se afirmar que existem mais mortes relacionadas com a obesidade do que com a desnutrição e o baixo peso.

(OMS, 2020)

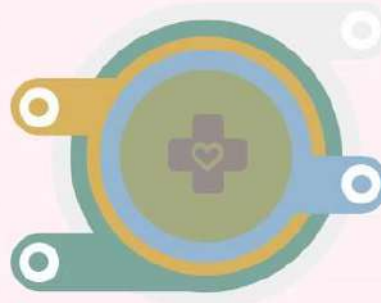
## Obesidade infantil

A obesidade, sendo definida como a **acumulação de excesso de gordura**, pode ter diversos pontos de partida.

(DGS, 2017)

Todos os aspetos do **ambiente que rodeia a criança** são passíveis de se tornarem um **risco** para o desenvolvimento de excesso de peso ou obesidade.

(OMS, 2019)

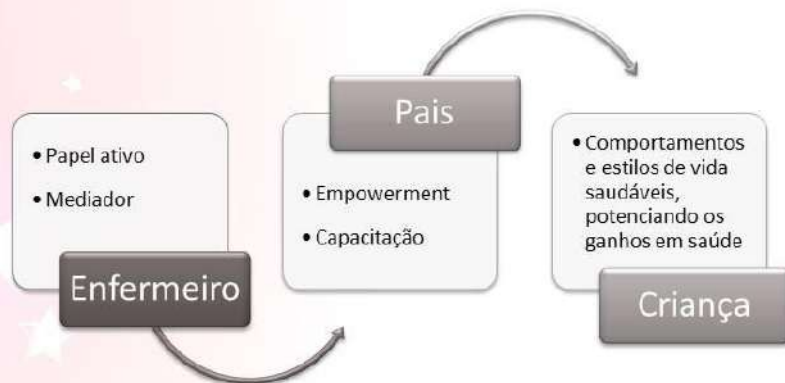


A obesidade pode ser alvo de **prevenção**, influenciando não apenas o aparecimento de outras doenças crónicas, mas também de alterações a nível social, psicológico e emocional.

(Sahoo et al., 2015)



## Obesidade infantil





## Neonatologia/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

É uma unidade que tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a recém-nascidos até aos 28 dias de vida.

É uma unidade que combina uma tecnologia avançada com profissionais experientes e especializados nos cuidados ao bebé prematuro e/ou doente.

**Como desenvolver a temática do projeto nesta unidade?**



## O recém-nascido com restrição do crescimento fetal (RCF)

Todo o feto que não atinge o potencial de crescimento adequado face à sua idade gestacional



É uma alteração dinâmica que pode ocorrer devido a fatores maternos, fetais, placentários ou ambientais



Processo adaptativo do feto a um ambiente uterino comprometido e que pode resultar em sequelas tanto no período neonatal como durante a infância e vida adulta

## O recém-nascido com restrição do crescimento fetal (RCF)



Ambiente uterino adverso aquando do desenvolvimento fetal

Adaptações metabólicas;  
Alterações epigénicas duradouras da função do organismo

Estilos de vida desfavoráveis

Potenciar o aparecimento de doenças em idade pediátrica/adulta

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018; Calkins & Devaskar, 2011

## O recém-nascido com restrição do crescimento fetal (RCF)

### Complicações a longo-prazo



#### Neurodesenvolvimento

Problemas de linguagem;  
Atraso motor;  
Competências sociais baixas.



Hipertensão Arterial e Doenças Coronárias



Síndromes Metabólicas



Diabetes Mellitus tipo II e Obesidade

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018; Calkins & Devaskar, 2011



## Intervenção de Enfermagem

### Cuidados neuroprotetores:

- Cuidados e estratégias realizados com o objetivo de promover o adequado desenvolvimento do recém-nascido.
- Têm impacto direto na qualidade da saúde e na diminuição do tempo de internamento.



Altimier & Phillips, 2013



## Intervenção de Enfermagem

### Cuidados centrados na família:

- Família como um elemento indissociável da criança e por isso passível de envolvimento nos cuidados;
- Promoção da parentalidade e a vinculação;



Imagem 2

Hockenberry & Wilson, 2014



## Intervenção de Enfermagem

### Cuidados antecipatórios :

- Promoção da saúde e prevenção da doença.
- Criar e aproveitar as oportunidades, para maximizar o potencial de desenvolvimento, bem como estimular a aquisição e desenvolvimento de comportamentos saudáveis e potenciadores de saúde.

Amamentação ou Aleitamento materno

OE, 2011



## Conclusão



O recém-nascido com RCF é propenso a desenvolver doenças na idade adulta, nomeadamente a obesidade

Incluir a família, uma vez que são fatores decisivos no desenvolvimento de comportamentos saudáveis



Atuar precocemente, potenciando e promovendo a saúde





**APÊNDICE X – Questionário de avaliação da sessão de  
formação**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Sessão de Formação:** *“Promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil numa unidade de Neonatologia”*

**Formador:**

Ana Margarida Pascoal- Aluna do 11.º CMPLEESIP, orientada pela EESIP:

A perspetiva dos formandos e a avaliação da sessão de formação é deveras importante, uma vez que fomenta uma melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Deste modo solicito a vossa colaboração para colocar um (X) no local que considera mais adequado, nos tópicos seguintes.

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5 – Concordo totalmente.

