INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Cristina Mestre Arosa

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Cristina Mestre Arosa

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021

OBESIDADE INFANTIL: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Cristina Mestre Arosa

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

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Mestre e Especialista Maria Margarida Lourenço T. C. Boavida Malcata

Orientador: Professora Doutora Maria Antónia Caeiro Fernandes Chora

Data: 12 de outubro de 2021

AGRADECIMENTO

Este percurso não teria sido possível sem a participação e a colaboração de algumas pessoas. Assim sendo, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente a percorrer este caminho.

Deste modo, recompenso as contribuições com os mais sinceros agradecimentos aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica Cátia Páscoa e Amada Nascimento, orientadores destes estágios, pelo entusiasmo, pela disponibilidade demonstrada e pela transmissão de sabedoria.

Gostaria de agradecer, também, o apoio e orientação com que sempre pude contar por parte da Professora Doutora Maria Antónia Chora, e também por parte de todos os Profissionais de Saúde que se cruzaram no meu percurso de aprendizagem.

Ressalvo um agradecimento especial a minha Enfermeira em Funções de Chefia, Margarida Coelho, por me ter permitido e facilitado este caminho de ascensão a Especialista.

E por último, mas não menos importantes, aliás talvez os mais importantes para mim:

- Mãe agradeço-te a minha vida, e neste caminho foste incondicional, demonstrando mais uma vez que mãe há só uma e é insubstituível;
- *'Mano'*, Clemente Arosa, a tua força e garra fizeram me acreditar que tudo na vida se consegue com sacrifício e que tudo é possível. Agradeço as tuas horas sem dormir, o teu empenho e a tua ajuda, sem ti não teria conseguido. Obrigado.
- *A ti,* ausente, mas no meu coração. *Te quiero!*
- João Marques, obrigado pela paciência e perseverança.

A todos o meu sincero Agradecimento!

RESUMO

O aumento da incidência da obesidade infantil tem sido um flagelo e uma preocupação para a saúde pública em todo o mundo, e alvo da atuação preventiva por parte dos profissionais de saúde.

O objetivo deste relatório é analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre adquiridos ao longo do estágio, bem como sobre a implementação do projeto de intervenção.

Recorremos à metodologia de trabalho de projeto, através do *empowerment* dos pais/cuidadores de crianças com idade compreendidas entre os 3 e os 6 anos e com IMC ≥ P85, através das sessões educativas individuais, traduzindo um impacto positivo no ganho de conhecimento em relação à alimentação saudável e atividade física infantil.

Assim, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo um profissional dotado de conhecimentos e competências acrescidas, demonstra um papel imprescindível na prevenção de comportamentos promotores da obesidade infantil.

Palavras-Chave: Obesidade Pediátrica; Enfermagem; Pais.

ABSTRACT

The increase in the incidence of childhood obesity has been a scourge and a concern for public health around the world, and the target of preventive action by health professionals.

The purpose of this report is to analyze and reflect on the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric and Master's Health Nursing acquired during the internship, as well as on the implementation of the intervention project.

We used the project work methodology, through the empowerment of parents/caregivers of children aged between 3 and 6 years and with BMI ≥ P85, through individual educational sessions, translating a positive impact on the gain of knowledge in relation to healthy eating and physical activity for children.

Thus, the role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, as a professional with increased knowledge and skills, demonstrates an essential role in the prevention of behaviors that promote childhood obesity.

Keywords: Pediatric Obesity; Nursing; Parents.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*.....*26*

Figura 2 – Peso do(a) Filho(a) ao Nascer 38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Representação da fórmula de avaliação antropométrica das crianças com idade compreendida entre 3 e 6 anos de idade 31

Tabela 2 – Representação da fórmula de avaliação da sensibilização dos pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idades compreendida entre os 3 e 6 anos..31

Tabela 3 – Representação da fórmula do encaminhamento das crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos para os Cuidados de Saúde Primários 32

Tabela 4 – Habitações Literárias dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto.....37

Tabela 5 – Condições Económicas dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto 37

Tabela 6 – Residência dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto 37

Tabela 7 – Resultados da aplicação do primeiro Questionário QAI aos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto 38

Tabela 8 – Resultados da aplicação do segundo Questionário QAI aos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto 39

Tabela 9 – Encaminhamento das Crianças para os Cuidados de Saúde Primários Realizados 39

Tabela 10 – Correlação das Habilitações Literárias dos Pais/Cuidadores com o QAI..40

Tabela 11 – Correção das Condições Económicas dos Pais/Cuidadores com o QAI....41

Tabela 12 – Correlação da Residência dos Pais/Cuidadores com o QAI 41

Tabela 13 – Avaliação do Objetivo Específico 1 do Projeto 43

Tabela 14 – Avaliação do Objetivo Específico 2 do Projeto 44

Tabela 15 – Avaliação do Objetivo Específico 3 do Projeto 44

Abreviaturas

ABC – Via Área; Respiração; Circulação

ABCDE – Via Área; Respiração; Circulação; Neurológico; e Exposição

APA – American Psychological Association

BCG – Bacilo Calmette-Guérin

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPI – Equipamento Individual de Proteção

IMC – Índice de Massa Corporal

kg – Kilogramma

LASA – *Loock-alike; Sound-alike*

m – Metro

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à metilcilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PS – Pressão de Suporte

QAI – Questionário de Alimentação Infantil

RN – Recém-Nascido

s.d. – Sem Data

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SDR – Síndrome de Desconforto Respiratório

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

VASPR – Vacina Anti-Sarampo, Anti- Parotidite e Anti-Rubeóla

VNI – Ventilação Não Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO 14

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 17

1.1 – OS PAIS/CUIDADORES E A OBESIDADE INFANTIL 21

1.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL 23

1.3 – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER 25

2 – PERCURSO DE APRENDIZAGENS DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 28

2.1 – METODOLOGIA DE PROJETO 28

2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO 28

2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS 30

2.4 – PLANEAMENTO 32

2.5 – EXECUÇÃO 34

2.6 – AVALIAÇÃO 36

2.7 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENCOLVIDAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIO 45

2.8 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS 45

2.9 – ANÁLISE RFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA 52

2.10 – ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA 57

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS 63

3.1 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 63

3.2 –ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 67

3.3 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE 71

4 – CONCLUSÃO..... 74

BIBLIOGRAFIA 76

APÊNDICES 87

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados 88

Apêndice II – Cronograma 93

Apêndice III – Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos Alimentares Saudáveis e Atividade Física 95

Apêndice IV – Plano de Sessão 106

Apêndice V – Alimentação Saudável: Guia Sobre a Alimentação Saudável nas Crianças dos 3 aos 6 anos de idade 108

A**pêndice VI** – Consentimento Informado..... 118

Apêndice VII – Vamos Colorir os Alimentos 122

Apêndice VIII – Guia Orientador para Profissionais de Saúde sobre o Aleitamento Materno..... 133

Apêndice IX – Folheto – Amamentação 162

Apêndice X – Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS..... 165

Apêndice XI – Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários..... 182

Apêndice XII – Folheto – Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos de Alimentação Saudável e Atividade Física 192

Apêndice XIII – Resumo do Artigo – Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 195

ANEXOS 197

Anexo I – Pedido de Autorização à Comissão de Ética 198

Anexo II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital 201

Anexo III – Autorização do Pedido à Comissão de Ética.....204

Anexo IV – Autorização do Pedido ao Conselho de Administração do Hospital....206

Anexo V – Autorização para a Aplicação do Questionário da Alimentação Infantil208

Anexo VI – *Webinar* – "O Cérebro do Adolescente" 210

Anexo VII – *Workshop* – "Diversificação Alimentar" 212

Anexo VIII – Formação Profissional – "Curso de Primeiros Socorros Pediátricos"214

INTRODUÇÃO

Em cumprimento do regulamento da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrada no 2º ano, 1º semestre do 4º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, ano letivo 2020/2021, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, visa o presente trabalho académico efetuar uma síntese de todo o percurso teórico e prático ao longo destes meses de formação que nos permitiu adquirir e desenvolver competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este presente Relatório de estágio contempla todo o percurso do Estágio Final e a aplicação do Projeto de Intervenção.

A elaboração do relatório tem como finalidade a aquisição dos seguintes objetivos, presentes no Regulamento do Estágio final:

- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, as competências de EEESIP e competências de Mestre;
- Fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto;
- Apresentar o presente relatório em provas públicas.

Os estágios encontram-se divididos em duas partes, Estágio I e Estágio Final. Em relação ao Estágio I obtivemos creditação pelos anos de experiência na área da Saúde Infantil e Pediátrica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) onde me encontro a exercer funções desde 18 de maio 2010. No que diz respeito ao Estágio Final, este foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), num Serviço de Internamento Pediátrico (SIP) e num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP). Neste estágio foi-nos exigido a elaboração de um Projeto de Intervenção.

Deste modo torna-se fundamental que se identifique um problema, os seus fatores determinantes, bem como as necessidades de saúde, com o intuito de se estabeleceram abordagens e intervenções adequadas, e para tal torna-se necessário um projeto de intervenção.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) existem seis motivos para a necessidade de se elaborar um projeto de intervenção em saúde. Destacam-se, de entre as seis, a

necessidade de intervenção nas causas dos problemas e a necessidade de definição de prioridades. Assim, e após uma exausta pesquisa sobre os problemas atuais relacionados com a Saúde Infantil e Pediátrica deparamo-nos com a temática da Obesidade Infantil.

A obesidade é um problema de saúde com elevado impacto a nível internacional, nacional e regional, com elevada incidência e com consequências nefastas para as crianças e jovens. Considerada como um problema de saúde pública da atualidade, ela afeta mais de metade da população adulta em Portugal, estando intrinsecamente associada a determinadas patologias prevalentes na nossa população, como é o caso da diabetes *mellitus*, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e o cancro (Direção-Geral da Saúde, 2017). Porém, a obesidade é transversal a todas as faixas etárias, sendo alarmantes os números de obesidade infantil na Europa, cuja distribuição é desigual entre os vários países, à semelhança do que acontece nos adultos. Esta doença apresenta graves consequências na saúde e a nível social, causando um incremento no risco de morte prematura e de incapacidade na vida adulta (World Health Organization, 2018). Em Portugal 29,6% das crianças entre os 6 e os 8 anos apresentam excesso de peso e 12% são obesas (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Perante tal aterradora realidade, no Estágio Final foi desenvolvido o Projeto de Intervenção "Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", que teve por base a linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida". Este projeto cursa no domínio da deteção precoce de crianças com excesso de peso e obesidade e a sua prevenção. No entanto, e pelo exposto, considera-se que esta temática, já conhecida largamente, ainda precisa de ser bastante trabalhada, pelo que se torna fundamental, a capacitação dos pais/cuidadores de crianças com excesso de peso ou obesidade, através de um projeto de intervenção.

Assim, enquanto futura EEESIP, pretendemos suportar este projeto de intervenção, através do *empowerment* dos pais/cuidadores, através do diagnóstico precoce das crianças com idade compreendida entre os 3 e 6 anos que apresentem excesso de peso ou obesidade, assegurando desta forma a promoção e o desenvolvimento infantil saudável, incutindo estilos de vida saudáveis no domínio da alimentação e da prática de atividade física.

Para tal, foi delineado como objetivo geral: **Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6**

anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil, e como objetivos específicos:

- Efetuar a avaliação antropométrica das crianças com idade compreendida entre 3 e 6 anos de idade;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos;
- Encaminhar as crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos, para os Cuidados de Saúde Primários.

Os mesmos foram delineados tendo por base, o Regulamento de Competências EEESIP e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como as competências de Mestre na área da Enfermagem que referem que o desenvolvimento de atividades de formação e de investigação devem ser baseadas na prática e "orientadas para o desenvolvimento profissional, de nível e qualidade reconhecidos" (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018, p.4163).

Este relatório encontra-se, estruturalmente, dividido em seis capítulos, após a Introdução, encontra-se o Enquadramento Conceptual, onde é focada a obesidade infantil como problema atual, bem como o papel dos pais e a atuação do EEESIP no combate a obesidade infantil. Foi utilizado como modelo teórico o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Segue-se o Projeto de Intervenção, onde é feito um diagnóstico da situação, tendo por base crianças com faixa etária entre os 3 e 6 anos de idade, o delineamento do objetivo geral e específicos, bem como o planeamento das intervenções a executar e a sua avaliação. Posteriormente, a análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio, e das competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito do desempenho do enfermeiro especialista e do EEESIP, bem como as competências de Mestre. Seguindo-se a Conclusão do presente relatório, e por fim a bibliografia.

O presente relatório foi redigido tendo por base a *American Psychological Association* (APA) – 6ª edição.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A obesidade pelas dimensões adquiridas nas últimas décadas, e o impacto em relação a morbilidade, mortalidade, qualidade de vida e custos nos cuidados de saúde é considerada a doença do século XXI (Alba-Martín, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como uma condição resultante de um acúmulo excessivo e anormal de gordura no tecido adiposo, podendo comprometer a saúde do indivíduo. Esta ocorre devido a um desequilíbrio, no qual o organismo fica exposto a sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, quando há uma ingestão maior de energia do que aquela que é gasta. Este problema de saúde resulta de vários fatores, tais como o ambiente, o metabolismo e genética. Porém, estes interagem com diversas variáveis, como as influências culturais, psicológicas e comportamentais, sendo por isso conhecida como uma doença com génese complexa e multifatorial (World Health Organization, 2000).

A obesidade é um grande problema na saúde infantil em todo o mundo, sendo que 41 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade teve sobrepeso ou obesidade em 2016. Esta patologia está associada à morte prematura em adultos e o aumento de recorrências aos serviços de saúde nas crianças. A obesidade instala-se, muitas vezes, precocemente na vida e uma vez estabelecida é difícil de reverter. Desta forma, é imprescindível que a prevenção da obesidade seja no início da vida (Cloutier, et al. 2018).

Na idade pediátrica as estatísticas, quer a nível mundial, quer a nível nacional, constatam que o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes está longe de estar solucionado. Na última análise realizada pela *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) Portugal, foram avaliadas 7210 crianças, sendo que 29,6% da população estudada apresentava excesso de peso e 12,0% obesidade. Assistiu-se no entanto a uma redução de 8,3% na prevalência de excesso de peso infantil e de 3,3% na prevalência da obesidade infantil, comparativamente com o ano de 2008 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Nos anos oitenta a alimentação e a nutrição começaram a ter impacto no que respeita a promoção da saúde, sendo consideradas como áreas prioritárias na construção de políticas de saúde públicas. Em comparação com os outros países europeus, Portugal era um dos que não possuía um programa nacional de alimentação, com o objetivo de melhorar através de

determinadas ações o estado nutricional e de saúde da população, onde é incentivado o consumo, bem como o acesso a certos alimentos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Desta forma no Plano Nacional de Saúde (PNS) um dos programas de saúde prioritários é o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da Direção-Geral da Saúde (DGS) e tem como objetivo a promoção da saúde, atendendo principalmente no determinante da alimentação. Este programa tem como finalidade a promoção de uma alimentação saudável de foram a contribuir para a melhoria do estado nutricional, de forma a prevenir os problemas cardiovasculares, obesidade e oncológicos como consequência de uma alimentação inadequada (Direção-Geral da Saúde, 2017).

> Reconhece-se hoje que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois se por um lado facilita o desenvolvimento intelectual e crescimento adequando para a idade, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorreta e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, carie dentária, atraso de crescimento, entre outras (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012, p.56).

O desenvolvimento de hábitos alimentares que podem levar à obesidade futura, são mais críticas nos lactentes e nos *toddlers*, sendo que os cuidadores têm uma influência importante sobre esses hábitos, tornando-se necessário intervir com o intuito de prevenir hábitos alimentares obesogénicos, estabelecendo horários de alimentação apropriados, bem como as porções certas (McFarren, Vazquez, Jacobs, Dela Tejera & Gray, 2020).

Durante os primeiros cinco anos de vida devemos ter uma atenção acrescida no que se refere a alimentação, nomeadamente em relação a quantidade, qualidade, frequência e diversidade, devido ao desenvolvimento e crescimento que se evidencia nessa fase (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012).

Segundo Alba-Martín (2016), são várias as causas apontadas para a obesidade em crianças e adolescentes, como é o caso, da compulsão alimentar, a falta de exercício físico, história familiar de obesidade, doenças, medicamentos, mudanças na vida causadoras de stress, problemas familiares, baixa autoestima, depressão e outros problemas emocionais, mas a mais comum é devido a uma maior ingestão de energia do que é necessário e à diminuição da atividade física.

Uma das medidas universais utilizadas para avaliação do estado de nutrição é o Índice de Massa Corporal (IMC), que relaciona o peso com o comprimento/estatura, ou seja, através

da fórmula peso (kg) a dividir pelo comprimento/estatura (m) ao quadrado (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Segundo Gibson, Alava, Kelly & Campbell (2017), existe uma correlação entre a amamentação exclusiva e o IMC em crianças mais velhas, ou seja, quanto mais prolongada no tempo for a amamentação exclusiva, menor será o IMC no futuro da criança, no entanto, não é fator exclusivo para a prevenção da obesidade infantil, requerendo intervenções, também, nos estilos de vida.

Crianças que apresentam excesso de peso entre os 3 e 5 anos de idade têm cinco vezes mais hipóteses de estar com excesso de peso ou obesidade na adolescência e têm maior risco de desenvolver problemas crónicos de saúde ao longo da vida (Alkon, et al., 2014). Por este facto, os profissionais de saúde mostram grande preocupação com o número de crianças que apresentam excesso de peso e obesidade durante as consultas de vigilância, bem como as consequências resultantes da obesidade infantil, como é o caso das doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, colesterol e triglicéridos elevados, diabetes *mellitus* tipo 2, asma, apneia do sono e doenças músculo-esqueléticas. Por outro lado, a obesidade também está associada à redução da qualidade de vida, depressão, baixa autoestima e ansiedade (Wildermuth, Mesman & Ward, 2013; Tanda, Beverly & Hughes, 2017). Laat, Vos, Jacobs, Mil & Goor (2019) referem ainda que o *bullying*, solidão e tristeza também estão ligadas a obesidade infantil, e relata que há estudos que mostram que crianças com sobrepeso estão propensas a permanecer acima do peso na vida adulta, favorecendo o desenvolvimento de várias doenças crónicas.

Segundo Costa, Nunes, Duarte & Pereira (2012) "Durante a infância, a família tem uma enorme responsabilidade não só na oferta do tipo de alimentos, mas igualmente na formação do comportamento alimentar da criança, detendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais" (p.56).

Cabe, assim, aos educadores, pais/cuidadores promover e incentivar a escolha de comportamentos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, sendo que aos profissionais de saúde compete a promoção da saúde, através da promoção e supervisão da oferta de alimentação adequada, e a propagação de estilos de vida ativos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

No entanto, existem algumas barreiras ao longo do processo educativo dos pais/cuidadores, pois, embora estes valorizem a opinião dos profissionais de saúde, eles têm, muitas vezes, dificuldade em implementar as suas recomendações por diversas razões socioeconómicas e emocionais. Assim, modelos de cuidados alternativos e métodos de comunicação, incluindo a realização de atividades de grupo educativas e entrevistas motivacionais podem ser uma estratégia para empoderar os pais/cuidadores na implementação de melhores cuidados (McFarren, Vazquez, Jacobs, Dela Tejera & Gray, 2020).

Os profissionais de saúde, desempenham um papel fundamental na deteção e gestão do excesso de peso e obesidade, através dos encontros frequentes com as crianças e famílias nas consultas de vigilância de saúde infantil. Assim cabe a estes profissionais de saúde a educação e aconselhamento sobre a dieta, atividade física e comportamentos sedentários de forma a reduzir a obesidade infantil (Gibson, 2016; Sjunnestrand, Nordin, Eli, Nowicka & Ek, 2019). É, também, nas consultas de vigilância de saúde infantil onde é avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança. É importante o registo dos valores do peso, comprimento e perímetro cefálico no boletim de saúde infantil e juvenil, pois permite através da comparação dos valores de referência avaliar se há um crescimento adequado, bem como vigiar a trajetória individual na curva de percentil. É importante realçar que o cruzamento das curvas de percentil para cima ou para baixo ou quando os percentis entre o peso e a altura apresentam uma grande diferença, deve ser avaliado atentamente (Direção-Geral da Saúde, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2019).

Desta forma em Portugal, recomenda-se a determinação do IMC e o respetivo percentil que é fornecido através das curvas de crescimento, sendo um instrumento imprescindível para avaliar o estado de nutrição e o crescimento da criança e do adolescente. As curvas de crescimento do IMC, considera o excesso de peso entre o percentil ≥ 85 e < 97, e obesidade com um percentil ≥ 97 (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A partir dos 5-6 anos até a fim do crescimento

> ocorre o 'ressalto adipocitário' fisiológico (*adiposity rebound*), ou seja, um aumento sustentado do IMC (…) O ressalto adipocitário coincide com o inicio das mudanças corporais que caracterizam o dimorfismo sexual (maior aumento de massa gorda no sexo feminino e maior aumento de massa muscular no sexo masculino) e quando precoce (aumento do IMC antes dos 5-6 anos), parece estar relacionado com um risco acrescido de desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, excesso de massa gorda e risco metabólico (resistência a insulina e doença cardiovascular), bem como uma indesejável maturação

> precoce (idade óssea avançada e menarca precoce, com comprometimento da estatura final) (Direção-Geral da Saúde, 2019, p.25).

Assim, e para contrariar esta problemática, vulgo a obesidade infantil é necessário a intervenção de vários elementos, dentro os quais o EEESIP. No entanto, devemos avaliar todas as variáveis que convergem e que podem culminar para obesidade infantil, e uma das variáveis mais importantes são os pais/cuidadores, que de forma consciente ou inconsciente podem estar a potenciar este problema (Yardim et al., 2019).

1.1 – OS PAIS/CUIDADORES E A OBESIDADE INFANTIL

O aumento da incidência da obesidade e, em particular na infância é considerado, como já anteriormente referido, um problema de saúde pública em todo o mundo. Vários são os fatores contributivos para a obesidade e podem ser classificados em económicos, sociais, psicológicos e comportamentais. Assim, os baixos níveis de atividade física, os comportamentos alimentares dos pais, bem como as suas condições socioeconómicas são alguns exemplos de fatores contributivos para a obesidade infantil. Desta forma, melhorando o conhecimento dos pais sobre a dieta infantil e a importância da atividade física contribuirá para prevenção precoce da obesidade (Hodgkinson, Abbott, Hurley, Lowe & Qualter, 2019).

Torna-se necessária a intervenção junto dos pais/cuidadores através de programas de educação para a saúde, dotando-os de ferramentas necessárias para prevenir a obesidade dos seus filhos (Hodgkinson et al., 2019; Reis et al., 2020).

As crianças veem os seus pais/cuidadores como modelos, e daí ser importante que estes condutem de forma saudável à frente dos seus filhos. Segundo estudos, filhos de pais/cuidadores com hábitos alimentares saudáveis e que pratiquem atividade física regular tendem a seguir este estilo de vida saudável prevenindo desta forma a obesidade. Já filhos de pais/cuidadores mais sedentários e sem cuidados com a alimentação, tendem a desenvolver obesidade em determinado período da sua infância (Coto et al., 2019). Também Branco, Jorge & Chaves (2011) referem que a prática diária de atividade física de forma sistémica são fatores de proteção para o excesso de peso e obesidade, ou seja, as crianças que praticam uma modalidade desportiva apresentam menor probabilidade de serem obesas, comparativamente às crianças que não praticam desporto.

A obesidade dos pais também é apontada como um fator de risco para a criança, por um lado, pela parte genética, e por outro lado, no que se refere a hábitos alimentares pouco saudáveis. A ingestão de bebidas açucaradas também é apontada como um forte responsável pelo excesso de peso e a obesidade (Branco, Jorge & Chaves, 2011).

Outro fator que afeta esta problemática é o nível educacional dos pais/cuidadores. Pais com menor nível educacional consomem, em média, menos quantidade de fruta e hortícolas e passam mais horas a ver televisão, em comparação com os pais com um nível educacional mais elevado (Yardim et al., 2019). No entanto,

> a associação entre o nível de escolaridade ou maiores conhecimentos no manejo dos alimentos, e a prática alimentar mais saudável tem-se mostrado igualmente controversa. As evidências têm revelado que os conhecimentos em nutrição e hábitos alimentares saudáveis não se apresentam fortemente correlacionados, porque o conhecimento em saúde não leva a uma ação direta, quando o indivíduo não sabe como aplicar (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012, p.56).

Assim, os comportamentos parentais e o ambiente familiar são preditivos de um maior risco das crianças desenvolverem excesso de peso ou obesidade. Deste modo, os pais/cuidadores com menor nível de escolaridade reportam maiores dificuldades em manter um estilo de vida saudável, uma vez que a presença de frutas e hortícolas em casa é escassa, o sedentarismo está muitas vezes presente nestas famílias, não conseguem ser um modelo no que se refere a ingesta de uma alimentação saudável e apresentam também menor capacidade de definir regras face ao comportamento infantil (Yardim et al., 2019). Também Branco, Jorge & Chaves (2011), apontam como fator de risco para o excesso de peso e obesidade, o grau de escolaridade dos pais, quanto maior for o grau de escolaridade menor será o risco. Por outro lado, Costa, Nunes, Duarte & Pereira (2012), referem que alguns estudos mostram que o melhor poder económico não é necessariamente sinónimo de uma alimentação com melhor qualidade, uma vez pode aumentar o poder de escolha e levar a uma alimentação menos saudável.

Cano, Ciges, Sánchez-Martínez & Cardenal (2019), também, referem várias variáveis a ter em conta no âmbito da obesidade infantil, algumas que vão de encontro as supramencionadas, como o sedentarismo, o nível socioeconómico e os hábitos alimentares, no entanto referem, também, a localização geográfica das famílias como fator que pode influenciar o peso das crianças. Assim, famílias que vivam em áreas urbanas tendem a ter crianças mais obesas do que as que vivem nos meios rurais. Este facto deve-se ao estilo de vida urbano a que os pais/cuidadores são sujeitos, pelo aumento do stress do quotidiano,

estes tentam arranjar soluções mais práticas para a sua vida, como por exemplo o recurso ao *fast-food*, o deixar as crianças ver mais tempo televisão e jogar videojogos, com o intuito de terem maior tempo de descanso quando regressam do seu trabalho, o que leva, indubitavelmente, a um aumento do risco de obesidade das suas crianças. Por sua vez, as famílias rurais são por natureza, pessoas com menos stress associado ao quotidiano, com mais tempo para as suas atividades de vida, permitindo uma gestão diferente em relação às famílias urbanas. Estas crianças são, muitas vezes, envolvidas em trabalhos domésticos desde muito cedo, o que reduz o seu sedentarismo. Outro aspeto que difere é a alimentação, pois as famílias tradicionais rurais tendem a utilizar os seus recursos naturais, como por exemplo, hortícolas, frutas e gado como base da sua alimentação, tornando-a uma alimentação mais saudável em comparação a moderna *fast-food*. O planeamento, a preparação e as refeições em família são cada vez menos frequentes, apontados como principal causa as obrigações laborais, favorecendo o consumo fora de casa ou de refeições pré-preparadas (Direção-Geral da Saúde, 2020).

As famílias com um baixo nível socioeconómico apresentam menos probabilidade de permitir a prática desportiva regular dos seus filhos e de fazer uma alimentação saudável e equilibrada (Branco, Jorge & Chaves, 2011).

A avaliação do conhecimento dos pais/cuidadores no que se refere a alimentação infantil é imprescindível, pois são eles os principais responsáveis pela alimentação dos seus filhos. Pelo que, a identificação da falta de educação alimentar e a necessidade de formação deve fazer parte para a promoção da saúde infantil (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012).

Em suma, quando se fala em obesidade infantil é necessário ter em conta não apenas os aspetos inerentes a própria criança, mas também às variáveis intrínsecas aos pais/cuidadores, pois só assim se consegue implementar um plano de atuação holístico para a prevenção e atuação na obesidade infantil, cabendo ao EEESIP facultar ferramentas para que isso seja executado, promovendo a alimentação saudável e a prevenção da obesidade infantil.

1.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

A problemática da obesidade, intrinsecamente ligada à alimentação, ao estado nutricional e a atividade física merece especial atenção, por todos os profissionais de saúde que acompanham a criança/jovem e família, sendo a considerar neste contexto o importante

papel do EEESIP. Neste sentido, importa aludir ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, que defende como importantes áreas

> a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, (…) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Desta forma, o EEESIP

> assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (…) 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 (…) Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19192-19193).

É importante, também, realçar o documento que orienta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece os difíceis desafios que a nossa sociedade enfrenta, nomeadamente os resultantes do incremento das estatísticas em relação ao sedentarismo e desequilíbrios nutricionais nos jovens (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Reconhece, portanto, a importância da promoção da saúde, de entre os quais destacamos como elementos fundamentais

> A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; A promoção do potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas da saúde escolar; O fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; (…) A sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção (…) A identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2017, pp. 6-7).

Importa referir que o EEESIP presta cuidados de elevado nível à

> criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (..) centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível (…) e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros,2018, p. 19192).

Com o intuito de dar resposta às competências supramencionadas o envolvimento dos pais na educação para a saúde é a chave para o sucesso uma vez que são eles que controlam os hábitos de exercício físico e hábitos alimentares da criança, no que diz respeito ao tipo de alimento oferecido, ao tamanho das porções, ao horário das refeições, bem com as estratégias

utilizadas durante a alimentação. Desta forma, as ações educativas nutricionais na família são sugestivas de áreas de intervenção preventivas (Branco, Jorge & Chaves, 2011; Lorenzato, Cruz, Costa, & Almeida, 2017).

1.3 – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

As atividades relacionadas com a promoção da saúde passaram a ser muito utilizadas após as discussões desencadeadas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta), "sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de atividade física" (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 236). O termo promoção da saúde, passou a fazer parte da conduta de todos os profissionais de saúde, sendo bastante notório, nos enfermeiros que utilizam a promoção da saúde na maioria dos cuidados desenvolvidos (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Entre os modelos e teorias de enfermagem no âmbito dos cuidados relacionados com a promoção da saúde que possam ser aplicados e desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem podemos aludir ao Modelo de Promoção de Saúde de Prender.

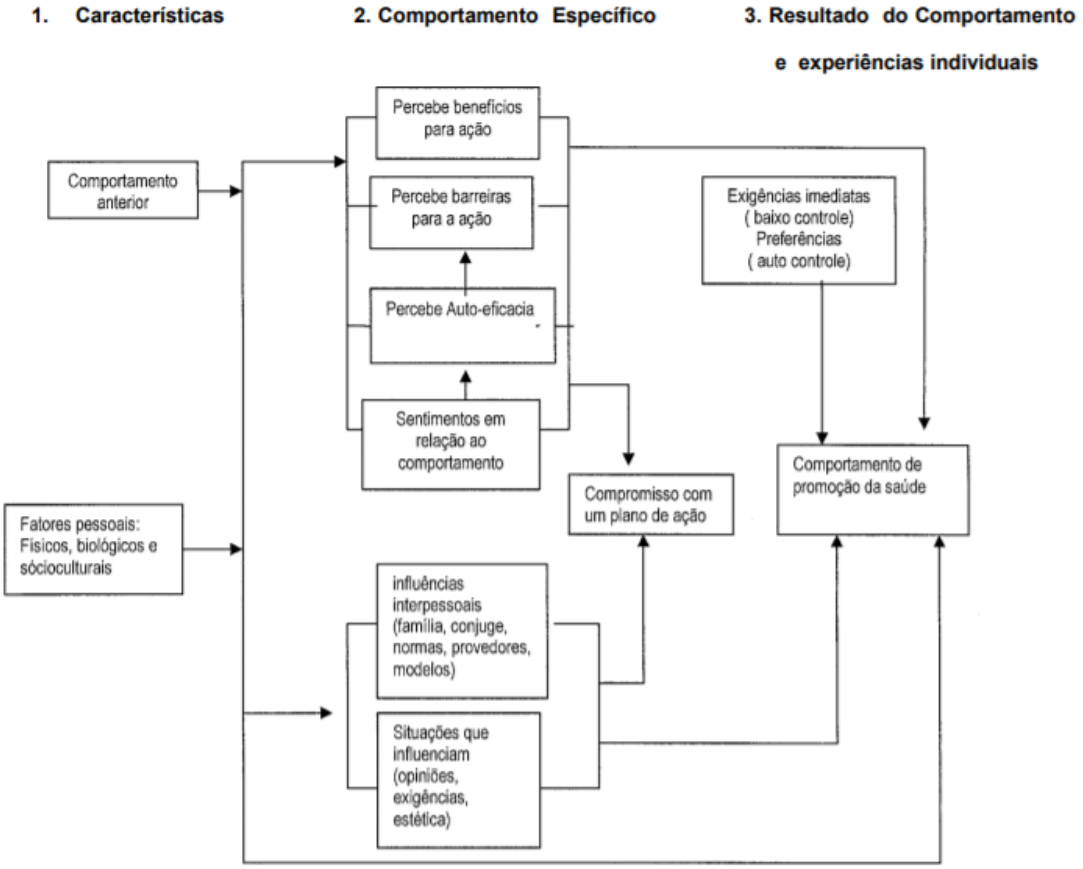
Este modelo Teórico foi desenvolvido por Nola Pender, professora aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan – Estados Unidos, na década de 80 (Victor, Lopes & Ximenes, 2005), denominado Modelo de Promoção da Saúde, o qual define promoção da saúde como as atividades direcionadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar e potencial humano (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011). Criou um modelo de enfermagem que desse respostas à forma como as pessoas adotam as decisões relativas aos cuidados com a sua saúde, "identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde" (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 237).

Muitos pesquisadores americanos, europeus e asiáticos utilizam este modelo como referência para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde. Trata-se de um modelo com uma estrutura simples e clara, que pode ser utilizado pelo enfermeiro na

prestação de cuidados de forma individual, ou em grupo, permitindo o planeamento de intervenções e a avaliação das ações efetuadas (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Este modelo é composto por três grandes componentes que se subdividem em variáveis (Figura 1):

***Figura 1** - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice*



Fonte: Victor, Lopes & Ximenes, 2005

As Características e experiências individuais, contêm o comportamento anterior, ou seja, comportamento que pode ter efeitos diretos e indiretos na probabilidade de comprometer a promoção da saúde e que deve ser mudado e os fatores pessoais, categorizados em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011; Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Os Sentimentos e Conhecimentos Específicos sobre o Comportamento, relacionam o conhecimento e afetos (sentimentos, emoções e crenças) específicos, encontra-se na coluna central no modelo, sendo formado pelas variáveis, Percebe Benefícios para Ação, que reforçam as consequências de adotar um comportamento, através de representações mentais positivas; Percebe Barreiras para Ação, que representam perceções negativas ou desvantagens da própria pessoa que podem causar um obstáculo sobre um comportamento; Percebe Autoeficácia, que diz respeito ao julgamento sobre capacidades pessoais em executar e organizar ações; Sentimentos em Relação ao Comportamento, emoções ou reação emocional direta, que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; Influências Interpessoais, que se refere ao comportamento que pode ou não ser influenciado por terceiros, como é o caso da família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais; Influências Situacionais, que refere que o contexto ambiental pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011; Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

O Resultado do Comportamento inclui o Compromisso com o Plano de Ação, que se refere as ações que possibilitem o indivíduo a preservar o comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem; Exigências imediatas e Preferências, ou seja, as mudanças imediatas são responsáveis pelo baixo controle sobre os comportamentos das pessoas, enquanto as preferências pessoais relativamente as ações de mudanças de comportamento exercem um alto controlo. O Comportamento de Promoção da Saúde, é o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Hoyos, Borjas, Ramos & Meléndez, 2011; Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Tendo em conta o Projeto de Intervenção em Enfermagem a desenvolver, que visa a promoção da saúde infantil e a prevenção da Obesidade Infantil através da capacitação dos pais/cuidadores, o modelo de suporte é o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. A utilização deste modelo de promoção da saúde ajuda na compreensão dos problemas de saúde, uma vez que orienta

> nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores chances no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 236).

2 – PERCURSO DE APRENDIZAGENS DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 – METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto é o processo que se segue à fase conceptual, e centra-se na implementação de estratégias e intervenções eficazes na resolução de um problema identificado, ou seja, é a ponte entre a teoria e a prática. Assim, seguidamente iremos desenvolver as etapas contempladas na metodologia, principiando pelo diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e da avaliação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Este projeto de intervenção foi desenvolvido durante o Estágio Final, no período compreendido ente 18 de janeiro de 2021 e 21 de maio de 2021.

Através deste pretende-se a diminuição dos problemas identificados no âmbito da Obesidade Infantil, e a aquisição e o desenvolvimento de competências do EEESIP nesta área de forma a produzir ganhos em saúde, nomeadamente, na prevenção e tratamento da obesidade infantil.

2.2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A metodologia de projeto inicia-se pelo diagnóstico da situação, que visa a elaboração de um modelo descritivo do problema ou situação identificada sobre o qual pretendemos atuar e mudar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A obesidade tem-se revelado como uma ameaça/epidemia crescente a nível mundial devido à alteração dos padrões de vida nas últimas décadas. Apresenta maior prevalência em países desenvolvidos afetando adultos e crianças. Tem ganho destaque como um dos fatores mais significativos nos problemas de saúde pública (World Health Organization, 2000).

Mais de um terço da População mundial hoje são afetados pela obesidade. Esta trata-se de uma doença complexa, multifatorial e amplamente evitável. Estima-se que até 2030, 38% da população adulta do mundo estará acima do peso e outros 20% serão obesos. Nos Estados Unidos da América, as projeções apresentam um cenário mais negro, apontando para que

mais de 85% dos adultos apresentaram sobrepeso ou obesidade até 2030 (Hruby & Hu, 2016).

A obesidade é considerada um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade, afetando mais de metade da população adulta em Portugal e pela sua relação com a prevalência de determinadas patologias na saúde da população, como é o caso da diabetes *mellitus*, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e o cancro (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Porém, a obesidade é transversal a todas as faixas etárias, influenciada pelos estilos de vida adotados ao longo de todo o ciclo vital, pelo que a prevalência de excesso de peso infantil se constitui como um indicador de saúde, com impacto na sustentabilidade do Sistema de Saúde (Ministério da Saúde, 2018).

Na última avaliação realizada pela COSI Portugal, publicada no ano 2019, foram avaliadas 7210 crianças, entre os 6 e 8 anos de idade, sendo 48,9% raparigas e 51,1% rapazes. Obtiveram-se os seguintes resultados: 29,6% da população estudada apresentava excesso de peso e 12,0% da população infantil é obesa. No entanto, assistiu-se a uma redução de 8,3% na prevalência de excesso de peso infantil e de 3,3% na prevalência da obesidade infantil comparativamente com o ano de 2008 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Verificou-se um aumento da prevalência de obesidade proporcional ao aumento da idade, ou seja 15,3% das crianças com 8 anos apresentavam obesidade e 5,4% obesidade severa e as crianças com 6 anos de idade apresentavam 10,8% de obesidade e 2,7% apresentavam obesidade severa (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

De acordo com o estudo realizado em 2019 pela COSI, foi possível identificar a distribuição da prevalência das crianças com obesidade pelo território nacional, assim, a região que apresentou menor prevalência de excesso de peso infantil foi o Algarve com uma taxa de 21,8%. Em contrapartida, a região com maior prevalência foi a região dos Açores, com uma taxa de 35,9% e de salientar que a região do Alentejo foi a que apresentou menor prevalência de obesidade infantil com uma taxa de 9,7% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Para efetuar uma avaliação sobre a pertinência do tema escolhido para a realização do projeto de intervenção foi efetuada na primeira semana de estágio uma reunião informal com

a enfermeira orientadora, a enfermeira chefe e diretora clínica. Com esta reunião constatamos que se trata de um tema bastante interessante e pertinente quando se observam as estatísticas e os problemas associados à Obesidade Infantil, pelo que

> "o diagnóstico da situação de saúde tem um papel justificativo das actividades realizadas nos serviços, justificativo como padrão de comparação no momento da avaliação e, consequentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço alcançado com as medidas implementadas." (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.10).

2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a realização do Diagnóstico de situação e a identificação dos problemas prioritários, procede-se à próxima etapa que é a definição dos objetivos do projeto. Os objetivos vão desde o geral ao mais específico, focando-se nos resultados que se pretende alcançar. Estes devem ser rigorosos e exatos de forma a evitar problema na avaliação dos mesmos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Antes de mais cabe-nos referir um ponto fundamental que se trata da definição da população-alvo do projeto, que são os seus pais/cuidadores de crianças dos 3 aos 6 anos de idade, com percentil de IMC ≥ 85.

Após a identificação do problema definimos como o **objetivo geral** do presente projeto:

- Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil.

Na mesma linha orientadora foram definidos como **objetivos específicos**:

- Efetuar a avaliação antropométrica das crianças com idade compreendida entre 3 e 6 anos de idade;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos;
- Encaminhar as crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos, para os Cuidados de Saúde Primários.

Para se proceder no fim a avaliação dos objetivos específicos, serão apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3, com os respetivos Objetivos, Indicadores e Metas do projeto.

Tabela 1 – Representação da fórmula de avaliação antropométrica das crianças com idade compreendida entre 3 e 6 anos de idade

Objetivo 1	**Efetuar a avaliação antropométrica das crianças com idade compreendida entre 3 e 6 anos de idade**
Indicador	$\frac{N.^{\underline{o}}\ de\ Crianças\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade\ avaliadas\ antropometricamente}{N.^{\underline{o}}\ Total\ de\ crianças\ internadas\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade}\ x\ 100$
Meta	Que 80% das crianças com idade compreendidas entre 3 e 6 anos de idade sejam avaliadas antropometricamente

Fonte: Elaborado pelas autoras

Tabela 2 – Representação da fórmula de avaliação da sensibilização dos pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos

Objetivo 2	**Sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos**
Indicador	$\frac{N.^{\underline{o}}\ de\ pais\ /\ cuidadores\ de\ crianças\ com\ \mathrm{IMC} \geq \mathrm{p85}\ e\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade}{N.^{\underline{o}}\ Total\ de\ pais\ /\ cuidadores\ de\ crianças\ internadas\ com\ \mathrm{IMC} \geq \mathrm{p85}\ e\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade}\ x\ 100$
Meta	Que 80% dos pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos participem na ação de educação para a saúde (individual)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Tabela 3 – Representação da fórmula do encaminhamento das crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos para os Cuidados de Saúde Primários

Objetivo 3	**Encaminhar as crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos, para os Cuidados de Saúde Primários**
Indicador	$\frac{N.^{\underline{o}}\ de\ crianças\ com\ \mathrm{IMC} \geq p85\ e\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade\ encaminhadas\ para\ os\ Cuidados\ de\ Saúde\ Primários}{N.^{\underline{o}}\ Total\ de\ crianças\ internadas\ com\ \mathrm{IMC} \geq p85\ e\ com\ idade\ compreendidas\ entre\ os\ 3\ e\ 6\ anos\ de\ idade} \times 100$
Meta	Que 80% das crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos sejam encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Elaborado pelas autoras

2.4 – PLANEAMENTO

O Planeamento pertence a terceira fase do projeto onde é elaborado um plano detalhado do mesmo. Durante esta planificação é efetuado o levantamento dos recursos necessários, onde são definidas as atividades, bem como a definição dos métodos de pesquisa e respetivo cronograma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Após a validação do problema identificado pela equipa de enfermagem, da enfermeira orientadora, da enfermeira chefe e da Diretora de Serviço para a implementação do projeto, procede-se ao pedido à Comissão de Ética (Anexo I) e ao Concelho de Administração do Hospital (Anexo II), ao que foi dado parecer positivo (Anexos III e IV, respetivamente).

Para a concretização do objetivo, será necessário a aplicação de um instrumento de colheita de dados (Apêndice I), onde consta uma primeira parte constituída por dados de caracterização, onde são avaliados a idade, género, grau de parentesco, habilitações literárias, condições económicas, residência dos pais/cuidadores, e o peso do filho ao nascer, associado ao Questionário de Alimentação Infantil (QAI) – que permite avaliar o conhecimento dos pais/cuidadores relativamente a hábitos alimentares e atividade física. Este questionário será aplicado aos pais/cuidadores das crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade com IMC ≥ p85 de forma a avaliar o conhecimento relativo a alimentação e atividade física. Posteriormente serão efetuadas ações de educação sobre alimentação saudável e exercício físico de forma individualizada, uma vez que nos encontramos em plena pandemia, sendo que o plano de contingência Nacional não permite

o ajuntamento de pessoas. Após as ações de educação será aplicado novamente o mesmo questionário para verificar se houve evolução nos conhecimentos.

O QAI é um instrumento de avaliação para pais/cuidadores com crianças em idade pré-escolar, e a sua construção baseou-se numa revisão da literatura, e as suas afirmações abordam aspetos como as características alimentares/grupos alimentares com implicações para a saúde; comportamentos que medeiam as práticas alimentares diárias; atitudes fundamentadas em crenças alimentares culturais e familiares; conhecimentos nutricionais básicos que norteiam o quotidiano das pessoas para os diversos grupos alimentares; e a importância da atividade física, constituído por 55 afirmações para responder como verdadeiro ou falso (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012). Tendo tido parecer positivo pela autora para a sua aplicação (Anexo V).

Com este projeto de intervenção pretendemos empoderar os pais/cuidadores, através do diagnóstico precoce das crianças com IMC ≥ p85, assegurando desta forma a promoção e o desenvolvimento infantil saudável.

De forma a ir ao encontro dos objetivos propostos a atingir, com o intuito de gerar mudança ao nível da saúde, e com vista a reduzir o problema de saúde na população alvo, foi elaborado um cronograma de implementação das atividades que vão ser desenvolvidas (Apêndice II), com início em janeiro de 2021 e término em julho de 2021.

Para proceder a elaboração do projeto não podemos descurar os meios necessários, como recursos humanos, equipamentos, materiais necessários para realização das atividades e os instrumentos de colheita de dados. Posto isto, serão utilizados questionários (pré e pós intervenção), uma base de dados (*Microsoft Excel*) onde serão colocados todos os dados antropométricos das crianças avaliadas, os dados de caracterização e os resultados do questionário (pré e pós intervenção), bem como os encaminhamentos realizados para os CSP.

Em relação aos recursos humanos envolvidos no projeto são as crianças com idade compreendia entre os 3 e 6 anos de idade e seus pais/cuidadores, a Enfermeira Especialista Orientadora e por nós.

Relativamente aos recursos materiais, foram utilizados, material escolar (folhas, caneta, computador, impressora e lápis de cor), para a realização dos pedidos das autorizações para a aplicação do projeto, do consentimento informado, os instrumentos de colheita de dados e

das ações de educação para a saúde. E ainda em relação ao equipamento e material para avaliação do IMC (balança e estadiómetro) que recorremos ao existente no serviço.

No que diz respeito aos recursos financeiros estes foram reduzidos, uma vez que os recursos humanos utilizaram o horário de trabalho e os recursos materiais ficaram a cargo da Enfermeira Mestranda.

É importante salientar que qualquer planeamento é um processo contínuo e sujeito a mudanças, ajustamentos e aperfeiçoamento com vista a atingir os objetivos propostos e reduzir o problema de saúde identificado (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.5 – EXECUÇÃO

Após a realização da fase de planeamento, procede-se a etapa da execução, onde vai ser colocado tudo o que foi planeado em prática, ou seja, tudo o que foi mentalmente construído passa a ser uma situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A implementação do projeto de intervenção, Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica teve início no mês de março de 2021 até ao fim da segunda semana do mês de abril 2021.

Com a realização do diagnóstico da situação e os objetivos delineados, houve a necessidade de efetuar uma pesquisa sobre a temática da Obesidade Infantil nas bases de dados que suportou o enquadramento conceptual para o desenvolvimento do projeto, bem como as estratégias mais eficazes, e as idades mais adequadas para ser trabalhada. Perante esta última optamos por escolher os pré-escolares (dos 3 até aos 6 anos de idade), uma vez que as crianças que apresentam excesso de peso entre os 3 e 5 anos de idade têm cinco vezes mais hipóteses de estar com excesso de peso ou obesidade na adolescência e têm maior risco de desenvolver problemas crónicos de saúde ao longo da vida (Alkon, et al., 2014). Além disso, devemos ter especial atenção no que diz respeito as quantidades, qualidades, frequência e diversificação alimentar nos primeiros cinco anos de vida de forma a promover um desenvolvimento e crescimento saudável (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012).

Assim, foi avaliado o IMC a todas a crianças com idade compreendida entre os 3 e 6 anos internadas no serviço, de forma a detetar precocemente as crianças com excesso de peso ou obesidade.

Para a concretização do objetivo, foi necessário a aplicação de um questionário - QAI, e colheita de dados, para avaliar o conhecimento dos pais/cuidados relativos a hábitos alimentares e atividade física. Este questionário foi aplicado aos pais/cuidadores das crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade com IMC ≥ p85 de forma a avaliar o conhecimento relativo a alimentação. Foi planeado a execução de ações de educação para a saúde, sendo que foram elaborados os respetivos *PowerPoint* – Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos Alimentares Saudáveis e Atividade Física – (Apêndice III) e Plano de Sessão (Apêndice IV), ainda em fase de planeamento, no entanto, de acordo com a atual situação pandémica tivemos que optar por sessões individuais, sendo necessário elaborarmos um Guia de Alimentação Saudável – Guia sobre a Alimentação Saudável nas Crianças dos 3 anos 6 anos de Idade - (Apêndice V) que facilitou as ações de educação. Este guia foi dado aos pais/cuidadores para que, sempre que necessário e sempre que tivessem dúvidas, pudessem consultá-lo, visto ser um instrumento com informação simplificada, mas completa, acessível a todos. Após as ações de educação individuais foi aplicado novamente o mesmo questionário aos pais/cuidadores para verificar se houve ganho nos conhecimentos.

Todos os participantes assinaram o consentimento informado, esclarecido e livre, tendo por base a Declaração de Helsínquia (Apêndice VI).

As crianças tal como a população em geral devem fazer uma alimentação completa, variada e equilibrada, de forma a cumprir as necessidades nutricionais. A Roda dos Alimentos, é considerada uma excelente ferramenta para a educação para a saúde e orientação das escolhas alimentares, que permite uma noção das porções de cada grupo, favorecendo uma dieta equilibrada e variada. A porções das crianças mais pequenas devem ser calculadas pelo menor número apresentado nas porções de cada grupo. (Ravasco, Ferreira & Camilo, 2011; Direção-Geral da Saúde, 2019). A Rodas dos Alimentos, com a sua forma circular permite uma interpretação fácil, imediata e esclarecedora relativamente as porções, quanto à sua quantificação para ser transmitida à população (Barbosa, Pimenta & Real, 2017).

Na idade pré-escolar é difícil a criança compreender conceitos abstratos, como por exemplo a definição de saúde ou a importância da nutrição, desta forma "a educação alimentar deve basear-se em afirmações e exemplos concretos, sendo particularmente adequada a utilização de fotografias, desenhos para colorir, jogos, modelos tridimensionais de alimentos e atividades que incluam alimentos" (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 83).

Uma vez que se tornou complicada a realização das ações educativas com crianças mais pequenas, pois apelavam muito pela atenção dos pais, achamos pertinente elaborar um Livro denominado "Vamos Colorir os Alimentos" (Apêndice VII) para as crianças colorirem, onde se encontravam os alimentos presentes na roda dos alimentos e assim se distraíssem durante a ação de educação, facilitando desta forma a atenção dos pais nos ensinos efetuados.

Foi efetuado o registo dos dados do peso, sexo, idade, altura e IMC, bem como o respetivo percentil no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, de todas as crianças com IMC ≥ p85 com uma chamada de atenção, para serem encaminhados para o respetivo médico e enfermeiro de família, para uma vigilância médica regular de forma a promover um crescimento e desenvolvimento saudável (Direção-Geral da Saúde, 2019). Assim a equipa de saúde fica responsável pelo seguimento ou referenciação para a consulta de nutrição, em casos que assim o exijam. Todos estes profissionais de saúde, são responsáveis por "promover e supervisionar a oferta de uma alimentação adequada e promover um estilo de vida ativo, visando a promoção da saúde para a vida (Direção-Geral da Saúde, 2019, p.18).