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Sessão de formação com conteúdos pertinentes.             |   |   |   |   |   |
| Foram cumpridos os objetivos da sessão de formação.       |   |   |   |   |   |
| A sessão foi útil para o exercício profissional.          |   |   |   |   |   |
| Material informativo e bibliografia apropriada.           |   |   |   |   |   |
| A sessão teve uma duração oportuna.                       |   |   |   |   |   |
| Formador com domínio adequado dos conteúdos apresentados. |   |   |   |   |   |
| Linguagem clara e objetiva.                               |   |   |   |   |   |
| Interação adequada entre formador e formandos.            |   |   |   |   |   |

Sugestões

---

---

---

---

Obrigada!

## **APÊNDICE XI – Resumo da comunicação livre**

**Rastreio do Excesso de Peso/Obesidade Infantil num Serviço de Urgência  
Pediátrica: Constrangimento ou Oportunidade?**

Ana Margarida PASCOAL<sup>1</sup>, Sónia BORGES RODRIGUES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RN, Estudante MSN, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Urgência Pediátrica ([margarida\\_pascoal@hotmail.com](mailto:margarida_pascoal@hotmail.com))

<sup>2</sup>RN, MSN, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem ([srodrigues@esel.pt](mailto:srodrigues@esel.pt))

## RESUMO

*Introdução:* A obesidade infantil é uma problemática da sociedade atual que preocupa os profissionais de saúde, devido à sua incidência e prevalência, e às comorbilidades a que está associada (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). O serviço de urgência pediátrica admite dezenas de crianças diariamente (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021), tornando-se num local oportuno para a intervenção do enfermeiro no rastreio da obesidade infantil. Assim, foi desenvolvido um projeto que tem como objetivos: 1º) Identificar precocemente crianças com excesso de peso/obesidade; 2º) Encaminhar a população pediátrica com excesso de peso/obesidade para os cuidados de saúde primários e/ou consulta de obesidade.

*Enquadramento conceptual:* A obesidade infantil é considerada pela OMS (2020) uma epidemia de saúde pública, não só devido ao aumento que sofreu nas últimas décadas, mas também por ser a doença mais frequente em idade pediátrica (Sancho et al., 2014). Em Portugal, no ano de 2019, 29.6% da população pediátrica tinha excesso de peso e 12% obesidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020). Cada vez mais se assiste a uma sobre-utilização dos serviços de urgência pediátricos (Caldeira et al., 2006), tendo a mesma sido acentuada devido à atual pandemia de covid-19. Com a recorrência frequente aos serviços de urgência, passa a existir uma diminuição do acompanhamento das crianças/jovens nos cuidados de saúde primários e/ou pelo médico assistente. Contudo, os enfermeiros podem, sempre que possível, utilizar o momento em que a criança recorre à urgência como uma oportunidade para atuar a nível do rastreio de patologias como a obesidade.

*Metodologia:* Foi aplicada a metodologia de Projeto, que se subdivide em seis fases: Diagnóstico da situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução; Avaliação; Divulgação dos resultados. Esta metodologia tem como principal objetivo a resolução de problemas, estabelecendo um paralelismo entre a teoria e a prática, baseando-se na observação da prática clínica, sustentando-se na evidência científica e objetivando a aplicação do projeto em situação real (Freitas, 2010).

*Desenvolvimento:* Foi desenvolvido um projeto, envolvendo a equipa de enfermagem do serviço de urgência de pediatria, de modo a identificar e encaminhar elementos da população pediátrica com excesso de peso/obesidade. Foi discutida a pertinência do projeto com as chefes de enfermagem do serviço de urgência e consultas externas de pediatria e realizada uma avaliação dos critérios de referenciação. Foram elaborados documentos de apoio e orientação (ficha e norma de referenciação) e programadas sessões formativas acerca das medições, cálculo e registo no sistema informático, do índice de massa corporal (IMC). Pretende-se ainda realizar uma avaliação da eficácia do projeto seis meses após a sua implementação.

*Considerações finais:* A intervenção de enfermagem a nível do rastreio e prevenção da obesidade infantil é passível de ser realizada nos mais diversos campos de atuação. Espera-se que com a implementação deste projeto se consiga desenvolver uma rede mais alargada de rastreio e acompanhamento da população pediátrica com obesidade, facilitando uma intervenção mais célere e eficaz. Sugere-se ainda, no futuro, a realização de mais estudos científicos dentro da área, pois está pouco desenvolvida.

*Palavras-chave:* Encaminhamento; Serviço hospitalar de emergência; Obesidade; Pediatria; Enfermagem

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1-4. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_OR\\_Dia\\_Dia\\_Urgencia\\_Pediatrica.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal – 2019*. [https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/COSI2019\\_FactSheet.pdf](https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/COSI2019_FactSheet.pdf)
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1-37. [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity*. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco*, (34), 26-33. <https://shop.advancecare.pt/wp-content/uploads/2015/11/Determinantes-do-peso-corporal-de-crian%C3%A7as.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Caracterização das Valências de Urgência*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/atendimentos-por-tipo-de-urgencia-hospitalar-link/table/?sort=tempo&refine.tempo=2021&refine.regiao=Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20LVT>

**ANEXO I – Modelo de promoção da saúde de Nola  
Pender**



**ANEXO II - Certificado de participação no 1º congresso  
internacional de enfermagem da criança e do  
adolescente**



## 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

### Certificado

Certifica-se que, Ana Margarida Pascoal apresentou a Comunicação Livre intitulada: "Rastreamento do Excesso de Peso/Obesidade Infantil num Serviço de Urgência Pediátrica: Constrangimento ou Oportunidade?", da autoria de Ana Margarida Pascoal e Sónia Borges Rodrigues, no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema "Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar", realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.

*Isabel Malheiro*

---

Isabel Malheiro  
Presidente do Congresso