2.6 – AVALIAÇÃO

Ao longo do período compreendido entre o dia 1 de março de 21 e o dia 9 de abril de 2021 foram avaliadas antropometricamente (peso, altura e IMC) um total de 17 crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade em regime de internamento. Após aplicação dos critérios de inclusão (IMC ≥ P85) conseguiu-se uma amostra de 11 crianças.

Após a seleção da amostra foi aplicado o instrumento de colheita de dados aos pais/cuidadores das respetivas crianças, que consta de duas partes. A primeira referente aos dados de caracterização dos pais/cuidadores e uma segunda parte que se refere ao QAI com o intuito de avaliar o conhecimento inerente a temática da alimentação saudável e a da atividade física, constituído por 55 afirmações.

No que se refere aos dados de caracterização, podemos verificar que participaram 10 mães (91%) e 1 pai (9%), com uma média de idade de 35 anos, em que 9% afirmava ter como habilitação literária entre os 4 a 6 anos de escolaridade, 9% entre os 7 a 9 anos de escolaridade, 36% entre os 10 a 12 anos de escolaridade, 36% eram licenciados e 9% eram mestres, tal como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Habilitações Literárias dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto

Habilitações Literárias	N.º	(%)
Inferior a 4 anos de Escolaridade	0	0%
4 a 6 anos de Escolaridade	1	9%
7 a 9 anos de Escolaridade	1	9%
10 a 12 anos de Escolaridade	4	36%
Bacharelato	0	0%
Licenciatura	4	36%
Mestrado	1	9%
Doutoramento	0	0%
Total	**11**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

Destes 11 pais/cuidadores, 9 (81,8%) referiram ter condições económicas, sendo que os 2 restantes (18,2%) afirmaram não ter (Tabela 5).

Tabela 5 – Condições Económicas dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto

Condições Económicas	N.º	(%)
Sim	9	81,8%
Não	2	18,2%
Total	**11**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

No presente instrumento de colheita de dados, foi também questionado a área de residência dos participantes. Constatou-se que grande parte dos pais/cuidadores viviam em Cidade (81,8%), sendo que 9,1% vivia numa Vila e os restantes 9,1% vivia na Aldeia (Tabela 6).

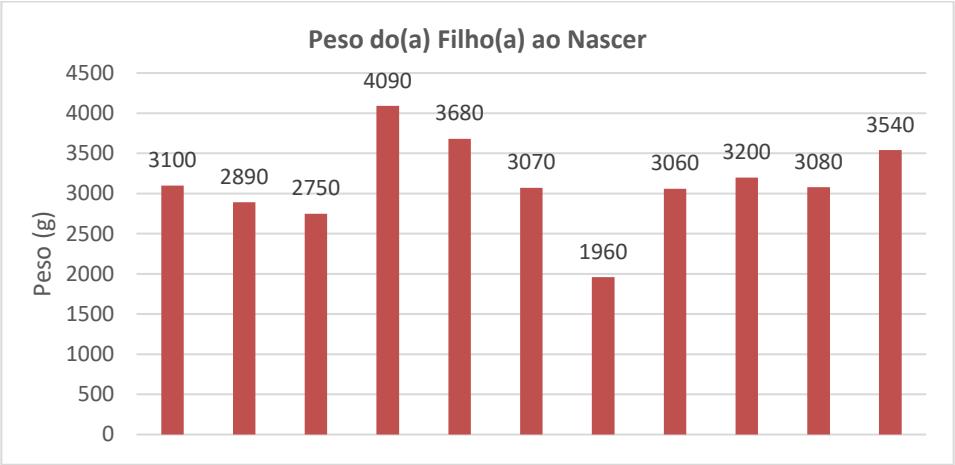
Tabela 6 – Residência dos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto

Residência	N.º	(%)
Cidade	9	81,8%
Vila	1	9,1%
Aldeia	1	9,1%
Total	**11**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

A Figura 2 representa a média do peso do filho ao nascer foi de 3080gr.

Figura 2 - Peso do(a) Filho(a) ao Nascer



Fonte: Elaborado pelas autoras

Na segunda parte do instrumento de colheita de dados, tal como já referido anteriormente, reporta-se ao QAI, onde foram avaliados os conhecimentos em relação à alimentação infantil e à prática da atividade física. Numa primeira abordagem foram aplicados aos 11 pais/cuidadores (N=11) o questionário sem qualquer tipo de intervenção pedagógica, tendo obtido os seguintes resultados (Tabela 7):

Tabela 7 - Resultados da aplicação do primeiro Questionário QAI aos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto

Primeiro QAI	N.º	(%)
Respostas Erradas	111	18,3%
Respostas Certas	494	81,8%
Total	**605**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

Num total de 605 afirmações (55 afirmações em cada questionário), houve um total de 111 respostas erradas e um total de 494 respostas certas, traduzindo-se em 18,3% e 81,7%, respetivamente.

Após a aplicação do primeiro questionário QAI procedemos às sessões educativas individualizadas, tal como mencionado na metodologia do projeto, seguindo-se a avaliação

das sessões através da aplicação do mesmo questionário QAI pela segunda vez. Desta forma, consegue-se avaliar a eficácia pedagógica das sessões realizadas.

Assim obtivemos os seguintes resultados com a aplicação do segundo questionário (Tabela 8):

Tabela 8 - Resultados da aplicação do segundo Questionário QAI aos Pais/Cuidadores Participantes do Projeto

Segundo QAI	N.º	(%)
Respostas Erradas	35	5,8%
Respostas Certas	570	94,2%
Total	**605**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

Constatamos que num total de 605 afirmações (55 afirmações em cada questionário), houve um total de 35 respostas erradas e um total de 570 respostas certas, traduzindo-se em 5,8% e 94,2%, respetivamente.

Assim foi notória a o ganho de conhecimento quando comparados os dois momentos da aplicação do questionário, uma vez que, houve um ganho de 12,4% em relação aos dois questionários.

Em relação ao encaminhamento constatamos que todas as crianças foram encaminhadas para os respetivos enfermeiros e médicos de família dos CSP através do Boletim de Saúde Infantil, onde constatava a data de avaliação, o IMC com o respetivo percentil e o respetivo ensino realizado (Tabela 9).

Tabela 9 – Encaminhamentos das crianças para os Cuidados de Saúde Primários realizados

Encaminhamento	N.º	(%)
Sim	11	100%
Não	0	0%
Total	**11**	**100%**

Fonte: Elaborado pelas autoras

Foi também realizada uma correlação com as variáveis em estudo, vulgo, as habilitações literárias, as condições económicas, a residência e o conhecimento dos pais/cuidadores sobre

a alimentação saudável e a da atividade física infantil, antes e após a sessão educativa realizada.

Da análise da tabela 10, podemos verificar que, em regra, quanto maior a escolaridade dos pais/cuidadores maior é o número de respostas certas obtidas aquando da aplicação do questionário QAI, salvo a exceção do grupo dos 7 a 9 anos de Escolaridade. Esta exceção poderá estar relacionada com o facto de a amostra ser pouco significativa.

Assim numa primeira aplicação do questionário QAI o número de respostas certas oscila entre os 72,7% e os 94,5%, o que per si já são percentagens com expressão de conhecimento sustentado em relação à alimentação saudável e à atividade física infantil.

O ganho de conhecimento dos pais/cuidadores após a sessão educativa é diretamente proporcional à habilitação literária com percentagens de respostas certas que oscilam entre os 89,1% e os 98,2%, mantendo-se a exceção no grupo de pais/cuidadores com 7 a 9 anos de idade, que demonstrou uma percentagem de 96,4% de respostas certas.

Tabela 10 - Correlação das Habilitações Literárias dos Pais/Cuidadores com o QAI

Correlação Habilitações Literárias/QAI	Respostas Certas (%)	
	Antes	Após
4 a 6 anos de Escolaridade	74,5%	89,1%
7 a 9 anos de Escolaridade	72,7%	96,4%
10 a 12 anos de Escolaridade	76,4%	93,2%
Licenciatura	87,7&	95%
Mestrado	94,5%	98,2%

Fonte: Elaborado pelas autoras

Da análise da Tabela 11, constata-se que o poder económico traduz maior conhecimento dos pais/cuidadores em relação à alimentação saudável e à atividade física infantil, com uma percentagem de 82,4% de respostas certas, na aplicação do questionário, sem qualquer intervenção pedagógica, em comparação com os 78,2% de respostas certas dos pais/cuidadores que referiram não ter condições económicas na altura do estudo.

No entanto, ambos os grupos demostraram ganho de conhecimento após a sessão educativa individualizada. Assim, os pais/cuidadores com condições económicas obtiveram no final 95,4% de respostas certas, sendo que os pais/cuidados sem condições económicas obtiveram 89,1%.

Tabela 11 - Correlação das Condições Económicas dos Pais/Cuidadores com o QAI

Correlação Condições Económicas/QAI	Respostas Certas (%)	
	Antes	Após
Sim	82,4%	95,4%
Não	78,2%	89,1%

Fonte: Elaborado pelas autoras

Da correlação efetuada entre a residência dos pais/cuidadores e do nível de conhecimento estudado (Tabela 12), podemos verificar que aqueles que apresentam maior nível de conhecimento são os pais/cuidadores que residem na Aldeia, com uma percentagem de respostas certas de 94,5%, comparativamente aos 92,7% (Vila) e os 80,5% (Cidade), quando foi aplicado a primeira vez o QAI.

Após a intervenção pedagógica, os pais/cuidadores que residem na Aldeia e na Vila, obtiveram uma percentagem de respostas certas de 98,2%, comparativamente aos 93,3% (Cidade). Ambos mostraram ganho de conhecimento com a sessão educativa realizada.

Tabela 12 - Correlação da Residência dos Pais/Cuidadores com o QAI

Correlação Residência/QAI	Respostas Certas (%)	
	Antes	Após
Cidade	80,5%	93,3%
Vila	92,7%	98,2%
Aldeia	94,5%	98,2%

Fonte: Elaborado pelas autoras

A avaliação constitui uma parte importante de todo o processo de Enfermagem, pois é este que permite efetuar um planeamento de todas as intervenções de enfermagem e, consequentemente, os resultados expectáveis. O ensino é uma ferramenta muito utilizada em enfermagem, pois esta dota as pessoas com conhecimentos e recursos necessários para prevenir e/ou promover comportamentos, que lhes permitem obter uma capacidade de optar por hábitos salutares.

Ao longo da execução do estudo verificamos que embora a avaliação do IMC fosse realizada por parte dos profissionais de saúde, estes não adotavam um plano preventivo ou de tratamento aquando da presença de crianças com IMC ≥ P85. Existem autores que

corroboram e referem, ainda, que falta identificar as crianças com sobrepeso e obesidade, bem como ajudar as respetivas famílias a desenvolver ferramentas e conhecimentos inerentes a temática da obesidade infantil e a atividade física, bem como acompanhar a evolução da criança (Larsen, Mandleco, Williams & Tiedeman, 2006; Ferreira et al., 2019).

No presente estudo foi demonstrado que a sessão educativa individualizada aos pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ P85, após uma pré-avaliação dos conhecimentos, com recurso ao QAI, foi positiva, havendo um aumento dos conhecimentos dos pais/cuidadores em estudo, tal como foi evidente em outros estudos (Larsen, Mandleco, Williams & Tiedeman, 2006; Pas, Soder & Deon, 2019). Para tal foi utilizado um guia de apoio, previamente elaborado, com todos os temas abordados nos questionários, e que foi entregue aos pais/cuidadores como ferramenta de auxílio em caso de dúvidas.

O enfermeiro perante uma situação de sobrepeso e obesidade na criança necessita desenvolver ações de orientação, tanto para a criança, bem como para a sua família. O encaminhamento para outros profissionais de saúde, que pertencem à equipa multidisciplinar, deve ser realizada, para que em conjunto possam cuidar da criança/família (Ferreira et al., 2019; Farpour-Lambert et al., 2019).

Ao longo do estudo foi também possível verificarmos que existem fatores predisponentes relacionados com os pais/cuidadores que influenciam a prevalência do sobrepeso ou obesidade dos filhos. No presente estudo, quando comparada a habilitação literária dos pais/cuidadores e o conhecimento destes, verificámos que quanto maior a habilitação literária dos pais/cuidadores, maior é o nível de conhecimento dos participantes em relação à alimentação saudável e à atividade física dos filhos , no entanto, traduz um aumento do número de crianças com IMC ≥ P85, o que contrapõe alguns estudos, que referem que filhos de pais com escolaridade superior ao 9º ano apresentam menor risco de desenvolver obesidade (Lamerz et al., 2005; Muthuri et al., 2016), outros apenas apontam, tal como verificado no presente estudo, quanto maior a escolaridade dos pais maior a prevalência de obesidade dos filhos (Chora, 2013).

Outro aspeto é a evidência da influência das condições económicas com a prevalência da obesidade infantil. Verificámos que pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ P85, com condições económicas presentes no momento do estudo, demostraram maior conhecimento em ambas as fases da aplicação do questionário, no entanto e tendo em conta que a amostra foi de 11 crianças (N=11), e 82% destes eram progenitores de filhos com IMC ≥ P85, o que

não traduz a aplicabilidade dos conhecimentos. No entanto, esta correlação poderá não traduzir a verdadeira realidade pela amostra reduzida e não uniforme uma vez que os pais com condições económicas favoráveis apresentam menor risco e menor prevalência de ter filhos com sobrepeso e maior nível de conhecimento em relação à alimentação saudável e a atividade física infantil (Muthuri, 2016). Ao invés existem estudos que referem que filhos de pais com maior poder económico apresentam maior prevalência de sobrepeso e obesidade (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012; Hassan, El-Masry, Farid & Khalil, 2016).

Outra das variáveis em estudo foi a residência, que demonstrou que pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ P85 viviam maioritariamente em cidades, em comparação com os que viviam em vilas e aldeias. Um estudo realizado no Egito (Miranda et al., 2015) corrobora com os achados estatísticos do presente artigo, no entanto, há num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) (Ogden et al., 2018) onde é patente o oposto, havendo menor prevalência da obesidade em grandes urbanizações em comparação com as restantes.

Relativamente aos objetivos do projeto de intervenção, propostos inicialmente, podemos afirmar que, também foram cumpridos, tal como se pode evidenciar Tabelas 13, 14 e 15:

Tabela 13 – Avaliação do Objetivo Específico 1 do Projeto

Objetivo 1	**Efetuar a avaliação antropométrica das crianças com idade compreendidas entre 3 e 6 anos de idade**
Indicador	$\frac{17}{17} x\ 100 = 100\%$
Meta	Que 80% das crianças com idade compreendidas entre 3 e 6 anos de idade sejam avaliadas antropometricamente

Fonte: Elaborado pelas autoras

Verificámos que o objetivo foi atingido com 100% em relação aos 80% propostos. Todas as crianças com idade compreendida entre os 3 e 6 anos de idade internadas foram sujeitas a uma avaliação antropométrica.

Tabela 14 – Avaliação do Objetivo Específico 2 do Projeto

Objetivo 2	**Sensibilizar os pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos**
Indicador	$\frac{11}{11} x\ 100 = 100\%$
Meta	Que 80% dos pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos participem na ação de educação para a saúde (individual)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Todos os pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos participaram nas ações educativas individualizadas, tal como supramencionado.

Tabela 15 – Avaliação do Objetivo Específico 3 do Projeto

Objetivo 3	**Encaminhar as crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos, para os Cuidados de Saúde Primários**
Indicador	$\frac{11}{11} x\ 100 = 100\%$
Meta	Que 80% das crianças com IMC ≥ p85 e com idade compreendida entre os 3 e 6 anos sejam encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Elaborado pelas autoras

Em relação ao encaminhamento constatámos que todas as crianças foram encaminhadas para os respetivos enfermeiros e médicos de família dos CSP, conseguindo assim atingirmos o objetivo na plenitude.

Verificámos que os objetivos que nos guiaram nesse projeto foram atingidos na totalidade, demonstrando assim, que o esforço e dedicação trazem ganhos em saúde e dão-nos alento para continuar a apostar nesta área de intervenção.

2.7 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CAMPOS DE ESTÁGIO

No Curso de Mestrado em Associação, os estágios dividem-se em dois momentos, no Estágio I e Estágio Final. Em relação ao Estágio I, tivemos creditação devido aos anos de experiência na área dos CSP no âmbito da Saúde Infantil. Relativamente ao Estágio Final devido a pandemia, não foi possível iniciarmos o estágio nas datas estipuladas inicialmente, tendo havido necessidade de reajustar as datas segundo a disponibilidade dos Serviços e os nossos, por motivos de Plano de Contingência. Perante está situação, o Estágio final teve início no dia 18 de janeiro de 2021 até 21 de maio de 2021, encontrando-se dividido em três locais de estágio, sendo o primeiro na UCEN, o segundo no SIP, e o terceiro, e último no SUP, com uma duração de seis semanas em cada um deles.

Estes contextos de estágio foram, momentos importantes na aquisição de conhecimentos, permitido desta foram desenvolver as competências inerentes. Tendo por base um Projeto de Intervenção sobre a temática da Obesidade Infantil, consideramos importante manter como fio condutor da nossa aprendizagem especializada, dotando-nos, assim, de ferramentas transversais aos vários níveis de cuidados, mantendo uma abordagem holística do cuidar, permitindo intervir como futura EEESIP na prevenção do excesso de peso ou obesidade nas crianças.

Assim ao longo deste capítulo, iremos descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas em cada local de estágio, bem como os respetivos objetivos delineados em cada contexto.

2.8 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS

O nosso percurso de prática clínica, vulgo estágio, iniciou-se no dia 18 de janeiro de 2021 e teve término no dia 26 de fevereiro do mesmo ano na UCEN.

Torna-se necessário desenvolver competências no âmbito clínico, através da aplicação dos conhecimentos, anteriormente adquiridos nas aulas, para que se desenvolvam as competências necessárias e inerentes à área de especialidade.

Este percurso iniciou-se com medo, uma vez que, toda a envolvente de recém-nascidos (RN) internados em Unidades de Cuidados de nível II ou III, traz sempre uma incerteza de conseguirmos chegar aos objetivos propostos, pela complexidade dos cuidados.

Assim, o desenvolvimento das competências especificas do EEESIP no que diz respeito ao prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018), tornou-se o nosso dia-a-dia naquele local, pelo que foi necessário aprofundarmos os conhecimentos com recurso à leitura de artigos científicos atualizados, livros especializados na área e dirigir a nossa ação para o que nos era solicitado, vencendo a cada dia mais uma conquista na construção do "Ser" Enfermeiro Especialista.

Para este estágio foram delineados, a grosso modo, tendo em conta a situação pandémica vivida, como objetivos:

- Conhecer a Estrutura Física e Funcional da UCEN;
- Prestar cuidados ao RN e família na UCEN;
- Elaboração de um Guia Orientador para Profissionais de Saúde, sobre o Aleitamento Materno (Apêndice VIII).

O último objetivo surge no âmbito do combate à obesidade infantil, uma vez que existem estudos, como anteriormente enunciados, que a prevenção deve ser iniciada ainda em fase da amamentação, para promover um crescimento infantil saudável. E tendo em conta que não teríamos crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade para aplicar o nosso projeto de intervenção, recorremos à evidência para que indiretamente fosse aplicado, em contexto clínico, algo que justificasse o nosso objetivo de estudo.

Em relação ao primeiro objetivo **Conhecer a Estrutura Física e Funcional da UCEN**, podemos afirmar que se trata de um *Open Space*, onde o enfermeiro que está escalado para a prestação de cuidados tem visibilidade total sobre todas as unidades, permitindo desta forma garantir a segurança dos RN. Todas as Unidades estão dotadas de equipamentos que asseguram todos os níveis como a Via Área, Respiração e Circulação (ABC), vulgo, rampas de oxigénio e de ar comprimido, monitores cardíacos com leitura de tensão arterial invasiva e não invasiva e eletrocardiográfica e leitores de saturação periférica de oxigénio, que

permitem rapidamente identificar uma alteração do estado clínico levando a que seja necessário intervir com cuidados de suporte avançado de vida.

Quando isso acontece, existe uma área dedicada à reanimação, com ventilador mecanicamente invasivo, com todo o material de via área necessário para se proceder a uma entubação orotraquel, em caso de paragem respiratória (situação mais comum em RN), permitindo ter uma via área segura e eficaz. Todo o restante material encontra-se no carro de emergência, móvel e de acordo com a orientação emanada pela DGS – 008/2011 de 28/03/20111, que permite chegar a todos os locais que seja necessário (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Quando um RN é transferido de outro hospital é sujeito a uma análise para despiste de Staphylococcus aureus resistente à metilcilina (MRSA) e Enterobacteriaceae, condições clínicas muito comuns e com risco de infeção para os profissionais de saúde, pais e outros RN, pelo que se torna necessário isolar esses RN até a negatividade da análise. O isolamento de contacto é o método de isolamento mais eficaz, e nesta Unidade, os RN são colocados numa incubadora num quarto de isolamento vítreo que permite uma visualização bilateral, sem termos que nos equipar com o Equipamento de Proteção Individual (EPI) desnecessariamente. No entanto, sempre que necessário prestar cuidados existe EPI adequado e imediatamente antes de entrar no quarto.

O enfermeiro dispõe de uma bancada de trabalho com todo o material necessário, vulgo, medicação, diluentes, seringas, agulhas, cateteres, soros, entre outros, necessários à sua prestação de cuidados. A ressalvar que os medicamentos se encontram organizados alfabeticamente e tendo em conta a norma da DGS 020/2014, de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015, medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike (LASA)*, com o intuito de prevenir o erro associado a medicação (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Existem, também, dois ventiladores não invasivos (VNI) na modalidade de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), muito utilizados em crianças que necessitam apenas de um suporte ventilatório com uma pressão programada, vulgo pressão de suporte (PS), para que consigam manter as suas funções fisiológicas, nomeadamente regular o padrão respiratório, manter uma dinâmica diafragmática estável, prevenir o colapso alveolar e melhorar a *compliance* pulmonar, através da manutenção de uma pressão positiva constante, muito utilizado em RN com insuficiência respiratória global ou parcial.

Ainda em relação a estrutura física, afirmamos existir um corredor conjunto que dá acesso ao Bloco de Partos e ao SIP, permitindo desta forma, tornar o acesso a UCEN rápido caso seja necessário.

A verificação dos equipamentos e estruturas são executadas de acordo com o protocolo de serviço, existindo uma folha de registo, onde consta a conformidade e o responsável pela aferição.

Em relação à restante estrutura física, esta é semelhante as restantes existindo uma copa para profissionais de saúde, uma copa de leites, o quarto de alojamento conjunto (capacidade para duas mães, dando preferência as mães que amamentam), uma sala de despejo/sujos, dois gabinetes médicos, três vestuários com casa de banho, e uma casa de banho para profissionais.

A equipa multidisciplinar integra 7 pediatras, 7 enfermeiros especialistas, 15 enfermeiros generalistas, 11 assistentes operacionais, comuns a UCEN e ao SIP. O psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, técnico de serviço social e administrativos dão apoio à unidade sempre que solicitados.

Para darmos resposta ao objetivo **Prestar Cuidados ao RN e Família na UCEN**, foi necessário investir na busca de novos conhecimentos sobre as diversas patologias mais comuns, de forma a termos os conhecimentos necessários para aplicar na prática, com o objetivo de transformar a forma de cuidar, de generalista para especialista, com o intuito de prestar cuidados de excelência baseados na evidência. Neste contexto, as aprendizagens constituem o pilar do EEESIP, pois exige um nível de conhecimento elevado e complexo pela diversidade de patologias e o seu nível de gravidade. O EEESIP tem de ser capaz de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma requer perícia, competência e olho clínico para detetar sinais de alarme e de gravidade de forma a dar resposta ao possível agravamento da condição de saúde do RN o quanto antes possível.

São admitidas na UCEN, RN com 34 - 35 semanas de idade pós-menstrual, pelas mais variadas patologias/causas, como por exemplo por Prematuridade, Síndrome de Desconforto Respiratório (SDR) transitória, Hipotermia, Intolerância alimentar, Síndrome de Abstinência, Hiperbilirubinémia e Risco Infecioso/Sépsis. A alta clínica dos RNs também atende a alguns critérios que têm de ser respeitados, como por exemplo, a estabilidade clínica, a idade (após 36 semanas de idade pós-menstrual), o peso (aumento de peso de 15-

30g/dia, no mínimo 1800g a 2000g de peso), a autonomia alimentar (autonomia alimentar completa por mama ou biberão), a temperatura (capacidade de controlo da temperatura corporal no berço, vestido, os sinais vitais estáveis (ausência de bradicardia ou apneia nos últimos 7 dias, ou após 36 semanas de idade pós-menstrual) e a autonomia dos pais na prestação de cuidados.

As complicações causadas pela prematuridade são a principal causa de morte neonatal e para as crianças com menos de 5 anos a segunda principal causa de morte. Os prematuros têm maior risco de desenvolver problemas pela sua imaturidade, se não tiverem um tratamento adequado, apresentando maior risco de ter deficiência no futura e comprometimento da qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Assim, tivemos a oportunidade de desenvolver cuidados centrados no desenvolvimento, cuidados essenciais, que têm como objetivo favorecer o desenvolvimento neurosensorial e emocional do RN e diminuir o stress. Os RN são sujeitos a procedimento dolorosos, perfusões intravenosas, intubações, monitorizações, manipulações constantes, ruídos e luz que causam desconforto e stress. Desta forma prestamos sempre cuidados selando pelo bem-estar do RN utilizando todas as medidas descritas na literatura como benéficas para o bom desenvolvimento neurológico. De entre as medidas utilizámos a diminuição do ruido, da luz, o correto posicionamento de forma a contribuir para um bom desenvolvimento músculo-esquelético (posição semelhante à posição fetal) através da contenção, evitar a manipulação constante, aproveitando a altura da alimentação para prestar o máximo de cuidados possíveis, ou seja, programar os cuidados, favorecendo cuidados conjuntos (todos os profissionais) e o controlo da temperatura, mantendo o RN aquecido de forma a proporcionar conforto e bem-estar (Franck, s.d.).

Outra área que tivemos que aprofundar neste estágio foi a ventilação, invasiva e não invasiva, uma vez que a nossa realidade profissional se traduz a uma rampa de oxigénio com interfaces básicos, como os óculos nasais e máscaras de oxigénio simples para adultos que não permitem a regulação do FiO_2, associado aos litros de oxigénio. Desta forma, como já anteriormente referido a UCEN dispõe de dois VNI que foram utilizados por duas gémeas de termo por gemido e insuficiência respiratória, associado a adejo nasal e utilização dos músculos acessórios da respiração, evidente na retração costal. Após a colocação na incubadora e conectadas ao VNI na modalidade de CPAP, foi notório a estabilização

hemodinâmica e dos parâmetros respiratórios, com o tónus adequado, redução dos gemidos, da tiragem costal e adejo nasal.

Neste momento percebemos a importância da observação clínica, pois a clínica das gémeas demonstrou uma melhoria evidente, sem sequer existir uma gasometria prévia, pois o mais importante seria dar, efetivamente, um suporte ventilatório eficaz, ou seja, uma medida de *life-saving.*

Os RN internados em UCNE, são sujeitos a muitos processos dolorosos. O uso de intervenções no controlo da dor em pediatria permite ao enfermeiro desenvolver ações autónomas, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem e melhorando a qualidade dos cuidados prestados às crianças com dor, como por exemplo a utilização de técnicas não farmacológica, nomeadamente, o ambiente tranquilo (silencioso e pouca luz), a sacarose, a sucção não nutritiva, a amamentação e a técnica da contenção (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2018). A dor é hoje considerada como o 5º sinal vital, tal como refere a Circular Normativa n.º 09/2003 da DGS, definindo-a "como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre" (DGS, 2003, p.3). A eficácia no controlo da dor constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados, e este controlo deve iniciar-se desde o momento do nascimento, visto que os RN guardam memória da dor, e se a mesma não for tratada ou prevenida poderá acarretar implicações no seu neurodesenvolvimento (DGS, 2012). Assim, coube-nos a gestão diferenciada da dor e das suas medidas farmacológicas, bem como as não farmacológicas no combate da dor, exindo conhecimento e habilidade para as aplicar, visto serem medidas de recurso bastante valorizadas e importantes no alívio da dor e promoção do bem-estar da criança, de forma isolada ou em simultâneo com as farmacológicas, em situações potencialmente dolorosas (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Uma questão que nunca deve ser descorada são a presença dos pais. Os pais que tiveram um filho internado na UCEN demonstraram sempre stresse e angústia, traduzindo-se muitas vezes, numa experiência desgastante, assim, perante está realidade tornou-se importante envolver os pais nos cuidados aos RN, permitindo assim, o cuidado centrado na família, tornando-o foco do cuidado pediátrico. Na prestação de cuidados utilizamos, sempre, como base o modelo de Anne Casey na linha de condutora para os cuidados prestados, onde foi

negociado o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, nomeadamente no banho a amamentação, e em todas as atividades/cuidados possíveis.

Em relação ao último objetivo **Elaboração de um Guia Orientador para Profissionais de Saúde, sobre o Aleitamento Materno**, este foi desenvolvido tendo por base os objetivos do nosso projeto de intervenção. Tal como referido, anteriormente, não se enquadrando no objetivo geral, o mesmo tem vinculação indireta no que se refere aos *outomes* futuros, vulgo prevenção da obesidade infantil. Assim, consideramos pertinente a elaboração de um Guia Orientador denominado Aleitamento Materno: Guia Orientador para Profissionais de Saúde e de um folheto sobre a Amamentação (Apêndice IX), após uma reunião informal com a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe. Desta forma, promovemos a amamentação e prevenção do desmame precoce, e consequentemente a prevenção da obesidade infantil. A elaboração deste Guia teve como objetivo, dotar os profissionais com as ferramentas necessárias para dar resposta a dúvidas ou problemas relacionados com a amamentação e/ou as mamas, permitindo promover a amamentação, que deve ser promovida até aos 6 meses de idade exclusivamente (World Health Organization, 2017). Uma das competências do EEESIP é a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem apropriados (Ordem dos Enfermeiros, 2018), onde a promoção da amamentação se encontra incluída.

Sempre que a situação clínica e a estabilidade hemodinâmica o permitissem o RN era alimentado à mama ou com biberão com leite materno. No entanto, em alguns casos pela imaturidade, apesar da estimulação da sução e deglutição eles apresentavam sinais de cansaço. Nesses casos, para não causar maior instabilidade hemodinâmica, alimentávamos os RN com leite materno por sonda nasogástrica, utilizando o método de perfusão intermitente ou o método de declive. No entanto, sempre que possível era estimulado para que desenvolvesse o reflexo de deglutição seguro e eficaz.

Desta forma, podemos afirmar que este estágio foi rico em todos os domínios. Trouxe-nos conhecimento que permitiram desenvolver as competências necessárias para a obtenção do título de Especialista, bem como a de Mestre. O percurso faz-se caminhando, e cada pedra, cada obstáculo torna-se numa nova aprendizagem e faz-nos crescer a todos os níveis.

2.9 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Decorrido o primeiro estágio da UCEN seguiu-se mais uma etapa do percurso académico, desta vez no SIP, desde o dia 1 de março de 2021 até ao dia 9 de abril de 2021.

Este campo de estágio foi, sem dúvida, um excelente campo para desenvolver as competências especificas do EEESIP, além de ser um ano atípico devido a pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, que reduziu o número de internamentos de crianças. Mesmo assim, tivemos oportunidade de prestar cuidados a crianças com variadas doenças do foro médico-cirúrgico, desenvolvendo deste modo as competências de prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Delineámos como objetivo para este Estágio:

- Conhecer a Estrutura Física e Funcional do SIP;
- Prestar Cuidados Especializados às Crianças e Família no SIP;
- Elaboração de um Norma de Procedimento de Enfermagem, sobre o Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS (Apêndice X).

Para dar início a esta jornada, foi-nos exigido por questões de logística operacional e devido as restrições a vigorar nessa altura devido ao Covid-19, a assistir a uma ação de formação de Controlo de Infeção através da sua Plataforma de e-Learning, que o hospital disponibilizou. A referida ação encontrava-se composta por apresentação em formato de vídeo, documentos de apoio e avaliação do formando. Para a efetivação do estágio era obrigatório a obtenção de aprovação de 50% como resultado da avaliação. Considerei esta ação de formação como positiva e enriquecedora permitindo relembrar alguns conceitos e reciclar outros. A prevenção e controlo de Infeção é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde devem conhecer os meios de transmissão e como prevenir o risco de infeção adotando as Precauções Básicas do Controlo de Infeção que traduzem uma boa

prática de cuidados e padrões de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2013a; Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Em relação ao primeiro objetivo **Conhecer a Estrutura Física e Funcional do SIP**, podemos afirmar que o SIP é constituído por cinco enfermarias, sendo que uma delas é de isolamento destinado a crianças com Covid-19. Como plano de contingência o serviço dispõe ainda de uma outra enfermaria preparada e com as condições necessárias a ser transformada em isolamento caso exista a necessidade de se isolar uma criança pelas variadas situações clínicas, como por exemplo a tuberculose. Desta forma, e através das medidas universais de isolamento utilizadas consegue-se minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, que se podem ser por três vias de transmissão, a via aérea, a de gotículas e de contacto (direto e indireto).

Assim, o SIP dispõe de um total de três enfermarias disponíveis para os restantes internamentos, sendo que a distribuição das camas e dos berços pelas enfermarias é efetuada segundo as necessidades, existindo no total sete camas e sete berços.

O Posto de Enfermagem encontra-se localizado a meio do corredor de serviço e dispõe de todo o material necessário, vulgo, dois computadores para uso de profissionais, um armário com todo o material burocrático e os dossiers com as normas de procedimentos do serviço. É neste espaço que os profissionais de enfermagem passam grande parte do seu tempo na realização dos registos de enfermagem, permitindo também ter uma visualização do corredor, mantendo um ambiente seguro através do controlo das entradas e saídas de pessoas ao serviço.

O sistema de medicação existente no serviço é o sistema por unidose, preparado na farmácia hospitalar e reposto a cada 24 horas. Caso exista alguma alteração de medicação ao longo das 24 horas seguintes, existe no serviço um armário com medicação, ordenado alfabeticamente e tendo em conta a norma da DGS 020/2014, de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015, medicamentos LASA, com o intuito de prevenir o erro associado a medicação (Direção-Geral da Saúde, 2015).

É nesta sala, vulgo sala de trabalho onde é realizada a passagem de turno, permitindo a presença de uma total de 5 enfermeiros. O momento da passagem de turno é um momento respeitado por todos, uma vez que a transmissão da responsabilidade de cuidados é aqui iniciada. Por forma, a não haver divagação na passagem da informação, é utilizada uma folha

atualizada constantemente com informação pertinente, seguindo o ISBAR, de acordo com a Norma N.º 001/2017 de 08/02/201 da DGS, que serve de base (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A Copa, destinada aos pais para preparação dos leites dos seus filhos, onde se encontra todo o material necessário, bem como o micro-ondas, os termos com água quente e um frigorifico para guardarem todos os alimentos que necessitem de estar no frio, encontra-se localizada no corredor, e é de livre acesso.

O SIP, encontra-se no mesmo espaço físico da UCEN, sendo que a gestão do serviço é realizada pelo mesmo diretor de serviço e enfermeira chefe. Desta forma, consegue-se gerir os recursos humanos pelos diferentes serviços permitindo alocar mais ou menos profissionais de saúde num determinado setor dependendo da afluência do internamento e da UCEN. Permite, também, aos profissionais de saúde prestarem cuidados nos diversos setores, aumentando assim, o seu leque de ação e consequentemente os seus conhecimentos e competências.

Posto isto, a equipa multidisciplinar é constituída por 7 pediatras, 7 EEESIP, 15 enfermeiros generalistas, 11 assistentes operacionais e uma educadora de Infância. O psicólogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, dietista, técnicos de serviço social e administrativos dão apoio ao serviço sempre que for pedido a sua colaboração.

Para darmos resposta ao objetivo **Prestar Cuidados Especializados às Crianças e Família no SIP**, foi necessário investir na busca de novos conhecimentos sobre as diversas patologias mais comuns, de forma a termos os conhecimentos necessários para aplicar na prática, com o objetivo de transformar a forma de cuidar, de generalista para especialista, com o intuito de prestar cuidados de excelência baseados na evidência.

O motivo de internamento em Pediatria acontece pelas mais diversas patologias e que pela sua situação clínica necessitam de cuidados diferenciados que não podem ser realizados no domicílio ou em ambulatório. A hospitalização de uma criança/jovem é uma vivência com um momento gerador de stress, ansiedade e medo, mesmo quando se trata de internamentos curtos, possuí efeitos adversos tanto na criança e na família. Eles encontram-se separados do seu seio familiar, das suas rotinas diárias, onde se têm que adaptar a um ambiente novo e desconhecido. As crianças durante o internamento são submetidas a procedimentos que causam medo e dor (Bazzan, Milbrath, Silva, Tavares, Santos & Thomaz, 2020; Barros, Lourenço, Nunes, & Charepe, 2021).

A arte do EEESIP está focada nos cuidados centrados na família e nos cuidados atraumáticos, orientados pela prática baseada na evidencia (Bazzan, Milbrath, Silva, Tavares, Santos & Thomaz, 2020), perante esta realidade tentamos sempre manter um diálogo com a criança adequado a sua faixa etária e nível de desenvolvimento, e família, de forma a mantê-los informados e orientados sobre todos os procedimentos e tratamentos, o esclarecimento de todas as dúvidas e transmissão de confiança. A relação entre a enfermeira e criança/família é imprescindível, e deve ser baseada no respeito, na honestidade e na comunicação aberta (Bazzan, Milbrath, Silva, Tavares, Santos & Thomaz, 2020). Os cuidados centrados na família são uma base importante na prestação de cuidados à criança/jovem, desta forma tentamos sempre manter a participação ativa dos pais e da criança em todo o processo de hospitalização, envolvendo-os nos cuidados aos seus filhos, de forma a reduzir a ansiedade e os medos. "O modelo conceptual de cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família" (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.9). Assim como futura EEESIP, as intervenções realizadas de forma a minimizar o impacto causado pela hospitalização da criança, foram centrados na adaptação fisiológica, ou seja, na redução da ansiedade e medo, proporcionando um acolhimento esclarecedor, uma escuta ativa, sobre os seus medos e receios, recorrendo ao uso de estratégias e medidas de conforto, proporcionando desta forma um ambiente mais acolhedor e calmo, propício para o bem-estar da criança e família, e promoção da parentalidade.

Os tratamentos são realizados na sala de tratamento, salvo em algumas exceções, como no caso da criança não poder efetuar levante ou se encontrar em regime de isolamento. Entre os tratamentos e técnicas que se efetuam na sala de tratamentos, destacamos a realização de pensos, a colheita de sangue para análises e a punção de um acesso venoso periférico. Os procedimentos dolorosos, como já foi supramencionado, são grandes geradores de ansiedade e de medo nas crianças/jovens, desta forma todos os procedimentos causadores de dor foram realizados com recurso a estratégias farmacológicas (mediante prescrição médica) e não farmacológicas. São várias as medidas não farmacológicas mencionadas no Guia Orientador de Boa Prática, de forma a diminuir a dor durante os procedimentos dolorosos, adequadas e ajustadas as várias faixas etárias, como no caso dos RN, onde a presença dos pais, a redução do ruído e luz, as canções de embalar, a sucção não nutritiva, o embalo, o "colinho", carícias,

massagens terapêuticas, leite materno, sacarose a 24%, posicionamento adequado (contenção e rolo de posicionamento) e método canguru. Na idade pré-escolar, ouvir histórias, ouvir música familiar, estratégias de relaxamento, brincadeiras lúdicas e terapêuticas e o brinquedo favorito. Na idade escolar a respiração lenta e profunda, técnicas de relaxamento, brincadeira lúdica e terapêutica, massagem, leitura, moldagem e atividade favorita. Nos adolescentes o fornecimento de informação antecipatória, a distração (leitura, música, vídeos ou televisão), a respiração lenta, e técnicas de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Ao longo do estágio utilizamos sempre como medidas não farmacológicas no alívio da dor, através da presença dos pais, o embalo, o "colinho", a administração de sacarose a 24%, e a sucção não nutritiva, aquando da punção para colheita de sangue ou para a colocação do acesso venoso periférico, de forma a minimizar aquele momento doloroso e traumático nos bebés.

Quando sabemos previamente "que um procedimento vai ser doloroso, devemos fazer tudo para evitar a dor, utilizando de preferência mais do que um processo e recorrendo à combinação de diferentes métodos farmacológicos e não farmacológicos" (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 31). Na criança a técnica não farmacológica mais utilizada foi a da distração, utilizado a música para crianças a partir dos 6 anos de idade e a bola de sabão e o brinquedo favorito dos 2 até aos 6 anos de idade. Para além das técnicas não farmacológicas nestas idades, no serviço associam a técnica farmacológica, como é o caso do penso de Emla (lidocaína e prilocaína) e o spray de lidocaína, como adjuvantes as técnicas não farmacológicas. Nos jovens as técnicas não farmacológicas mais utilizadas foram a técnica da respiração lenta, ouvir música e ver televisão, utilizando também o recurso a técnicas farmacológicas como a lidocaína e o cloreto de etileno. A gestão da dor e o bem-estar da criança são da competência do EEESIP, utilizando medias farmacológica e não farmacológicas de forma a alivar a dor, através do conhecimento e habilidades na utilização destas medidas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A referir que durante o estágio, tivemos a oportunidade de visitar dois dias o Hospital Dia e Consultas Externas de Pediatria, traduzindo um momento enriquecedor para o nosso percurso de desenvolvimento de competências. Durante esses dois dias, foi-nos dada a oportunidade de efetuarmos colheitas de sangue, consultas de enfermagem de apoio às consultas médicas de especialidade, onde avaliamos crianças recorrendo aos dados

antropométricos, e recolhemos informação pertinente para a promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ou seja, foram efetuados ensinos sobre a alimentação saudável, através da educação de hábitos alimentares saudáveis de forma a prevenir o excesso de peso e a obesidade, e os restantes cuidados antecipatório e os parâmetros a avaliar segundo a cronologia das consultas referentes a idades-chaves contemplados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Em relação ao último objetivo **Elaboração de um Norma de Procedimento de Enfermagem, sobre o Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS**, afirmamos que teve como ponta de partida a necessidade sentida em estágio na uniformização do registo de vacinas administradas em regime de internamento ou de ambulatório, vulgo Hospital de Dia. As vacinas mais frequentemente administradas são as do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) e a Vacina Anti-Sarampo, Anti-Parotidite e Anti-Rubéola (VASPR) quando havia suspeita de alergia a proteína do ovo.

Estando diretamente ligada como Responsável pela Vacinação no meu local de trabalho, consideramos que a elaboração desta norma permitia a eficiência do registo e da gestão da vacinação a nível local, regional e nacional, bem como a melhoria da qualidade de informação sobre o histórico de vacinação.

Após a realização da Norma, a Enfermeira Chefe considerou que a mesma devia de ser disseminada para outros serviços, como é o caso do Serviço de Obstetrícia, pelo que a mesma foi enviada para Comissão da Qualidade e Segurança do Doente do Hospital para validação.

Assim, e com o término deste estágio, consideramos que este nos permitiu crescer a nível pessoal e profissional, desenvolvendo as competências propostas e necessárias para a construção do meu futuro "Eu", vulgo Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ficamos assim cada vez mais perto do fim deste encantador caminho de crescimento profissional e pessoal.

2.10 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O derradeiro estágio do nosso percurso de aprendizagem iniciou-se no dia 15 de abril de 2021 e teve término no dia 14 de maio de 2021, e teve lugar no SUP.

Este estágio foi sem dúvida um grande desafio por ser um contexto de trabalho completamente diferente do nosso, onde se fez sentir a ansiedade inicial associado ao medo do desconhecido. Este campo de estágio tal como todos os outros pelos que passamos foi também um excelente campo para desenvolver as competências especificas do EEESIP, pelas variadas patologias e nível de gravidade que fazem os pais/cuidadores a recorrer ao SUP, exigindo dos profissionais um nível elevado de conhecimento e complexos, que lhe permita de uma forma rápida e eficaz avaliar e atuar, evitando assim agravamento da condição de saúde da criança. Desta forma permitiu-nos o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP, nomeadamente, prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, e desta forma, foi necessário um *refresh* de toda a matéria lecionada em contexto de sala de aula e estudar novas patologias, uma vez que se trata de um serviço onde o motivo de admissão é variado, podendo ir desde situações clínicas médicas, cirúrgicas, neurológicas, ortotraumatológicas, e outras como por exemplo oftalmológicas.

Para dar cumprimento ao estágio, delineamos como objetivos:

- Conhecer a Estrutura Física e Funcional do SUP;
- Prestar Cuidados Especializados às Crianças e Família no SUP;
- Elaboração de um Norma de Procedimento de Enfermagem, sobre o Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários (Apêndice XI).

O SUP admite crianças/jovens desde o nascimento até ao 17 anos e 364 dias de vida, encaminhadas de vários serviços de saúde, CSP, Serviços de Urgência Básica, Serviços de Saúde 24 e Equipas de Emergência Pré-Hospitalar ou por iniciativa própria dos pais/cuidadores.

Em relação ao primeiro objetivo **Conhecer a Estrutura Física e Funcional do Serviço de Pediatria**, podemos afirmar que o Serviço de Urgência se trata de um Serviço que deve estar preparado para dar resposta às situações clínicas, desde as mais simples até às mais complexas, deve estar apetrechado de equipamentos necessários, com circuitos bem definidos e com capacidade de resposta atempada e eficaz.

No entanto, devido à pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, este foi obrigado ao abrigo do Plano de Contingência, sofrer algumas alterações, nomeadamente a nível de estrutura física e funcional. Assim, em vez de existir apenas uma unidade funcional passaram a existir duas, uma exclusiva para utentes com sintomatologia compatível com o Covid-19 e outra para utentes com as restantes condições clínicas. Para definir que circuito a seguir, houve a necessidade de se criar um posto de pré-triagem, efetuada pelo enfermeiro que se encontra alocado à triagem Covid-19. Esta é realizada no exterior das unidades funcionais, para que não se corra o risco de contaminação cruzada, e é questionado aos pais/cuidadores o motivo de vinda ao SUP. Se existirem critérios validados pelo médico para Covid-19, é efetuada a triagem no contentor dedicado à Covid-19, no entanto, caso não se verifiquem critérios para Covid-19 são encaminhados para o Posto de Triagem da SUP, local habitual pré-pandemia.

A área Covid, é constituída por um conjunto de contentores que se encontram no exterior e em frente a entrada do SUP, todos interligados entre si, constituindo um espaço amplo e com todos os recursos inerentes a um Serviço de Urgência. No entanto, sempre que falte algum material que não esteja disponível este é pedida à área limpa, sendo transportado pela assistente operacional.

O Posto de triagem é composto pelo material necessário à realização da triagem, bem como para dar resposta rápida às situações que assim o justifiquem.

Existem num total dois gabinetes médicos, denominados por 1 e por 2, sendo que tem capacidade para dois médicos de clínica geral que fazem bancos no SUP (considerados os de primeiro atendimento), e o outro com capacidade também para dois pediatras (considerados os de segundo atendimento), respetivamente.

A sala de reanimação, por si só, é um espaço com todo o material necessário para dar resposta rápida e atempada em situações críticas de saúde. Pelo que, deve estar dotada de um conjunto de equipamentos capazes de dar resposta em caso de paragem cardiorrespiratória, permitindo um retorno de circulação eficaz. Assim, ela encontra-se organizada por níveis, vulgo Via Área, Respiração, Circulação, Neurológico, Exposição (ABCDE), com gavetas organizadas segundo o comprimento da criança, segundo a Fita de Emergência Pediátrica de *Broselow*, facilitando a escolha do material mais adequado em caso de situações complexas com necessidade de atuação emergentes, que é verificado todos os dias.

Existe, também, uma sala de tratamentos onde são realizadas técnicas mais invasivas, na área da pequena cirurgia e ortopedia, como suturas, colocação de talas gessadas, reduções osteoarticulares, realização de pensos simples ou complexos, entre outros.

No Posto de Enfermagem com sala de trabalho incluído, encontra-se o carro da medicação que é reposto todos os dias pela farmácia e um armário grande com todo o material clínico necessário no SUP.

A Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) é composta por duas camas e dois berços, destinado a crianças/jovens que necessitem de vigilância ou tratamento até 72 horas. Após esse tempo mediante decisão médica ou tem alta clínica ou é transferida para o Serviço de Internamento Pediátrico.

Em relação aos recursos humanos a equipa multidisciplinar e constituída por 5 pediatras e clínicos gerais para dar apoio, 6 equipas de enfermagem (4 enfermeiros especialistas, 25 enfermeiros generalistas) e 13 assistentes operacionais e administrativos. Os outros técnico e especialidades médicas dão apoio ao serviço sempre que for pedido a sua colaboração.

Para darmos resposta ao objetivo **Prestar Cuidados Especializados às Crianças e Família no SUP** foi necessário investir na busca de novos conhecimentos sobre as diversas patologias mais comuns, de forma a termos os conhecimentos necessários para aplicar na prática, com o objetivo de transformar a forma de cuidar, de generalista para especialista, com o intuito de prestar cuidados de excelência baseados na evidência.

A ida ao SUP deve-se por diversos motivos, preocupações ou patologias onde é necessário definir prioridades, assim

> a adoção de protocolos de triagem em serviços de urgência e emergência é estratégia fundamental para o rápido atendimento do paciente com condição clínica grave. A categorização da urgência e a definição do tempo de espera são consideradas indicadores de qualidade na atenção ao paciente, principalmente em realidades assistenciais de grande volume de atendimento (Baracat, 2016, p. 249).

A Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015 refere que nos SUP se deve optar pela utilização da versão mais recente do sistema de Triagem de *Manchester* ou do *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (Direção-Geral da Saúde, 2015a).

Neste SUP o sistema utilizado é o Sistema de Triagem de *Manchester*, que se encontra implementado em Portugal desde 2000, e que tem como objetivo

> definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica" (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.11).

Durante o estágio tivemos a oportunidade de participar em diversas triagens. Da nossa experiência, podemos constatar que grande parte das idas ao SUP se devia a infeções urinárias, dores abdominais, traumatismos dos membros, agressão e transtornos psiquiátricos, sendo que o encaminhamento para as especialidades seguia um protocolo por grau de prioridade.

No caso de crianças que apresentassem febre, tosse, dificuldade respiratória, rinorreias, odinofagia, vómitos e diarreias, estas eram triadas na Triagem Covid-19 e observadas no contentor pelo médico e realizavam teste de PCR para SARS-CoV-2 ou teste rápido se houvesse critérios urgentes para ser internado. Nos contentores são prestados todos os cuidados as crianças/jovens e família, desde administração de mediação, colheita de sangue para analises e urina, soroterapia, entre outros.

Além das situações clínicas que obrigam a ida ao SUP, não podemos descorar as experiências de medo, o medo do desconhecido, o medo dos profissionais de saúde, os medos relacionados com a dor, das injeções e análises clínicas, associadas as crianças/jovens (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016). Assim, o EEESIP desempenha um papel muito importante em ajudar as crianças/jovens a gerir esses medos, pelo que consideramos ter conseguido desenvolver isso neste campo de estágio, utilizando como meios a privacidade, o respeito pela criança/jovem e família, explicando todos os procedimentos e a utilização de estratégias confortantes como o caso a distração, o jogo e a música, mas também através da componente humana que é fundamental, que é relatada por Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida (2016), através

> do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor (…) o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional (p.26).

Na ausência da enfermeira chefe a enfermeira especialista assumia a gestão, permitindo-nos assim colaborar na organização e gestão do serviço, bem como no pedido de recursos materiais, reposição de material e elaboração das escalas de distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais pelos setores (Reanimação, Sala de Tratamento e UICD, Covid-19 Pré-Triagem/Triagem, Contentor) para as próximas 24 horas. O enfermeiro alocado a Sala de Tratamentos é responsável pela triagem, no entanto, se estiver ocupado com algum doente qualquer é o chefe de equipa que, normalmente, se encontra na Reanimação auxilia na triagem.

Em relação ao último objetivo **Elaboração de um Norma de Procedimento de Enfermagem, sobre o Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários**, este foi desenvolvido tendo por base os objetivos do nosso projeto de intervenção. Consideramos pertinente a elaboração de uma norma de procedimento, denominada "Encaminhamento do Utente Pediátrico com excesso de peso ou obesidade para os Cuidados de Saúde Primários".

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na deteção e gestão do excesso de peso e obesidade e encaminhamento para a equipa de saúde do respetivo Centro de Saúde onde o utente se encontra inscrito, promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde e contribuído para os ganhos em saúde.

Desta forma chegamos ao fim do nosso percurso de aprendizagem associado à prática clínica. Estes três estágios permitiram, adquirir novos conhecimentos e solidificar outros, permitindo escalar na aquisição de competências comuns e de especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tornando-nos assim mais competentes e mais sábias.

Fecha-se uma etapa e inicia-se uma nova, vulgo a redação do Relatório

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ao longo deste percurso académico foram adquiridas e desenvolvidas várias competências, as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEESIP e as competências de Mestre. De seguida será apresentada uma análise reflexiva sobres as atividades que foram desenvolvidas nos diferentes campos de estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências, e consequentemente ganho de conhecimento.

De forma a dar um encadeamento lógico, iremos primeiramente apresentar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, seguindo-se as competências do EEESIP e por fim as competências de Mestre.

3.1 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, "os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744).

O enfermeiro especialista é definido como "aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744). Para a atribuição do título de enfermeiro especialista, o enfermeiro deve possuir não só as competências enunciadas no Regulamento das respetivas Especialidades, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista que são transversais em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

As competências comuns

> são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4745).

Assim, segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, o enfermeiro especialista está dotado de conhecimentos, habilidades e atitudes diferenciadas, sendo a sua atividade sustentada por um perfil de competências organizadas nos quatro domínios comuns, sendo estas:

- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Melhoria Contínua da Qualidade;
- Gestão dos Cuidados;
- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

No que se refere a competência a **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, foi desenvolvida aos longo dos diferentes contextos de estágios, respeitando os princípios éticos, legais e deontológico da profissão, e assegurando o respeito pelos diretos humanos e o cumprimento dos deveres profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Procuramos respeitar os regulamentos e legislação em vigor, princípios éticos e deontológicas pelos quais se rege a profissão e inerentes ao cuidar em enfermagem, com um olhar mais amplo e devidamente articulado e à luz de cada situação. Em todos os momentos houve o respeito pela criança/jovem e família, pelo direito ao acesso à informação, garantimos a confidencialidade, preservando a privacidade, o respeito pelos valores e crenças, a segurança e dignidade na prática dos cuidados.

Os padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, para os EEESIP é definida como

> uma oportunidade de construir um instrumento que balize a qualidade dos cuidados especializados, que sirva como referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2).

Assim, em relação ao domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**, esta foi desenvolvida nos diversos serviços onde realizamos os nossos estágios. Na UCNE foi elaborado um Guia orientador para Profissionais de Saúde sobre o Aleitamento Materno, de forma a dota o profissional de conhecimentos científicos atualizados, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem neste domínio, uma vez que o hospital é um Hospital Amigo dos Bebés onde zelam pela promoção da amamentação. Elaborámos um Folheto sobre a Amamentação para os pais, que foi baseado no Guia supramencionado. No Serviço

de Internamento de Pediatria elaborámos a Norma de Procedimento de Enfermagem, denominada Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS e a Implementação do projeto de Intervenção de enfermagem, com o título "Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", que consistiu na Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade que apresentassem excesso de peso ou obesidade, através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil e o respetivo encaminhamento para os respetivos Centros de Saúde onde se encontram inscritos. No SUP elaborámos uma norma de procedimento, titulada de "Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários", com o objetivo de identificar precocemente utentes em idade pediátrica, que apresentem excesso de peso ou obesidade e encaminhar para os CSP, utentes em idade pediátrica com índice de massa corporal IMC ≥ p85, promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde. Elaborámos também um Folheto "Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos de Alimentação Saudável e Atividade Física" (Apêndice XII), para ser entregue aos pais das crianças que apresentem excesso de peso e obesidade, onde consta uma breve contextualização do que é a obesidade infantil, bem como alguns dados estatísticos e as suas consequências. No folheto consta também informação relacionada com a alimentação saudável, baseada na Roda dos Alimentos, número de refeições, bem como as quantidades e sobre a atividade física e alguma recomendação.

No domínio da **Gestão dos Cuidados**, no estágio da UCNE e no Serviço de Internamento de Pediatria tivemos a oportunidade de ter turnos exclusivos para a gestão, uma vez que, a enfermeira orientadora, assumia a função de chefia na ausência da Enfermeira Chefe. Assim, permitiu-nos participar em atividades relacionadas com a gestão do serviço, nomeadamente, na distribuição dos doentes pelos respetivos enfermeiros em cada turno, segundo o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) efetuados todos os dias no turno da manhã; gestão de material e equipamentos; delegação de tarefas aos profissionais de saúde; na resolução de problemas que surgiram durante os turnos; favorecimento de um ambiente favorável à prática de enfermagem.

Para finalizar a parte das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista temos o domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**. Esta competência foi

transversal a todos os locais de estágio, demonstramos a capacidade de autoconhecimento e assertividade no estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica com toda a equipa multidisciplinar, tendo em conta que a relação com os outros assume um papel de extrema importância para a adaptabilidade individual e organizacional. Focamos, também, a nossa atenção na partilha de conhecimentos entre pares, permitindo, desta forma, incrementar os nossos saberes. O dia-a-dia num local diferente traz-nos, inicialmente, medo, mas com o tempo ultrapassamos esse obstáculo e crescemos profissionalmente, demonstrando sempre uma postura de assertividade pautada de uma conduta profissional que cresceu a cada dia que passava.

Durante este percurso de aprendizagem uma das nossas preocupações foi centrada na busca do conhecimento e desenvolvimento de competências, o que nos remeteu para a pesquisa em bases de evidência científica mais atual, nos diferentes campos de estágio. A partilha de conhecimentos com a equipa multidisciplinar também se mostraram momentos enriquecedores para o processo de aprendizagem, amplificando os nossos saberes, contribuindo para o crescimento profissional e pessoal. Destacámos a elaboração do artigo que foi baseado nos resultados do nosso projeto de intervenção denominado Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em que teve por base uma pesquisa em base de evidencia científica para a sua elaboração, e que será publicado em novembro de 2021 como Capítulo de Livro na Atena Editora.

O curso do suporte avançado de vida que estava previsto para o dia 5 e 6 de fevereiro de 2021 foi adiado para 11 e 12 de setembro de 2021, devido ao agravamento da situação pandémica que se fazia sentir nessa altura, com o número crescente de casos diários de pessoas diagnosticadas com Covid-19. Durante o curso, participamos na 8ª edição do *Webinar* "O Cérebro do Adolescente" (Anexo VI), no *Workshop* de "Diversificação Alimentar" (Anexo VII) e no curso de Formação Profissional de "Curso de Primeiros Socorros Pediátricos" (Anexo VIII), que se mostram momentos ricos para o nosso desenvolvimento de conhecimento e competência na nossa área de especialidade.

3.2 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O EEESIP, na sua área de intervenção presta cuidados desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo-se alongar até aos 21 anos ou 25 anos, em casos especiais como doenças crónicas, incapacidade e deficiência. O modelo conceptual utilizado é o centrado na criança e família, onde este binómio é o benificiário dos seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este

> trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

As competências específicas do EEESIP, encontram-se divididas em três grupos: "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem." (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Em relação a competência **"Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192), relativamente a unidade de competência "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" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), esta foi adquirida ao longo dos três contextos de estágio, onde destacamos a negociação da participação da criança/jovem e família em relação ao processo de cuidar, promovendo a independência e o bem-estar, uma vez que a parceria dos cuidados se estabeleceu um pilar assente em todos os contextos de estágio. Em relação à comunicação com a criança/jovem e família tivemos sempre em consideração adequar a linguagem à idade e estádio de desenvolvimento e respeitando a família e a cultura da mesma em que se encontra. Por vezes, foi necessário recorrer a técnicas de comunicação, como no caso SUP e UCNE, quando os níveis de ansiedade se encontram elevados, e exigem uma forma de comunicação carinhosa, simpática, demonstrado confiança e compreensão de forma a reverter a situação. Em todos os locais de estágio foi trabalhada a motivação da criança/jovem e família para arcar os seus papéis em saúde. Proporcionando conhecimento

e aprendizagens de habilidades especializada às crianças/jovens e famílias, bem como comportamentos potenciadores de saúde. Na UCNE elaboramos um folheto sobre o aleitamento materno, com as vantagens, as posições para amamentar, as frequências das mamadas e sobre a conservação do leite, sendo que em contexto de SUP, foi elaborado um folheto sobre a Prevenção da Obesidade Infantil, tal como já referido. No SIP para além dos vários momentos que foi necessário efetuar ensinos de forma a proporcionar competência para a gestão do processo de saúde/doença foi, também, implementado o nosso projeto de intervenção com o intuito de prevenir a obesidade infantil, através da transmissão de conhecimentos aos pais/cuidadores sobre a alimentação saudável e de atividade física, tendo sido entregue um guia com toda a informação transmitida através da ação de educação para a saúde individual. Em relação a unidade de competência "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" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193). Ao longo dos vários estágios foi demonstrado conhecimento sobre as doenças mais comuns em cada faixa etária, tendo sido, sempre, efetuado o despiste de evidência de situações fisiológicas que nos guiassem para uma situação de risco, bem como as evidências emocionais de mal-estar psíquico, de situações que possam colocar em risco a criança/jovem como o caso de maus-tratos, neglicência e comportamentos de risco (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para tal, foi necessário um estudo acrescido no que concerne aos vários estádios de desenvolvimento, para que através da observação do comportamento, tanto dos pais/cuidadores, pudesse realizar uma avaliação mais subjetiva, permitindo por vezes, diagnosticar situações secundárias que estavam por detrás, e assim prestar cuidados arcando todos os domínios do cuidar, vulgo, cuidar de uma forma holística.

Relativamente a competências **"Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), no que se refere a unidade de competência "Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), realçamos a aquisição de conhecimentos e habilidades que nos permitiram a deteção de focos de instabilidade oferecendo uma resposta antecipatória, nomeadamente no SUP e UCNE, onde por vezes o estado clínico da criança se agrava a qualquer instante, sendo necessário estar desperto e atento para haver um reconhecimento rápido e uma atuação atempada e eficaz. Em relação a unidade de competência "Faz a gestão diferenciada da dor

e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), esta também se destacou em todos os campos de estágio, onde foi possível fazer a gestão de medidas farmacológicas no combate à dor e onde aperfeiçoamos a aplicação dos conhecimentos e habilidades na utilização de terapias não farmacológicas no alívio da dor, por exemplo durante os processos doloroso. Como estratégia farmacológica, a qual nos despertou maior surpresa, por nunca termos visto a sua ação em tempo real foi o *Livopan*, vulgo protóxido de azoto, que tem como efeito analgésico e de aumento do limiar da dor, sendo utilizado em procedimentos de curta duração, com bastante benefício e tolerância pelas crianças/jovens. Em relação a unidade de competência "Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), durante a o estágio no Serviço de Pediatria tivemos a oportunidade visitar o Hospital de Dia e as Consultas Externas. Perante as situações clínicas experienciadas houve a necessidade de recorrer à evidência científica para a aquisição de conhecimentos e conseguirmos dar respostas de enfermagem apropriadas. Relativamente a unidade de competência "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193), em contexto de SUP e SIP esta competência foi desenvolvida, através da aquisição de conhecimentos específicos de acordo com as diversas situações de doenças que foram surgindo, de forma a diagnosticar as necessidades e capacitar as crianças/jovens, bem como as suas famílias na adaptação a sua doença. No SIP esteve internada uma criança com diabetes descompensada, que é uma situação comum, resultante da falta de adesão por parte das crianças/jovens e família ao regime terapêutico. No mesmo serviço também esteve internada uma criança com doença oncológica, com internamentos recorrentes e em fase de negação da doença. Assim perante estas duas situações acima descritas o EEESIP desempenha um papel importante nomeadamente na capacitação e adoção de estratégias de *coping* que permitem tanto as crianças/jovens e família na aceitação da doença crónica. Além disso é muitas vezes necessário adequar o suporte familiar e comunitário ou referenciar a criança/jovem para cuidados de especialidade, através da articulação com a equipa dos CSP promovendo desta forma uma garantia da continuidade dos cuidados aquando da alta hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A competência **"Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem"** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.

19192), relativamente a unidade de competência "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de estágio, onde foi demostrando conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimentos, através da avaliação da criança/jovem de uma forma holística e a transmissão às famílias das orientações antecipatórias de forma a promover um bom desenvolvimento infantojuvenil. No SIP aplicamos o projeto de intervenção onde avaliamos o peso, altura e IMC, vulgo dados antropométricos, a todas as crianças com idade compreendida entre os 3 e 6 anos de idade de forma a detetar crianças com excesso de peso ou obesidade, para que os pais/cuidadores fossem alvo de ações educativas individuais, sobre a alimentação e atividade física, com o intuito de promover um crescimento infantil saudável, prevenindo a obesidade tardia e realizar um encaminhamento adequado aquando a alta para os CSP de forma a proporcionar um acompanhamento adequando. No SUP foi elaborada uma Norma de Procedimentos - Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de detetar crianças/jovens com excesso de peso ou obesidade e encaminhá-las para a equipa de saúde do respetivo CSP onde criança se encontra inscrito, promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde e contribuindo, desta forma, para ganhos em saúde. Em relação a UCNE, esta competência também foi desenvolvida, através da avaliação diária do peso do RN, como indicador de crescimento adequado e de desenvolvimento infantil, permitindo desta forma, estimular outras atividades básicas do RN, consoante os ganhos diários, como por exemplo, autonomia alimentar. Relativamente a unidade de competência "Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), na UCNE, tivemos a oportunidade de adquirir conhecimento sobre competências do RN com recurso à evidencia científica de forma a promover um comportamento interativo, que se traduz na avaliação do desenvolvimento dos pais em relação à parentalidade, negociando o envolvimento deles na prestação de cuidados ao RN, promovendo, assim a sua autonomia. Foi elaborado um Guia Orientador denominado Aleitamento Materno – Guia Orientador para Profissionais de Saúde. A elaboração deste Guia teve como o intuito, dotar os profissionais de saúde com ferramentas, de forma a conseguirem dar resposta a algumas dúvidas ou problemas relacionados com a amamentação e/ou as mamas, a assim promover uma amamentação eficaz. Foi, também, elaborado um

folheto sobre Aleitamentos Materno, com dados sucintos, mas objetivos sobre a amamentação, com o objetivo de promover a mesma. Para promover a vinculação foram adotadas estratégia que promovem o contacto físico pais/RN, como por exemplo através da amamentação e método canguru (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Em relação a unidade de competência "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), no que se refere à comunicação, ferramenta inata da nossa profissão, que serve como veículo para todas as prestações de cuidados. Esta teve que ser reajustada tendo em conta o estádio de desenvolvimento e cultural das crianças/família. Assim, esta foi desenvolvida *in loco* ao longo dos estágios, e desta forma criámos estratégias de comunicação que se manifestaram eficazes, na nossa prestação de cuidados ao longo dos mesmos. "Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194), esta unidade, também, foi transversal a todos os contextos de estágio, onde o trabalhar com adolescentes se torna um grande desafio. Cabe ao EEESIP ter a capacidade de negociação com o adolescente/família, para que este binómio consiga mobilizar estratégias para adotar comportamentos saudáveis.

Assim para finalizar este capítulo consideramos que adquirimos as três competências na formação teórica e prática que são fundamentais e imprescindíveis enquanto futura EEESIP.

3.3 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Com o Mestrado pretende-se que os enfermeiros desenvolvam conhecimento e competência para uma intervenção especializada, com um julgamento clínico e tomada de decisão em níveis elevados, focado nos problemas de saúde, prestando assim, cuidados diferenciados e elevada qualidade às populações. Que promova a melhoria da qualidade dos cuidados, com recurso a prática baseada na evidência, bem como, às referências éticos e deontológicos. Que possua capacidade para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica e que contribua para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Universidade de Évora, 2021).

O grau de mestre é atribuído aos enfermeiros que demostrem **conhecimentos e capacidade de desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo de estudo**, constituindo a base de desenvolvimento ou aplicações originais, frequentemente

em contextos de investigação (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro). Desta forma podemos referir que ao longo deste percurso académico, trabalhamos nesse sentido, desenvolvendo conhecimentos e competências que contribuíram para o seu alcance.

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área da Saúde Infantil e Pediátrica, tivemos o privilégio de desenvolver, um conjunto de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades o campo da investigação, com recurso a prática baseada na evidência de forma a promover uma melhoria na qualidade dos cuidados, e na tomada de decisão com espírito crítico, baseado nas mais recentes evidencias científicas, que contribuíram para a obtenção desta competência. Desta forma, como já referido para a obtenção desta competência foram elaborados vários trabalhos no âmbito da Investigação, na parte teórica do curso de mestrado, realizamos uma revisão sistemática da literatura, intitulada "Alívio da dor na vacinação da criança", e uma revisão *scoping*, denominada de "Intervenções de Enfermagem na Síndrome de Abstinência Neonatal: Uma Revisão *Scoping*". No decorrer do Estágio Final desenvolvemos um artigo para publicação, como capítulo de livro na Atena Editora em novembro de 2021, que foi baseado nos resultados do nosso projeto de intervenção denominado Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Apêndice XIII).

Os conteúdo e temáticas abordados nas diferentes UC e o percurso ao longo dos diversos contextos de estágios, apresentaram-se como uma mais valia e oportunidade de conhecer novas realidades, que até ao momento eram desconhecidas, que nos permitiram resolver problemas, através da observação e da aplicação de conhecimentos, que nos permitiu desenvolver a competência "**Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo"** (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro).

No que diz respeito a competência **"Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem"** (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174). Esta competência está em consonância com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, ou seja, está relacionada com a responsabilidade ética e deontológica. Para Nunes (2011),

> a expressão ética profissional, pela associação a uma profissão, há-de ter formulados os princípios e valores dessa profissão, podendo surgir associada a um conjunto de deveres ou normas que obrigam a um conjunto de profissionais de uma dada profissão, a uma *deontologia profissional*. Ademais, seria esta a escolha para uma "ética profissional", ou seja, a configuração da deontologia, dos deveres a que aquele profissional se obriga e declara obrigado, face à comunidade ou sociedade que serve (p. 40).

Em relação a competência **"Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades."** (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174), esta foi desenvolvida ao longo do curso de Mestrado, nas várias apresentações de trabalho durante a apresentação de trabalhos académicos e a apresentação em provas públicas deste relatório após aprovação, bem como o respetivo projeto de intervenção elaborado no campo de estágio e por fim a apresentação das normas elaboradas no Estágio Final nos respetivos serviços que também contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Para finalizar, a última competência refere que o mestre deve ter **"Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."** (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174). Assim, este percurso geral, tanto na parte teórica como na prática clínica, foram fundamentais para a aquisição de competência de EEESIP e Mestre, pois permitiu-me a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades, enriquecedoras, proporcionando o desenvolvimento de uma prática especializada mais autónoma, que devem ser conduzidos pela mais atual evidência científica que deve ser o pilar da nossa atuação.

4 – CONCLUSÃO

Ao longo deste relatório apresentamos as experiências vividas no trajeto desta formação nos diversos contextos de estágio, nomeadamente no Estágio Final, que nos permitiram aumentar o nível de conhecimento e habilidades através da prática baseada na evidência, mobilizando o conhecimento da teoria para a prática. Todo o trabalho efetuado ao longo deste percurso académico permitiu-nos de certo modo desenvolver as competências comuns e especificas do EEESIP e as de Mestre. As constantes reflexões efetuadas sobre a nossa prática no dia-a-dia nos diversos locais de estágio contribuíram sem dúvida para o nosso enriquecimento pessoal e profissional.

O presente relatório para além da análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos campos de estágio e a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, engloba também o projeto de intervenção em enfermagem que foi aplicado no decorrer do Estágio final, com a temática da Obesidade Infantil, onde utilizamos a metodologia do Projeto, baseado no referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

O aumento da incidência de obesidade infantil tem sido um grande flagelo e uma preocupação imensa para a saúde pública em todo o mundo. Tem sido alvo de cobertura jornalística, alvo de estudos científicos, alvo da atuação por parte dos profissionais de saúde, no entanto, e ainda assim, não está totalmente controlada.

A realização do projeto de intervenção permitiu-nos refletir sobre esta problemática, vulgo a obesidade infantil, que afeta grande percentagem da população infantil mundial, e também portuguesa. É um problema atual e pode comprometer a saúde e a qualidade de vida futura da criança/pais/cuidadores, no entanto, através de medidas eficazes pode ser prevenida e/ou tratada.

O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância na sua atuação, desde a prevenção, através de medidas de promoção de saúde, até ao momento de tratamento do problema. Torna-se, assim, um elemento-chave para a prevenção da obesidade infantil, bem como para as complicações adjacentes que resultam do excesso de peso, como é o caso da hipertensão arterial, diabetes, problemas psicológicos, problemas oncológicos, entre outros.

Neste âmbito, o EEESIP apresenta um papel diferenciado ao olhar e cuidar a criança/pais/cuidadores sob uma perspetiva holística, complexa e de parceria, nos mais diversos contextos da sociedade identificando, maximizando e mobilizando os recursos de suporte

necessários a fim de exponenciar o seu potencial de saúde no combate aos fatores de risco e doenças como a obesidade infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, cabe ao EEESIP intervir na abordagem do problema e na implantação de estratégias eficientes e necessárias, que visem o envolvimento das crianças/pais/cuidadores na intervenção sobre a obesidade infantil, bem como o envolvimento de todos os profissionais de saúde, tendo como objetivo comum a melhoria do estado de saúde da população infantil, através da prevenção, deteção, diagnóstico e intervenção.

Assim, salienta-se ainda a importância de projetos com novas estratégias de promoção alimentar e estilos de vida saudáveis, de forma combater as preocupantes estatísticas de obesidade infantil em Portugal e no mundo, apesar do longo caminho percorrido, ainda há muito a construir para atenuar e combater este problema.

Para a concretização deste relatório foram delineados objetivos, tendo em conta os diversos contextos de estágio para a facilitação da nossa aprendizagem e conhecimento e para o projeto de intervenção. Assim, podemos constatar de uma forma geral que os conseguimos atingir. Relativamente as competências comuns e especificas do EEESIP, bem como as de Mestre, com grande empenho e dedicação da nossa parte também foram adquiridas e desenvolvidas.

Em suma, e em modo a finalização do presente relatório não podemos deixar de realçar que este percurso foi extenuante, mas simultaneamente muito desafiante, contribuindo, assim, sem dúvida para o nosso crescimento pessoal e profissional, bem como para a aquisição de competências que nos possibilitarão a obtenção do título de EEESIP e de Mestre em Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Alba-Martín, R. (2016). Prevalence of childhood obesity & eating habits in primary education. *Enfermería Global*, 15(42), 52–62. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016002200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Alkon, A., Crowley, A. A., Neelon, S. E. B., Hill, S., Pan, Y., Nguyen, V., … Kotch, J. B. (2014). Nutrition and physical activity randomized control trial in child care centers improves knowledge, policies, and children's body mass index. *BMC Public Health*, 14, 1–25. doi:10.1186/1471-2458-14-215

- Baracat, E.C.E. (2016). Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. *Revista Paulista de Pediatria,* 34(3), 249-250. doi:10.1016/j.rpped.2016.06.002

- Barbosa, C., Pimenta, P., & Real, H. (2017). Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide da Dieta Mediterrânica: Comparação entre os dois guias alimentares. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 11, 06-14. doi:10.21011/apn.2017.1102

- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E. & Charepe, Z. (2021). Intervenciones de Enfermería Promotoras de la Adaptación del Niño /Joven / Familia a la Hospitalización: una Scoping Review. *Enfermería Global*, 61, 539-557. doi:10.6018/eglobal.413211

- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Silva, M. S., Tavares, D. H., Santos, B. A & Thomaz, M. (2020, janeiro-dezembro). Experiências Familiares durante a Hospitalização Infantil: uma Revisão Integrativa. Revista Online de pesquisa*: Cuidado é Fundamental*, (12), 1179-1186. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8037

- Branco, S., Jorge, M. S. & Chaves, H. (2011). Obesidade Infantil: A Realidade de Um Centro de Saúde. *Acta Med Port,* 24(2), 509-516. Disponível em https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1442/1030
- Cano, G. C., Ciges, R. B., Sánchez-Martínez, F., & Cardenal, C. A. (2019). Sobrepeso y obesidad infantil según variables socioeconómicas en escolares de tercero de Primaria de la ciudad de Barcelona. *Nutrición Hospitalaria*, 36(5), 1043–1048. doi:10.20960/nh.02205

- Chora, M, A, F, C. (2013). *Os dilemas dos pais das crianças/jovens com excesso de peso e obesidade no alentejo: uma análise sociológica* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Évora, Sociologia, Évora, Portugal. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11335/1/Os%20dilemas%20dos%20pais%20das%20crian%C3%A7as%20jovens%20com%20excesso%20de%20peso%20e%20obesidade%20no%20Alentejo%20uma%20an%C3%A1lise%20sociol%C3%B3gica.pdf

- Cloutier, M. M., Wiley, J. F., Kuo, C. L., Cornelius, T., Wang, Z., & Gorin, A. A. (2018). Outcomes of an early childhood obesity prevention program in a low-income community: a pilot, randomized trial. *Pediatric Obesity,* 13(11), 677–685. doi:10.1111/ijpo.12458

- Costa, M. G. F. A., Nunes, M. M. J. C., Duarte, J. C. & Pereira, A. M. S. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência,* (6), 55-68. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/273074536_Conhecimento_dos_pais_sobre_alimentacao_construcao_e_validacao_de_um_questionario_de_alimentacao_infantil

- Coto, J., Pulgaron, E. R., Graziano, P. A., Bagner, D. M., Villa, M., Malik, J. A., & Delamater, A. M. (2019). Parents as Role Models: Associations Between Parent and

Young Children's Weight, Dietary Intake, and Physical Activity in a Minority Sample. *Maternal and Child Health Journal*, 23(7), 943–950. doi:10.1007/s10995-018-02722-z

- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 176, 3159 – 3191.

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem,* 2 (20), 26-47. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/315661355_Os_Medos_das_Criancas_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager/links/58d91b3e458515d35f7ba181/Os-Medos-das-Criancas-em-Contexto-de-Urgencia-Pediatrica-Enfermeiro-Enquanto-Gestor-Emocional-The-Fears-of-Children-in-Pediatric-Emergency-Context-Nurse-as-Emotional-Manager.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2020). *Vamos pôr a Alimentação Saudável ON em Casa: Cuidados alimentares e atividades para crianças em tempos de COVID-19*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/cuidados-alimentares-e-atividades-para-criancas-em-tempos-de-covid-19-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma nº 001/2017 de 8/02/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015. *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx

- Direção-Geral da Saúde (2015a). Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.* Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.* Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de maio. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

- Direção-Geral da Saúde (2013a). Norma nº 029/2012 de 29/12/2012 atualizada 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx

- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientação nº 024/2012 de 18 de dezembro. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RNs (0 a 28 dias)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx

- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação nº 008/2011 de 28 de março. *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wcontent/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG de 14 de junho. *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Dor-5_sinal_vital.pdf

- Farpour-Lambert, N, J., Martin, X, E., Torre, S, B, D., Haller, L., Ells, L, J., Herrmann F, R. & Aggoun, Y. (2019). Effectiveness of individual and group programmes to treat obesity and reduce cardiovascular disease risk factors in prepubertal children. *Clinical Obesity*, 9, 1-12. doi:10.1111/cob.12335

- Ferreira, A, S., Moraes, J, R, M, M., Góes, F, G, B., Silva, L, F., Broca, P, V. & Duarte, S, C, M. (2019). Ações de enfermagem às crianças com sobrepeso e obesidade na Estratégia Saúde da Família. *Revista Rene*, 20, 1-9. Disponível em: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=134&sid=b999a855-b9e2-4476-9c8f-aa2df636313e%40pdc-v-sessmgr01

- Franck, L, S. (s,d). *Como Confortar um Bebé nos Cuidados Intensivos*. (2ªed., pp. 3-42). (Abadesso, C., trad.). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

- Gibson, L. A., Alava, M. H., Kelly, M. P., & Campbell, M. J. (2017). The effects of breastfeeding on childhood BMI: A propensity score matching approach. *Journal of Public Health*, 39(4), 152–160. doi:10.1093/pubmed/fdw093

- Gibson, S. J. (2016). Translation of clinical practice guidelines for childhood obesity prevention in primary care mobilizes a rural Midwest community. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 130–137. doi:10.1002/2327-6924.12239

- Hassan, N, E., El-Masry, S, A., Farid, T. & Khalil, A. (2016). Influence of Parental and Some Demographic Characteristics on Overweight/Obesity Status among a Sample of Egyptian Children. *Journal of Medical Sciences*, 4(3), 342-347. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685153

- Hodgkinson, A., Abbott, J., Hurley, M. A., Lowe, N., & Qualter, P. (2019). An educational intervention to prevent overweight in pre-school years: A cluster randomised trial with a focus on disadvantaged families. *BMC Public Health*, 19(1), 1–13. doi:10.1186/s12889-019-7595-2

- Hoyos, G.P. A., Borjas, D. M. B., Ramos, A. S. & Meléndez, R. M. O. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 4(8), 16-23. Disponível em http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf

- Hruby, A., & Hu, F. (2016). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics,* 33(7), 673-689. doi:10.1007/s40273-014-0243-x.

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em Serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). *COSI Portugal 2019 : Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/2019.07.10-COSIPortugal-2019.pdf

- Laat, S., Vos, I., Jacobs, M., Mil, E., & Goor, I. (2019). The evaluation of an integrated network approach of preventive care for children with overweight and obesity; Study protocol for an implementation and effectiveness study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–9. doi:10.1186/s12889-019-7304-1

- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C., Bruning, N., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. *International Journal of Obesity*, 29, 373-380. Disponível em: https://www.nature.com/articles/0802914

- Larsen, L., Mandleco, B., Williams, M. & Tiedeman, M. (2006). Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(2), 70-79. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00105.x

- Lorenzato, L., Cruz, I. S. M., Costa, T. M. B. & Almeida, S. S. (2017). Translation and Cross-Cultural Adaptation of a Brazilian Version of the Child Feeding Questionnaire. *Paidéia*, 27(66), 33-42. doi:10.1590/1982-43272766201705

- McFarren, H., Vazquez, C., Jacobs, E. A., Dela Tejera, G., & Gray, M. (2020). Understanding feeding practices of Latinx mothers of infants and toddlers at risk for childhood obesity: A qualitative study. *Maternal and Child Nutrition*, 16(3), 1–10. doi:10.1111/mcn.12983

- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.o 65/2018 de agosto: PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. *Diário Da*

República, 1.a série, n.o 157, 4147–4182. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/04/RETRATO-DASAUDE_2018_compressed.pdf

- Miranda, J, M, Q., Palmeira, M, V., Polito, L, F, T., Brandão, M, R, F, Bocalini, D, S., Junior, A, J, F., … Wichi, R, B. (2015). Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(2), 104-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922015000200104&lng=pt&tlng=pt

- Muthuri, S, K., Onywera, V, O., Tremblay, M, S., Broyles, S, T., Chaput, J., Fogelholm, M., … Katzmarzyk, P, T. (2016). Relationships between Parental Education and Overweight with Childhood Overweight and Physical Activity in 9–11 Year Old Children: Results from a 12-Country Study. *PLoS One*, 11(8), 1-14. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147746

- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Ogden, C, L., Fryar, C, D., Hales, C, M., Carroll, M, D., Aoki, Y. & Freedman, D, S. (2018). Differences in Obesity Prevalence by Demographics and Urbanization in US Children and Adolescents, 2013-2016. *Jama,* 319(23): 2410-2418. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685153

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Pub. L. No. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133,

19192-19194. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros, 1ª série, nº 6, 1-80. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Geneve, Suíça: Organização Mundial da Saúde. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204270/WHO-RHR-15.22-por.pdf;jsessionid=93D2915D6F907B578DBF5C2D3B6058B6?sequence=14

- Pas, K, D., Soder, T, F. & Deon, R, G. (2019). Percepção dos Pais: Meu Filho tem Obesidade Infantil. *Revista Contexto & Saúde,* 19(36), 20-26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334404230_PERCEPCAO_DOS_PAIS_MEU_FILHO_TEM_OBESIDADE_INFANTIL

- Pender, N., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2011*). Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Upper Saddle River

- Ravasco, P., Ferreira, C., & Camilo, M. E. (2011). Alimentação para a Saúde: A Relevância da Intervenção dos Médicos. *Acta Med Port*, 24(4), 783-790. Disponível em http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=8326965c-4f0b-413a-9ab6-f95dd1e2f739%40sessionmgr103

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, 4744-4750

- Reis, W. P., Ghamsary, M., Galustian, C., Galust, H., Herring, P., Gaio, J., & Dos Santos, H. (2020). Childhood Obesity: Is the Built Environment More Important Than the Food Environment? Clinical Medicine Insights: *Pediatrics,* 14, 1–8. doi:10.1177/1179556520932123

- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos,* (15), 1–38. ISSN 1646-5067

- Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2019). Planting a seed-Child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. doi:/10.1186/s12889-019-7852-4

- Tanda, R., Beverly, E. A., & Hughes, K. (2017). Factors associated with Ohio nurse practitioners' childhood obesity preventive practice patterns. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(12), 763–772. doi:10.1002/2327-6924.12522

- Universidade de Évora (2021). Enfermagem. Mestrado. Universidade de Évora. Disponível em https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?curso=2552

- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B., (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18(3), 235-40. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf

- Wildermuth, S. A., Mesman, G. R., & Ward, W. L. (2013). Maladaptive Eating Patterns in Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(2), 109–119. doi:10.1016/j.pedhc.2011.07.009

- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

- World Health Organization. (2018). *Childhood Obesity Surveillance Initiative. Highlights 2015-17*. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf

- World Health Organization (2017). *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services*. Genebra, Suiça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/

- Yardim, M. S., Hilal Özcebe, L., Araz, O. M., Uner, S., Li, S., Unlu, H. K., … Huang, T. T. (2019). Prevalence of childhood obesity and related parental factors across socioeconomic strata in Ankara, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(6), 374–384. doi:10.26719/emhj.18.052

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Saúde

Escola Superior Saúde IPPortalegre

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

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

O meu nome é Cristina Arosa, sou enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Almodôvar. Este questionário insere-se no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja na Unidade Curricular do Estágio Final, sob orientação académica da Professora Doutora Maria Antónia Chora. Pretende-se analisar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil. Para isso, necessitamos que aceite responder às questões a seguir colocadas. A informação recolhida será tratada confidencialmente, serão cumpridos todos os aspetos éticos e deontológicos próprios de um estudo de investigação, garantindo-se o direito ao anonimato, sendo que os dados obtidos se destinam a fins académicos.

No final, por favor, certifique-se que respondeu a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração.

Dados a avaliar e registar pelo investigador

Sexo da criança _____ ; Peso _____ ; Estatura _____ ; IMC _____ ; Percentil IMC _____

PARTE I

Por favor, leia cada afirmação que se segue responda com uma cruz onde existir um quadrado e responda com uma letra legível onde existir um traço.

Dados de Caracterização

1. **Idade _____ anos**

2. **Género**

   Masculino ☐

   Feminino ☐

Página 1 | 4

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
ESS Escola Superior Saúde IPortalegre
IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3. Grau parentesco com a criança

Mãe ☐ Pai ☐ Outro ☐ Qual _____

4. Habilitações Literárias

Inferior a 4 anos de escolaridade ☐
4 a 6 anos de escolaridade ☐
7 a 9 anos de escolaridade ☐
10 a 12 anos de escolaridade ☐
Bacharelato ☐
Licenciatura ☐
Mestrado ☐
Doutoramento ☐

5. Condições económicas

Sim ☐
Não ☐

6. Residência

Cidade ☐
Vila ☐
Aldeia ☐

7. Peso do(a) filho(a) ao nascer _____

Página 2 | 4

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
ES Escola Superior Saúde IPPortalegre
IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

PARTE II

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).

Questionário de Alimentação Infantil (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012)

	Afirmações	Verdadeiro	Falso
1	A alimentação da criança não precisa ser variada		
2	Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3	Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4	O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
5	O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6	Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
7	É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8	As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
9	Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
10	Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
11	As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
12	Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal		
13	As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14	A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15	A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16	Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
17	As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão…) pelo menos 4 vezes por semana		
18	A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19	Incluir 3-4 vezes por semana bolicao ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20	As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21	A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22	As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23	Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24	A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25	É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26	Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27	Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28	Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29	A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30	Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31	Os alimentos pobres em calorias são os designados por "*fastfood*"		
32	Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		

Página 3 | 4

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
ESS Escola Superior Saúde IPortalegre
IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

33	O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34	As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35	O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
36	Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
37	O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38	Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		
39	Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
40	Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
41	A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
42	A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43	As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas		
44	As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
45	As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos (as)		
46	Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
47	Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa		
48	Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49	É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50	As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51	É aconselhável que os pais saibam o que os filhos (as) comem no refeitório da escola		
52	Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
53	As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54	O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55	As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

Obrigada pela sua colaboração.

Página 4 | 4

.

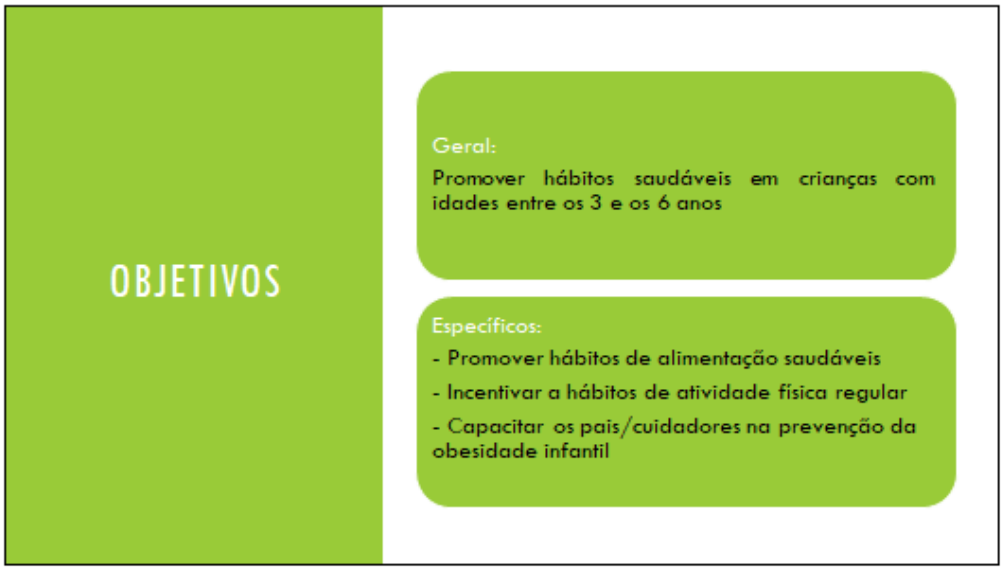
Apêndice II – Cronograma

Mês/Quinzena Atividades Gerais	Ano 2020/2021					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Reunião Informal com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e Diretora Clínica sobre o tema do Projeto						
Divulgação do projeto junto da equipa de Enfermagem						
Pesquisa Bibliográfica						
Diagnóstico de Situação						
Definição de Objetivos						
Planeamento						
Execução						
Ações de Educação para a Saúde (Individual)						
Avaliação						
Elaboração do Relatório Final						
Orientação Tutorial						

Apêndice III – Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos Alimentares Saudáveis e Atividade

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Saúde
IPS
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias
PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL
HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS E ATIVIDADE FÍSICA
Discente: Cristina Arosa
Enfermeira Orientadora: Cátia Páscoa
Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

1


OBJETIVOS
Geral:
Promover hábitos saudáveis em crianças com idades entre os 3 e os 6 anos
Específicos:
- Promover hábitos de alimentação saudáveis
- Incentivar a hábitos de atividade física regular
- Capacitar os pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil

2

BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE:
OBESIDADE INFANTIL
A Organização Mundial da Saúde define obesidade "como uma condição resultante da acumulação anormal ou excessiva de gordura no tecido adiposo, ao ponto de poder comprometer a saúde" do indivíduo.
Ela ocorre devido a um desequilíbrio, no qual o organismo fica exposto a sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, quando há uma ingestão maior de energia do que aquela que é gasta.
Problema de Saúde Pública
Aumento da taxa de mortalidade e morbilidade

3

CONSEQUÊNCIAS DE UMA ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL
Obesidade
Doenças Cardiovasculares
Diabetes
Dislipidémias
(Direção-Geral da Saúde, 2017)

4

5

O QUE É A RODA DOS ALIMENTOS

É um guia em forma de círculo onde constam os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária.

Divide-se em 7 grupos alimentares com características semelhantes quanto à sua composição nutricional.

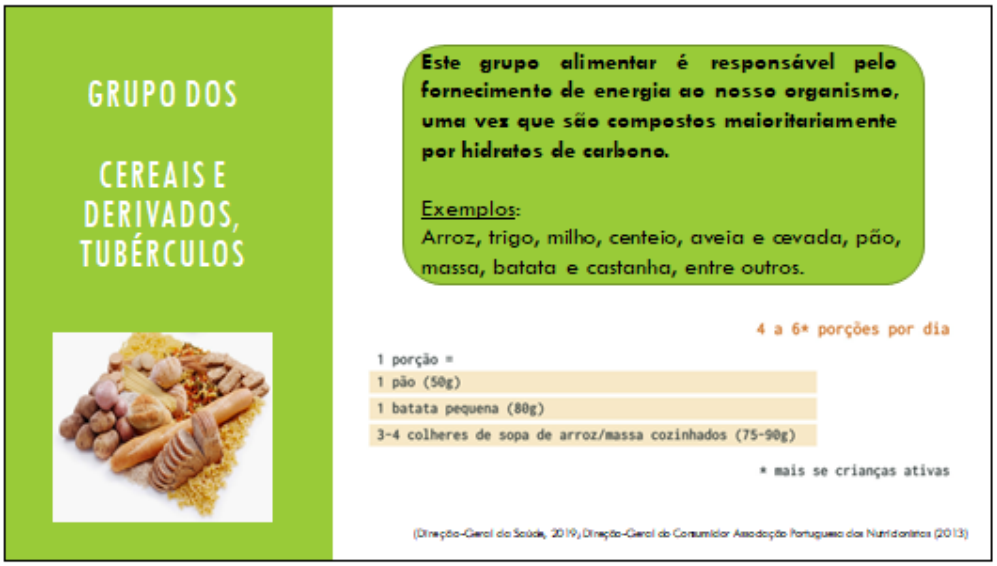
Os grupos maiores devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação e o de menor dimensão em menor quantidade.

A água, não tem um grupo próprio, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos.

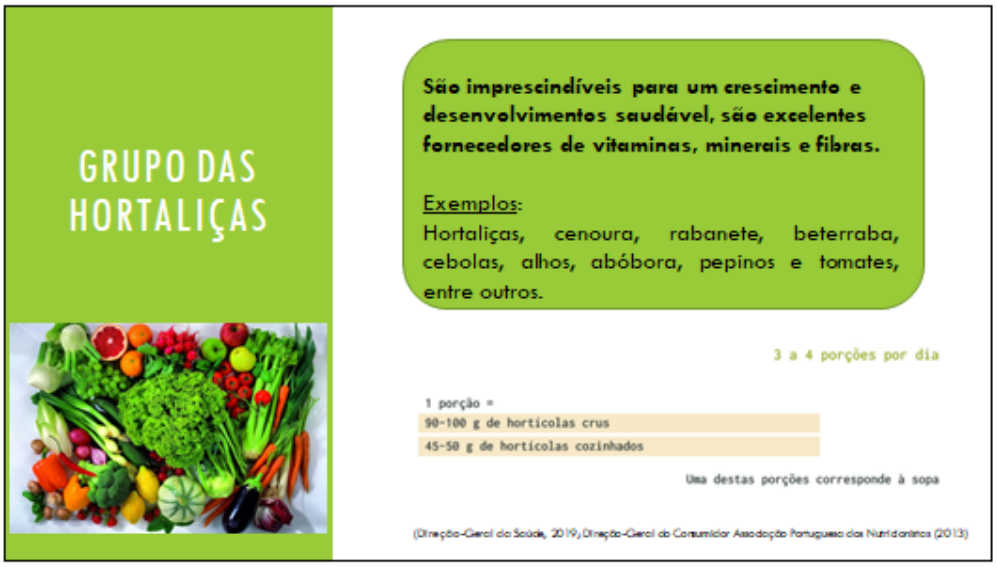
Transmite orientações para uma alimentação saudável, ou seja, **completa, equilibrada e variada.**

[illegible]

6


GRUPO DOS
CEREAIS E DERIVADOS, TUBÉRCULOS
Este grupo alimentar é responsável pelo fornecimento de energia ao nosso organismo, uma vez que são compostos maioritariamente por hidratos de carbono.
Exemplos:
Arroz, trigo, milho, centeio, aveia e cevada, pão, massa, batata e castanha, entre outros.
4 a 6* porções por dia
1 porção =
1 pão (50g)
1 batata pequena (80g)
3-4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (75-90g)
* mais se crianças ativas
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

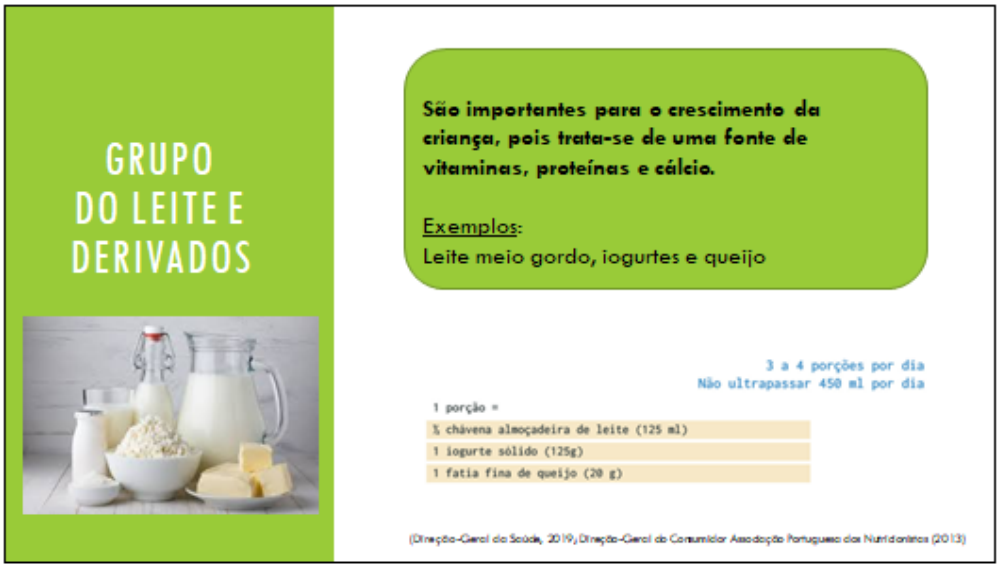
7


GRUPO DAS HORTALIÇAS
São imprescindíveis para um crescimento e desenvolvimentos saudável, são excelentes fornecedores de vitaminas, minerais e fibras.
Exemplos:
Hortaliças, cenoura, rabanete, beterraba, cebolas, alhos, abóbora, pepinos e tomates, entre outros.
3 a 4 porções por dia
1 porção =
90-100 g de hortícolas crus
45-50 g de hortícolas cozinhados
Uma destas porções corresponde à sopa
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

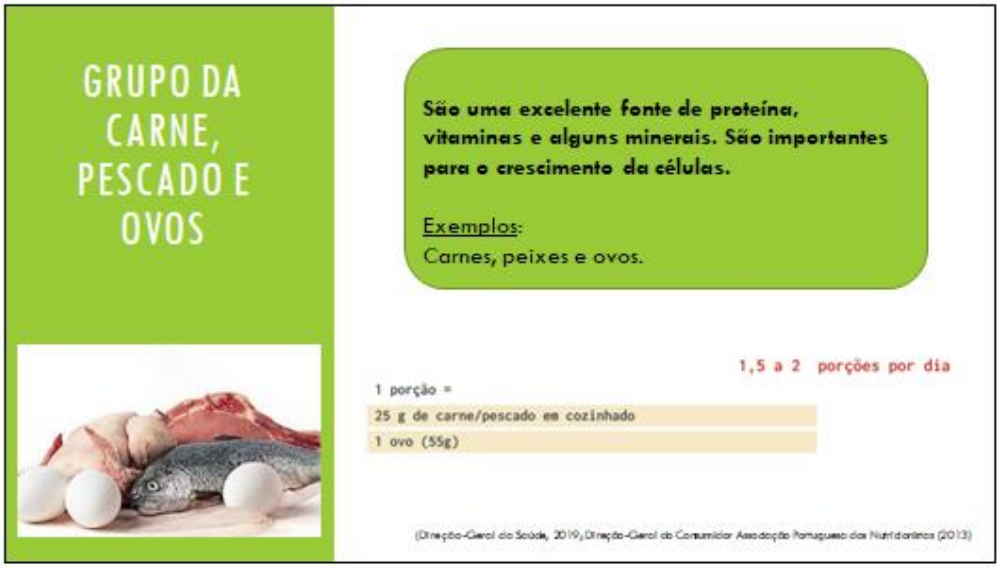
8

GRUPO DA FRUTA
É uma boa fonte de vitaminas, minerais, fibra e água.
Exemplos:
Maça, pera, pêssego, ameixa, morango, laranja, limão, melancia, melão, kiwi, manga papaia, entre outras.
2 a 3 porções por dia
1 porção =
1 peça de fruta pequena (80g) edível
(Direção-Geral da Saúde, 2019, Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

9


GRUPO DO LEITE E DERIVADOS
São importantes para o crescimento da criança, pois trata-se de uma fonte de vitaminas, proteínas e cálcio.
Exemplos:
Leite meio gordo, iogurtes e queijo
3 a 4 porções por dia
Não ultrapassar 450 ml por dia
1 porção =
½ chávena almoçadeira de leite (125 ml)
1 iogurte sólido (125g)
1 fatia fina de queijo (20 g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019, Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

10


GRUPO DA CARNE, PESCADO E OVOS
São uma excelente fonte de proteína, vitaminas e alguns minerais. São importantes para o crescimento da células.
Exemplos:
Carnes, peixes e ovos.
1,5 a 2 porções por dia
1 porção =
25 g de carne/pescado em cozinhado
1 ovo (55g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019, Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

11

GRUPO DAS GORDURAS E ÓLEOS
Fornecem, gordura e algumas vitaminas essências para um bom funcionamento do organismo, quando consumidas em pouca quantidade.
As gorduras de origem animal apresentam maior percentagem de ácidos gordos saturados e níveis elevados de colesterol.
Exemplos:
Banha de porco, natas, manteiga, margarina, azeite, óleo, entre outras.
1 porção por dia
1 porção =
1 colher de sopa de azeite
óleo (10g)
1 colher de sobremesa de manteiga (15g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019, Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

12

GRUPO DAS LEGUMINOSAS

São ricas em vitaminas, minerais (cálcio e ferro), fibra e proteínas vegetal.

Exemplos:
Ervilhas, favas, grão, feijão e lentilhas.

3 x por semana

1 porção =
3 colheres de sopa de leguminosas secas ou frescas cozinhadas (80g)

(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013))

13

ÁGUA

É essencial para o nosso organismo,
Responsável pelo transporte e absorção dos nutrientes.
Ajuda ao bom funcionamento do cérebro, intestinos e rins, entre outras.
A água deve ser a bebida de eleição.

1l por dia

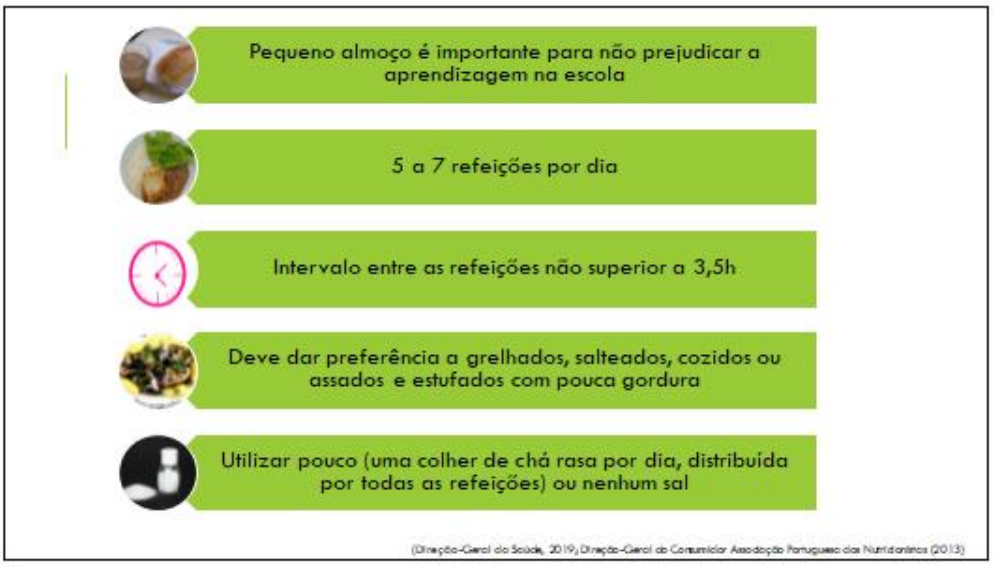
(recomendação para a água proveniente das bebidas)

(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013))

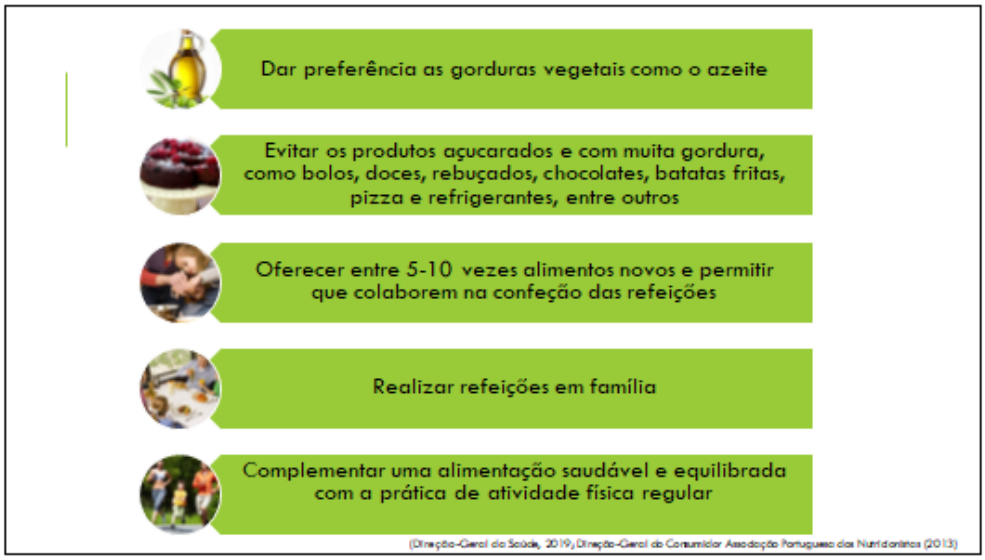
14

RECOMENDAÇÕES PARA UMA VIDA SAUDÁVEL
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

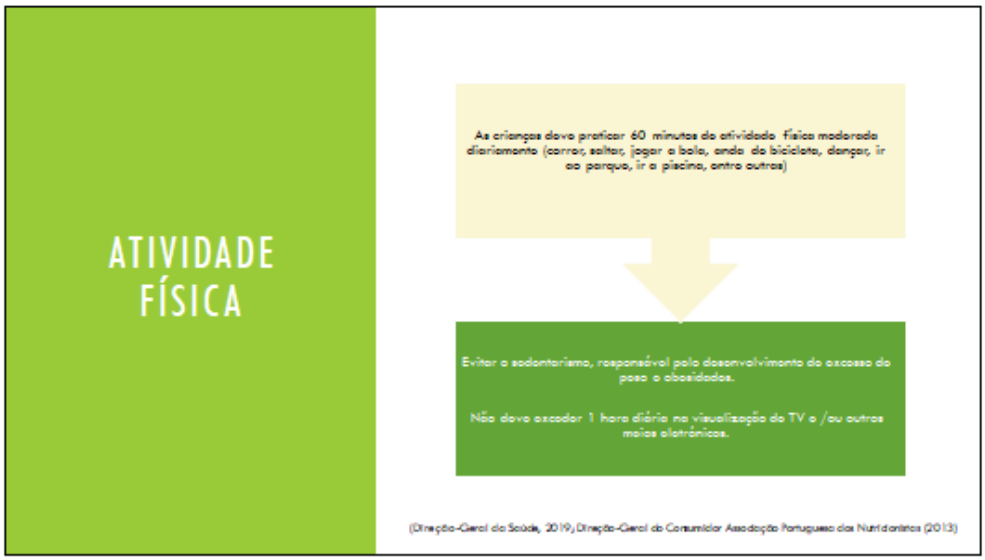
15


Pequeno almoço é importante para não prejudicar a aprendizagem na escola
5 a 7 refeições por dia
Intervalo entre as refeições não superior a 3,5h
Deve dar preferência a grelhados, salteados, cozidos ou assados e estufados com pouca gordura
Utilizar pouco (uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições) ou nenhum sal
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

16


Dar preferência as gorduras vegetais como o azeite
Evitar os produtos açucarados e com muita gordura, como bolos, doces, rebuçados, chocolates, batatas fritas, pizza e refrigerantes, entre outros
Oferecer entre 5-10 vezes alimentos novos e permitir que colaborem na confeção das refeições
Realizar refeições em família
Complementar uma alimentação saudável e equilibrada com a prática de atividade física regular
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

17


ATIVIDADE FÍSICA
As crianças devem praticar 60 minutos de atividade física moderada diariamente (correr, saltar, jogar a bola, andar de bicicleta, dançar, ir ao parque, ir a piscina, entre outros)
Evitar o sedentarismo, responsável pelo desenvolvimento do excesso de peso e obesidades.
Não deve exceder 1 hora diária na visualização de TV e /ou outros meios eletrónicos.
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor; Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

18

CONCLUSÃO

A oferta alimentar deverá ser baseada na variedade e qualidade, tendo em conta a promoção da saúde e na prevenção de doenças, como por exemplo a obesidade. Torna-se assim, impreterível a oferta de alimentos presentes na "Roda dos Alimentos", evitando alimentos processados, açucarados e salgados.

Cabe, assim, pais/cuidadores promover e incentivar a escolha de comportamentos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, e a propagação de estilos de vida ativos.

19

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2017, julho). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. doi: https://doi.org/ISSN: 2184-0806
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx
- Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). Alimentação em Idade Escolar: Guia Prático para Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Disponível em https://www.apn.org.pt/var.php?cod=0E0E
- World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

20

Apêndice IV – Plano de Sessão

Plano de Sessão

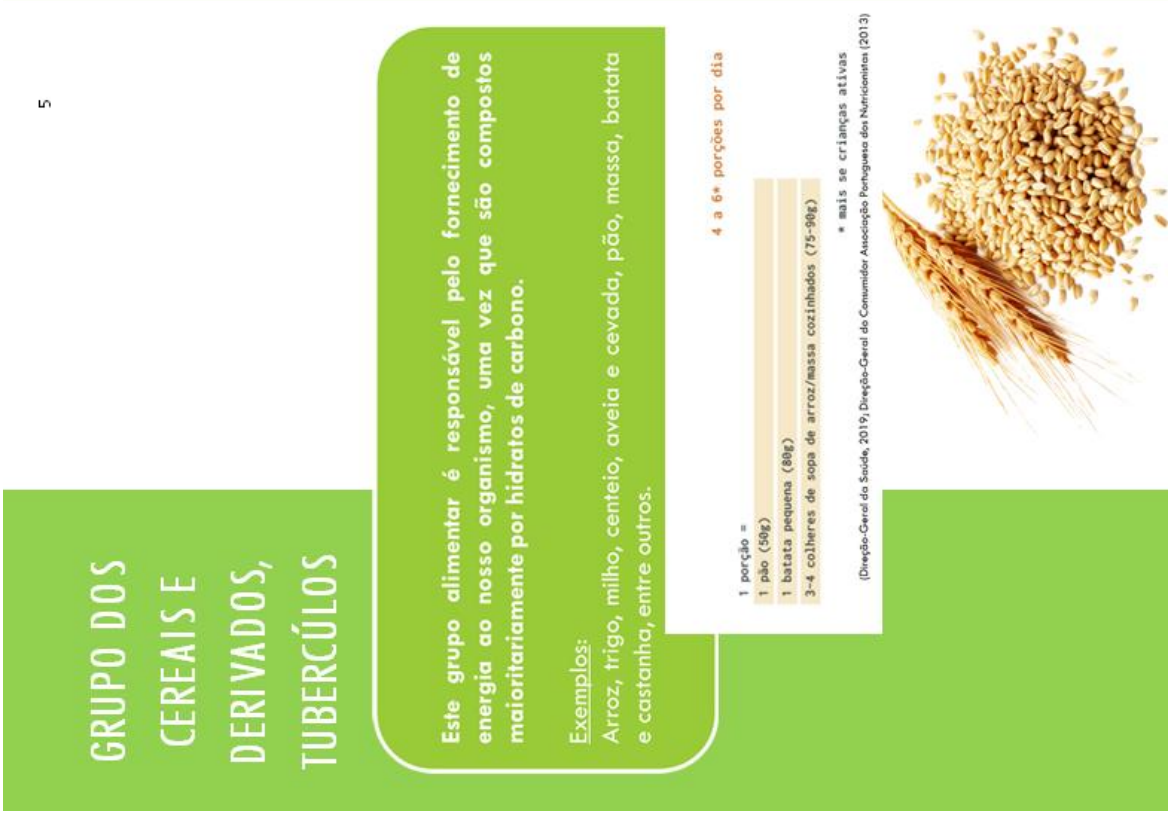
Nome da Ação: Prevenção da Obesidade Infantil – Hábitos de Alimentação Saudáveis e Atividade Física			
Data: Vários dias (a marcar) **Duração:** 30 minutos	**Formadora:** Cristina Arosa		
População-Alvo: Pais/cuidadores de filhos com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos de idade com excesso de peso ou obesidade internados no Serviço de Pediatria			
Objetivo Geral da sessão: Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil			
Objetivo específico da sessão: Educar os pais/cuidadores para a promoção de hábitos de alimentação saudável e atividade física nas crianças com excesso de peso ou obesidade			
Observação: Observações: As sessões educativas serão realizadas de modo individual aos pais/cuidadores como mediada de prevenção de Covid-19			
Conteúdos Programáticos	**Método Pedagógico**	**Recurso Didáticos**	**Tempo**
Apresentação do tema e formador	Ativo	Computador	2 min.
Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo	Computador	1 min.
Breve Revisão Bibliográfica sobre Obesidade Infantil	Expositivo	Computador	2 min.
Consequências de uma Alimentação não saudável	Expositivo	Computador	2 min.
Roda dos Alimentos • O que é a Roda dos Alimentos • Grupos da Roda dos Alimentos	Expositivo	Computador	9 min.
Recomendações para uma Vida Saudável	Expositivo	Computador	2 min.
Atividade Física	Expositivo	Computador	2 min.
Conclusão	Expositivo	Computador	1 min.
Esclarecimento de dúvidas e aplicação de questionário para avaliação da sessão e dos conteúdos	Ativo/ Interrogativo	Questionário de avaliação de conhecimento	10 min.

Apêndice V – Alimentação Saudável: Guia Sobre a Alimentação Saudável nas Crianças dos 3 anos 6 anos de Idade

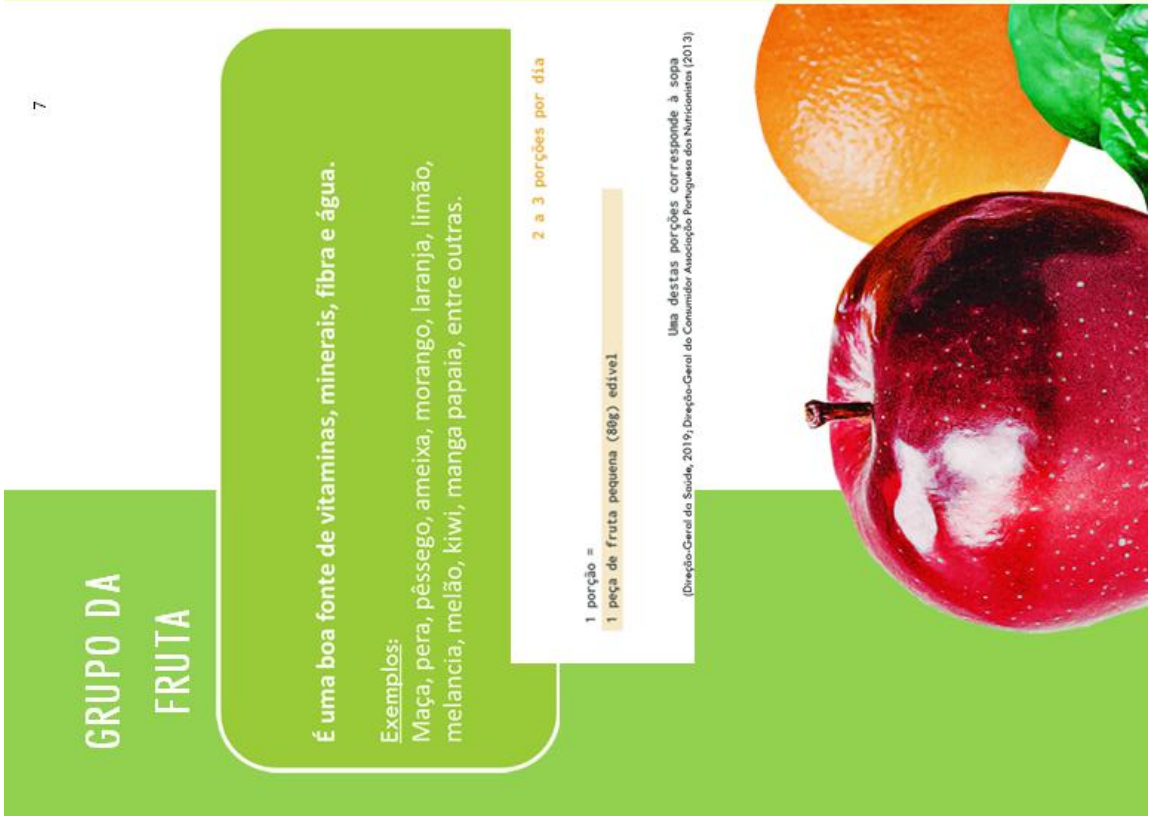
Breve Revisão Bibliográfica sobre:
Obesidade Infantil
A Organização Mundial da Saúde define obesidade "como uma condição resultante da acumulação anormal ou excessiva de gordura no tecido adiposo, ao ponto de poder comprometer a saúde" do indivíduo.
(World Health Organization, 2000: 6)
Ela ocorre devido a um desequilíbrio, no qual o organismo fica exposto a sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, quando há uma ingestão maior de energia do que aquela que é gasta.
(World Health Organization, 2000)
Problema de Saúde Pública
Aumento da taxa de mortalidade e morbilidade
(Direção-Geral da Saúde,2017)
Alimentação Saudável
Guia sobre a Alimentação Saudável nas Crianças dos 3 aos 6 anos de idade
Cristina Mestre Arosa

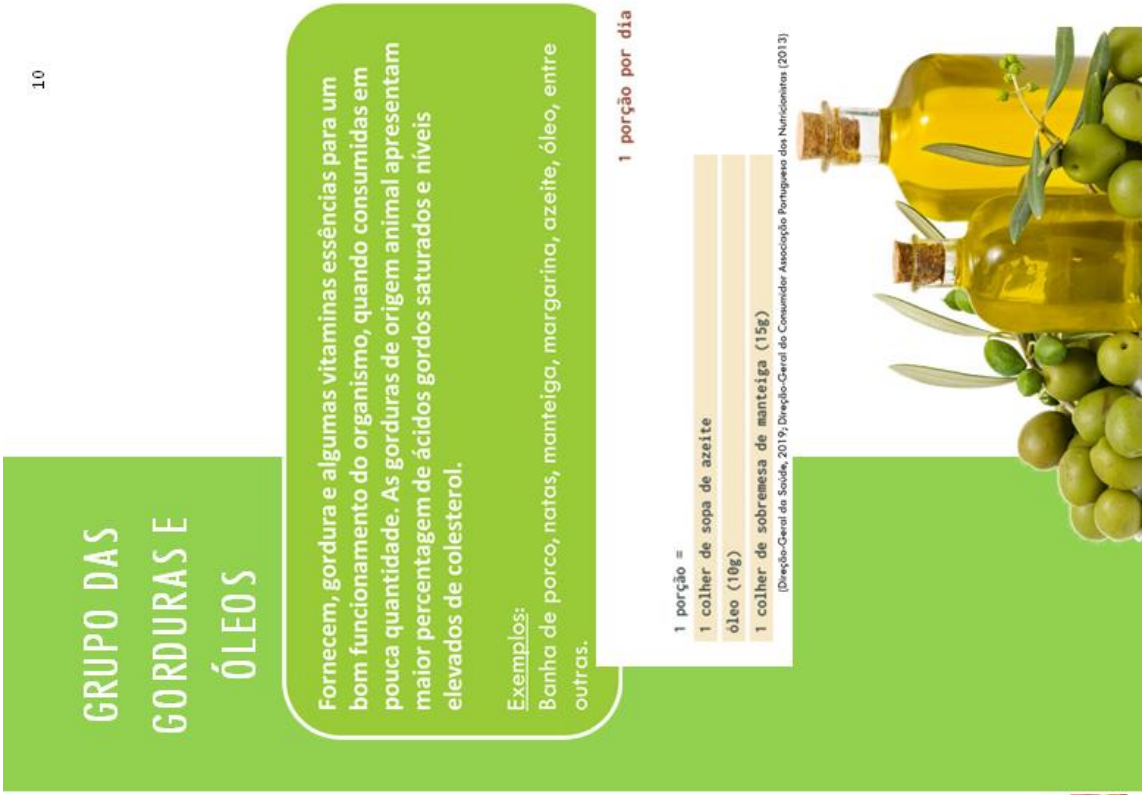
3
CONSEQUÊNCIAS DE UMA ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL
Obesidade
Doenças Cardiovasculares
Diabetes
Dislipidémias
(Direção-Geral da Saúde, 2017)
4
RODA DOS ALIMENTOS
• É um guia em forma de círculo onde constam os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária.
• Encontra-se dividida em 7 grupos alimentares com características semelhantes quanto à sua composição nutricional.
• Os grupos alimentares apresentam diferentes dimensões, os grupos maiores devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação e o de menor dimensão em menor quantidade.
• A água, não tem um grupo próprio, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos.
• Transmite orientações para uma alimentação saudável, ou seja, complete, equilibrada e variada.
(Direção-Geral da Saúde, 2019)

6
GRUPO DAS HORTALIÇAS
São imprescindíveis para um crescimento e desenvolvimentos saudável, são excelentes fornecedores de vitaminas, minerais e fibras.
Exemplos:
Hortaliças, cenoura, rabanete, beterraba, cebolas, alhos, abóbora, pepinos e tomates, entre outros.
3 a 4 porções por dia
1 porção =
90-100 g de horticolas crus
45-50 g de horticolas cozinhados
Uma destas porções corresponde à sopa
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

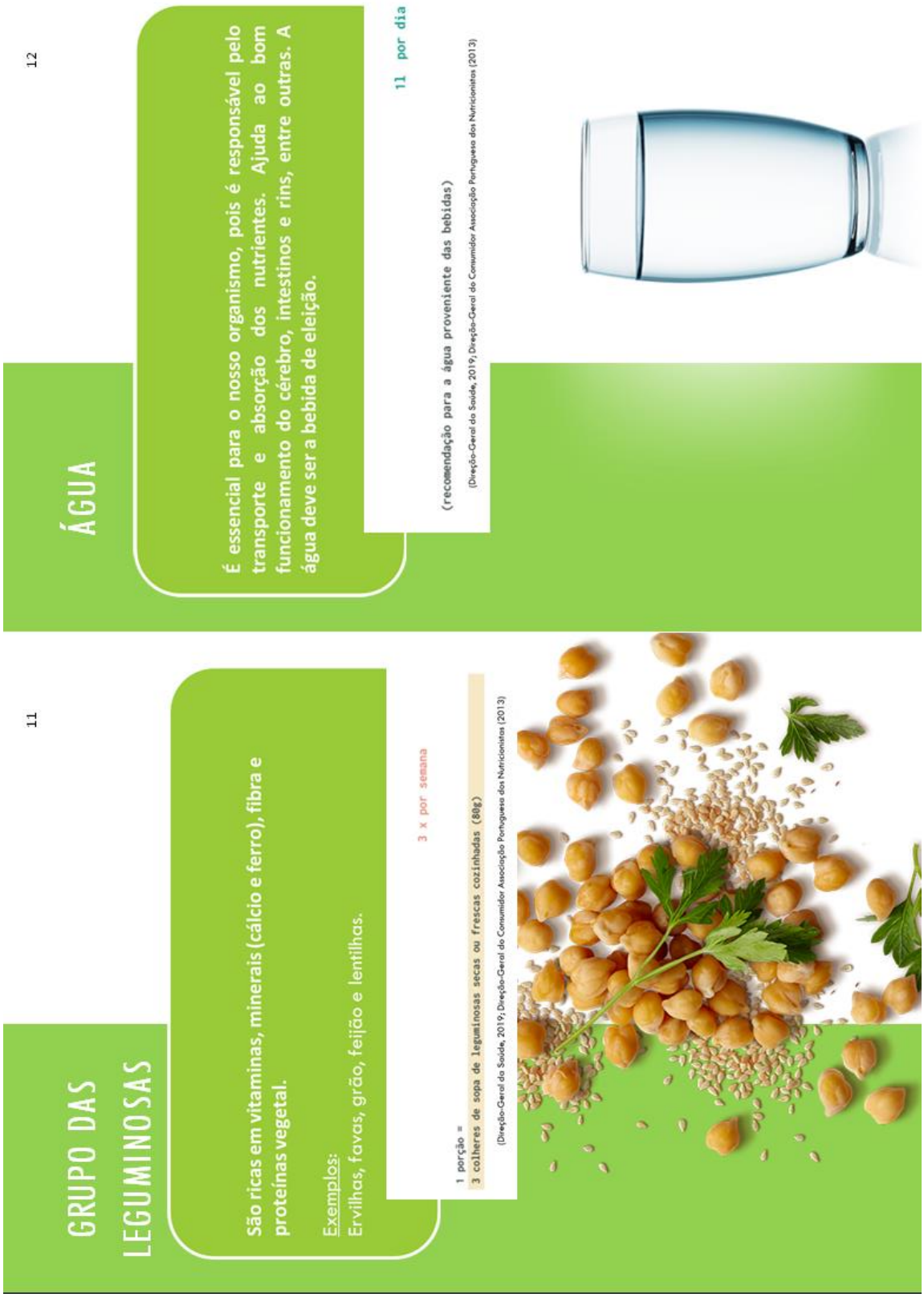

5
GRUPO DOS CEREAIS E DERIVADOS, TUBERCÚLOS
Este grupo alimentar é responsável pelo fornecimento de energia ao nosso organismo, uma vez que são compostos maioritariamente por hidratos de carbono.
Exemplos:
Arroz, trigo, milho, centeio, aveia e cevada, pão, massa, batata e castanha, entre outros.
4 a 6* porções por dia
1 porção =
1 pão (50g)
1 batata pequena (80g)
3-4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (75-90g)
* mais se crianças ativas
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

GRUPO DO LEITE E DERIVADOS
8
São importantes para o crescimento da criança, pois trata-se de uma fonte de vitaminas, proteínas e cálcio.
Exemplos:
Leite meio gordo, iogurtes e queijo
3 a 4 porções por dia
Não ultrapassar 450 ml por dia
1 porção =
½ chávena almoçadeira de leite (125 ml)
1 iogurte sólido (125g)
1 fatia fina de queijo (20 g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)


GRUPO DA FRUTA
7
É uma boa fonte de vitaminas, minerais, fibra e água.
Exemplos:
Maçã, pera, pêssego, ameixa, morango, laranja, limão, melancia, melão, kiwi, manga papaia, entre outras.
2 a 3 porções por dia
1 porção =
1 peça de fruta pequena (80g) edível
Uma destas porções corresponde à sopa
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)


10
GRUPO DAS GORDURAS E ÓLEOS
Fornecem, gordura e algumas vitaminas essências para um bom funcionamento do organismo, quando consumidas em pouca quantidade. As gorduras de origem animal apresentam maior percentagem de ácidos gordos saturados e níveis elevados de colesterol.
Exemplos:
Banha de porco, natas, manteiga, margarina, azeite, óleo, entre outras.
1 porção por dia
1 porção =
1 colher de sopa de azeite
óleo (10g)
1 colher de sobremesa de manteiga (15g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

9
GRUPO DA CARNE, PESCADO E OVOS
São uma excelente fonte de proteína, vitaminas e alguns minerais. São importantes para o crescimento da células.
Exemplos:
Carnes, peixes e ovos.
1,5 a 2 porções por dia
1 porção =
25 g de carne/pescado em cozinhado
1 ovo (55g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)


11
GRUPO DAS LEGUMINOSAS
São ricas em vitaminas, minerais (cálcio e ferro), fibra e proteínas vegetal.
Exemplos:
Ervilhas, favas, grão, feijão e lentilhas.
3 x por semana
1 porção =
3 colheres de sopa de leguminosas secas ou frescas cozinhadas (80g)
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)
12
ÁGUA
É essencial para o nosso organismo, pois é responsável pelo transporte e absorção dos nutrientes. Ajuda ao bom funcionamento do cérebro, intestinos e rins, entre outras. A água deve ser a bebida de eleição.
11 por dia
(recomendação para a água proveniente das bebidas)
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

14
ATIVIDADE FÍSICA
As crianças deve praticar 60 minutos de atividade física moderada diariamente (correr, saltar, jogar a bola, anda de bicicleta, dançar, ir ao parque, ir a piscina, entre outras)
Evitar o sedentarismo, responsável pelo desenvolvimento de excesso de peso e obesidades.
Não deve exceder 1 hora diária na visualização de TV e /ou outros meios eletrónicos.
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)
13
RECOMENDAÇÕES PARA UMA VIDA SAUDÁVEL
5 a 7 refeições por dia
Intervalo entre as refeições não superior a 3,5h
Deve dar preferência a grelhados, salteados, cozidos ou assados e estufados com pouca gordura
Pequeno almoço é importante para não prejudicar a aprendizagem na escola
Utilizar pouco (uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições) ou nenhum sal
Par preferência as gorduras vegetais como o azeite
Evitar os produtos açucarados e com muita gordura, como bolos, doces, rebuçados, chocolates, batatas fritas, pizza e refrigerantes, entre outros
Oferecer entre 5-10 vezes alimentos novos e permitir que colaborem na confeção das refeições
Realizar refeições em família
Complementar uma alimentação saudável e equilibrada com a prática de atividade física regular
(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013)

16

CONCLUSÃO

A oferta alimentar deverá ser baseada na variedade e qualidade, tendo em conta a promoção da saúde e na prevenção de doenças, como por exemplo a obesidade. Torna-se assim, impreterível a oferta de alimentos presentes na "Roda dos Alimentos", evitando alimentos processados, açucarados e salgados.

Cabe, assim, pais/cuidadores promover e incentivar a escolha de comportamentos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, e a propagação de estilos de vida ativos.

15

NOTAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2017, julho). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2017. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. doi: https://doi.org/ISSN: 2184-0806

Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx

Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). Alimentação em Idade Escolar: Guia Prático para Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral do Consumidor Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Disponível em https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0E

World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

As imagens foram retiradas do site: https://www.gratispng.com/

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Cristina Mestre Arosa

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

Apêndice VI – Consentimento Informado

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE
para Investigação Clínica

Parte Informativa

1. Título do projeto	**Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**
2. Descrição do projeto, sua natureza e objetivo	Pretendo desenvolver um trabalho de projeto, na área da obesidade infantil com o objetivo geral "Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil". Pretendo assim suportar este projeto de intervenção, através do 'empowerment' dos pais/cuidadores (ensinos individualizados), através do diagnóstico precoce das crianças com excesso de peso ou obesidade (avaliação do IMC), assegurando desta forma a promoção e o desenvolvimento infantil saudável, incutindo estilos de vida saudáveis no domínio da alimentação e da prática de atividade física. Para a concretização do objetivo, será necessário a aplicação de um questionário (Questionário de Alimentação Infantil - QAI) para colheita de dados, que avalia o conhecimento dos pais/cuidados relativos a hábitos alimentares e atividade física. Este questionário será aplicado aos pais/cuidadores das crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade que apresentem excesso de peso e obesidade de forma a avaliar o conhecimento relativo a alimentação. Posteriormente serão efetuadas ações de educação, sobre alimentação saudável e exercício físico de forma individualizada. Após as ações de educação será aplicado novamente o mesmo questionário para verificar se houve evolução nos conhecimentos.
1. Benefícios	Perspetiva-se o ganho em saúde, nomeadamente, prevenção e tratamento da obesidade infantil.

1

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

2. Riscos graves e riscos frequentes	Não são previstos riscos.

Parte declarativa do profissional

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica. Informei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos.

Nome legível do profissional de saúde: |_____|

Data __/__/____ Assinatura, número de cédula profissional

_____

2

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

NOME PARTICIPANTE: |____|

... .../... .../... ... ... (data) *Assinatura* ... ...

3

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE **(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)**

NOME PARTICIPANTE _

NOME DO REPRESENTANTE _

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º .... DATA OU VALIDADE ..../..../.....

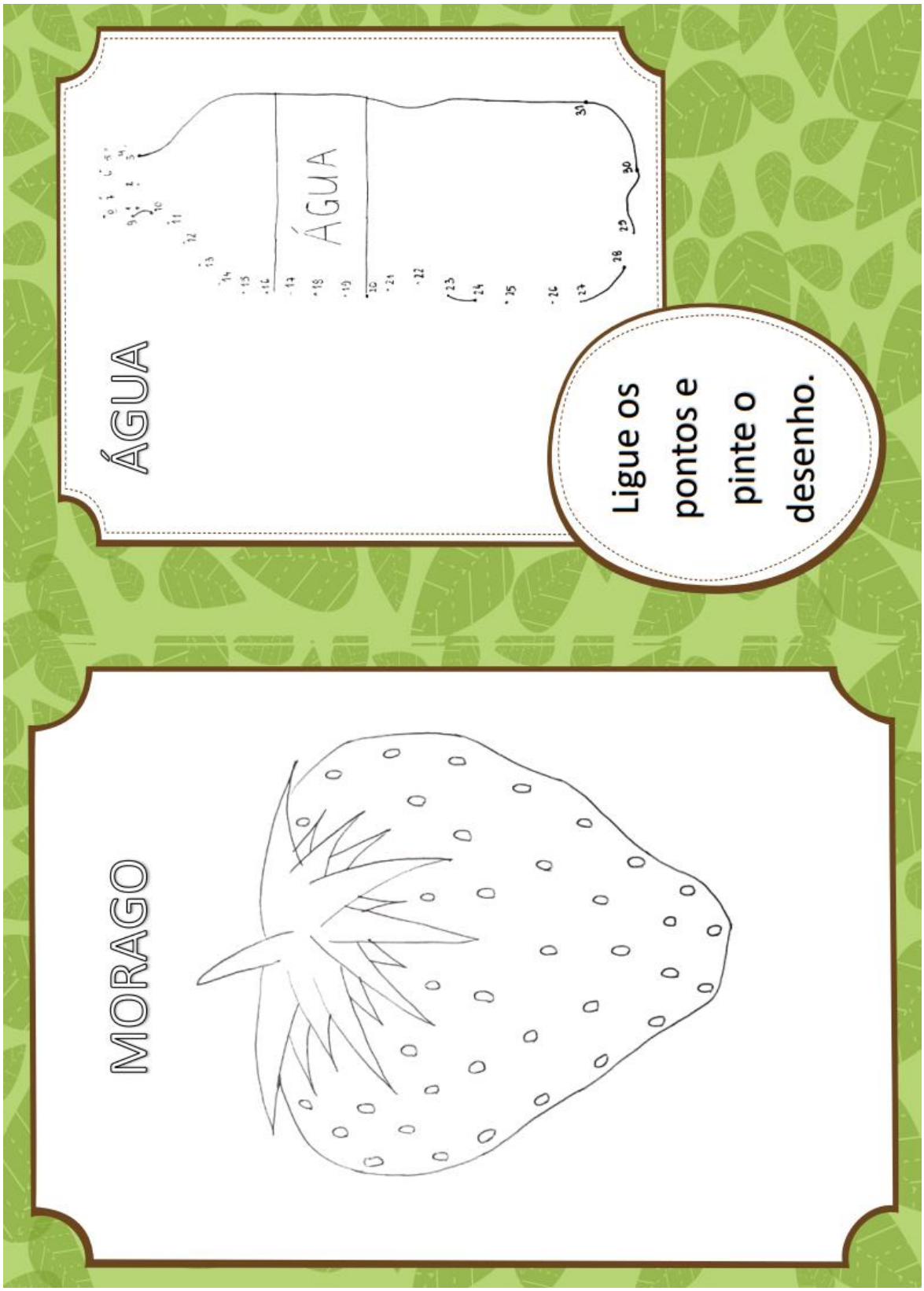
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: ....

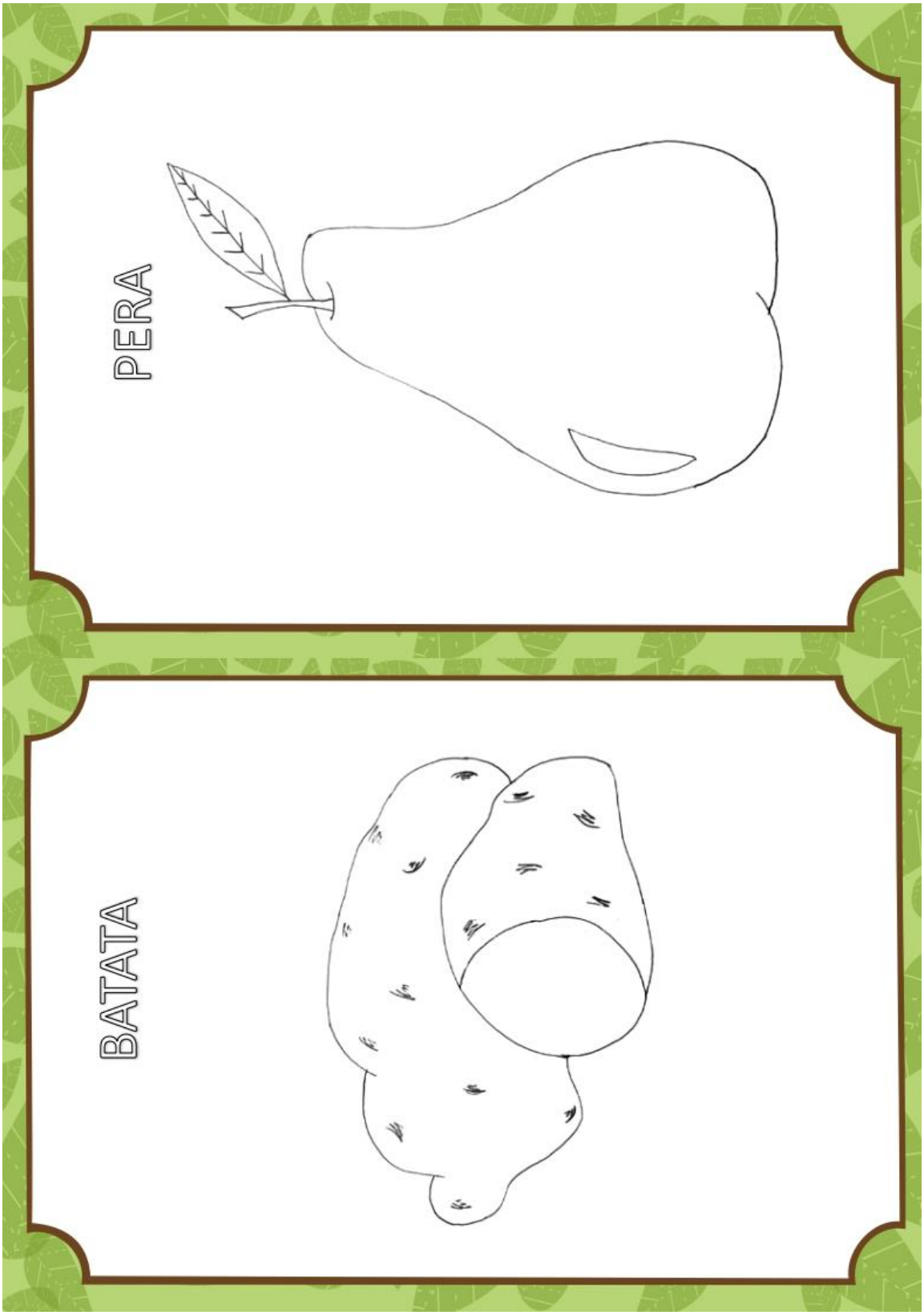
ASSINATURA _

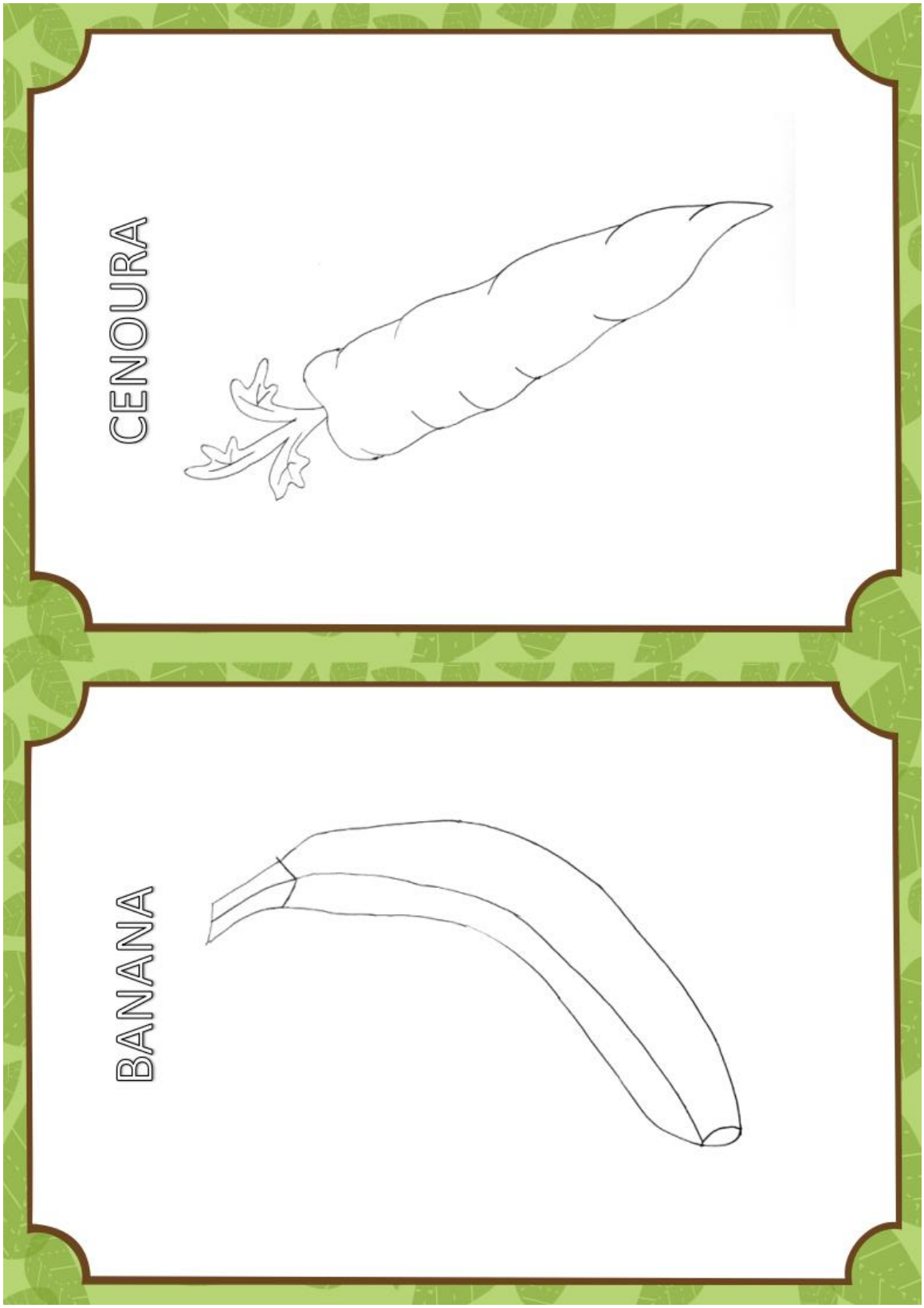
Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente

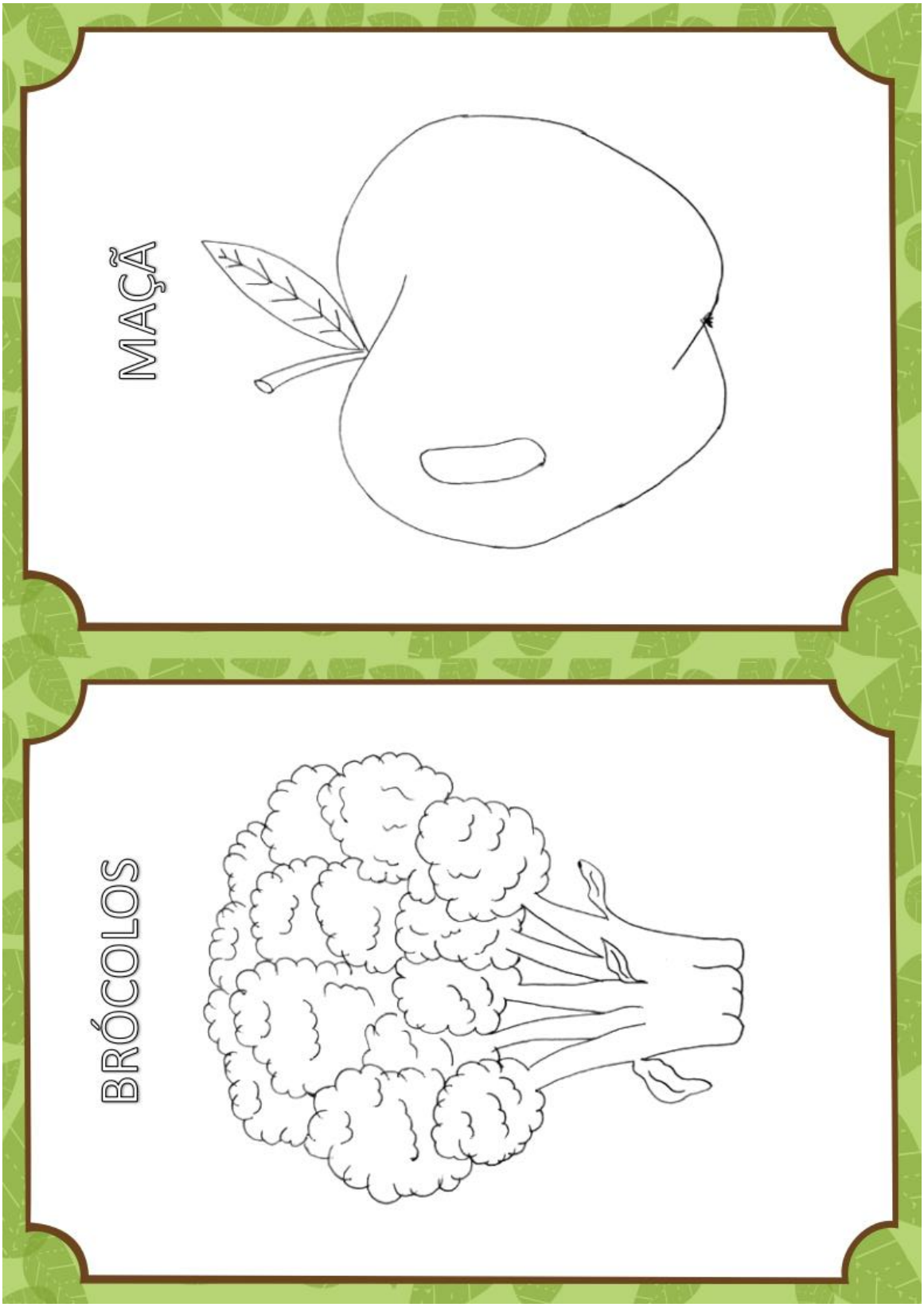
Apêndice VII – Vamos Colorir os Alimentos

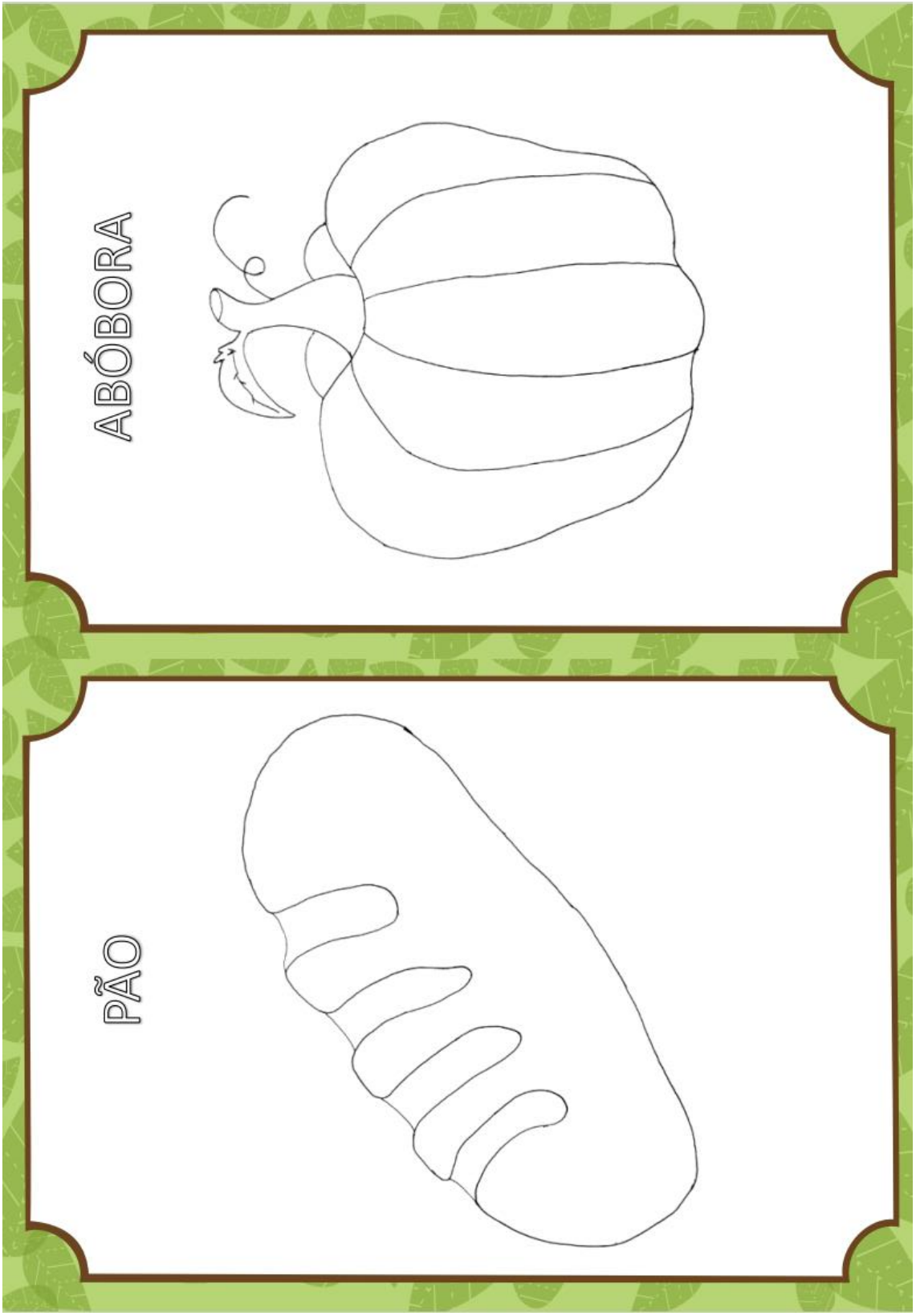
VAMOS COLORIR
OS ALIMENTOS
As imagens foram desenhadas pela autora
4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Cristina Mestre Arosa
Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora
Enfermeira Orientadora: Cátia Páscoa
MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Saúde
IPS


ÁGUA
ÁGUA
Ligue os pontos e pinte o desenho.
MORAGO

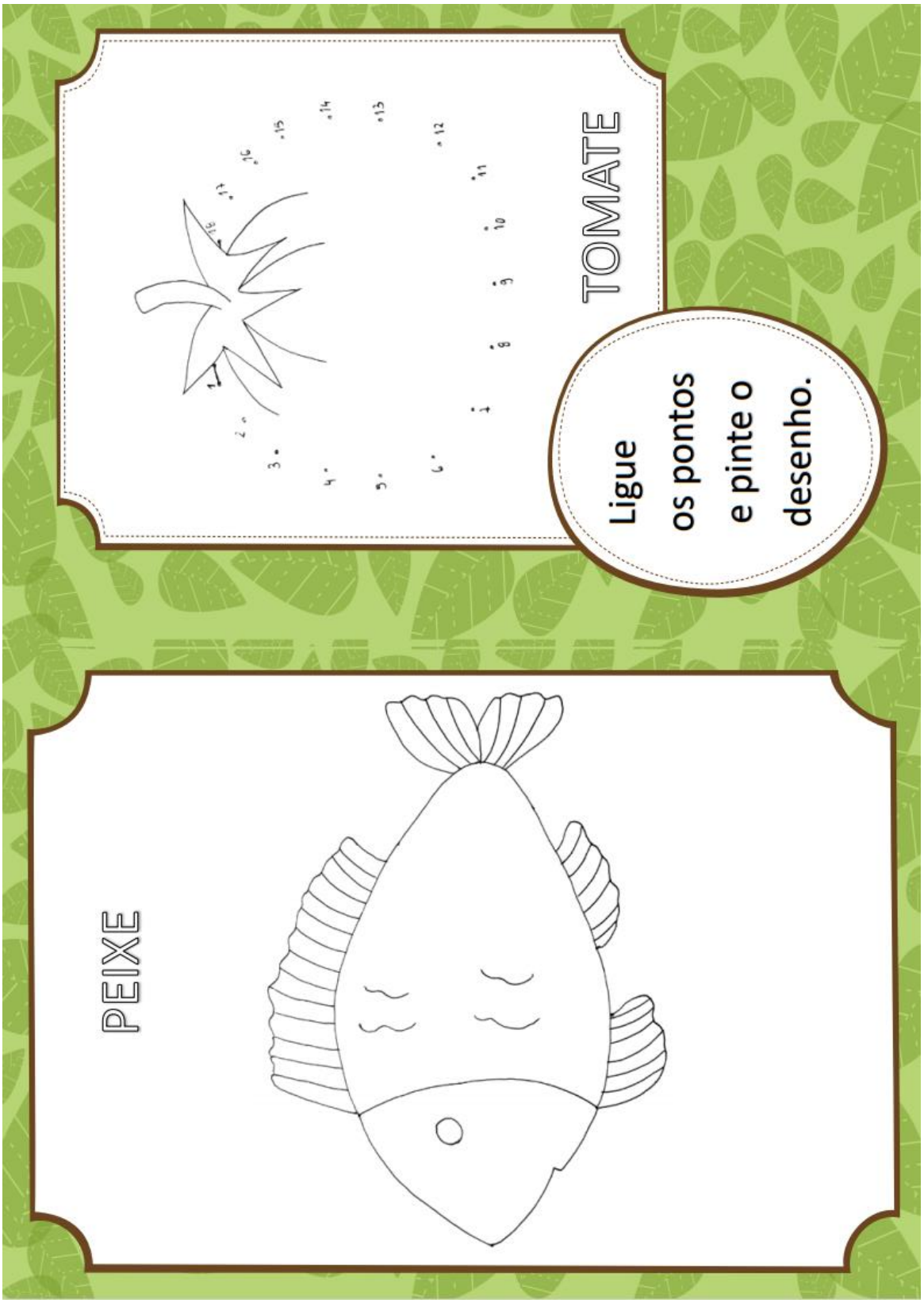

PERA
BATATA

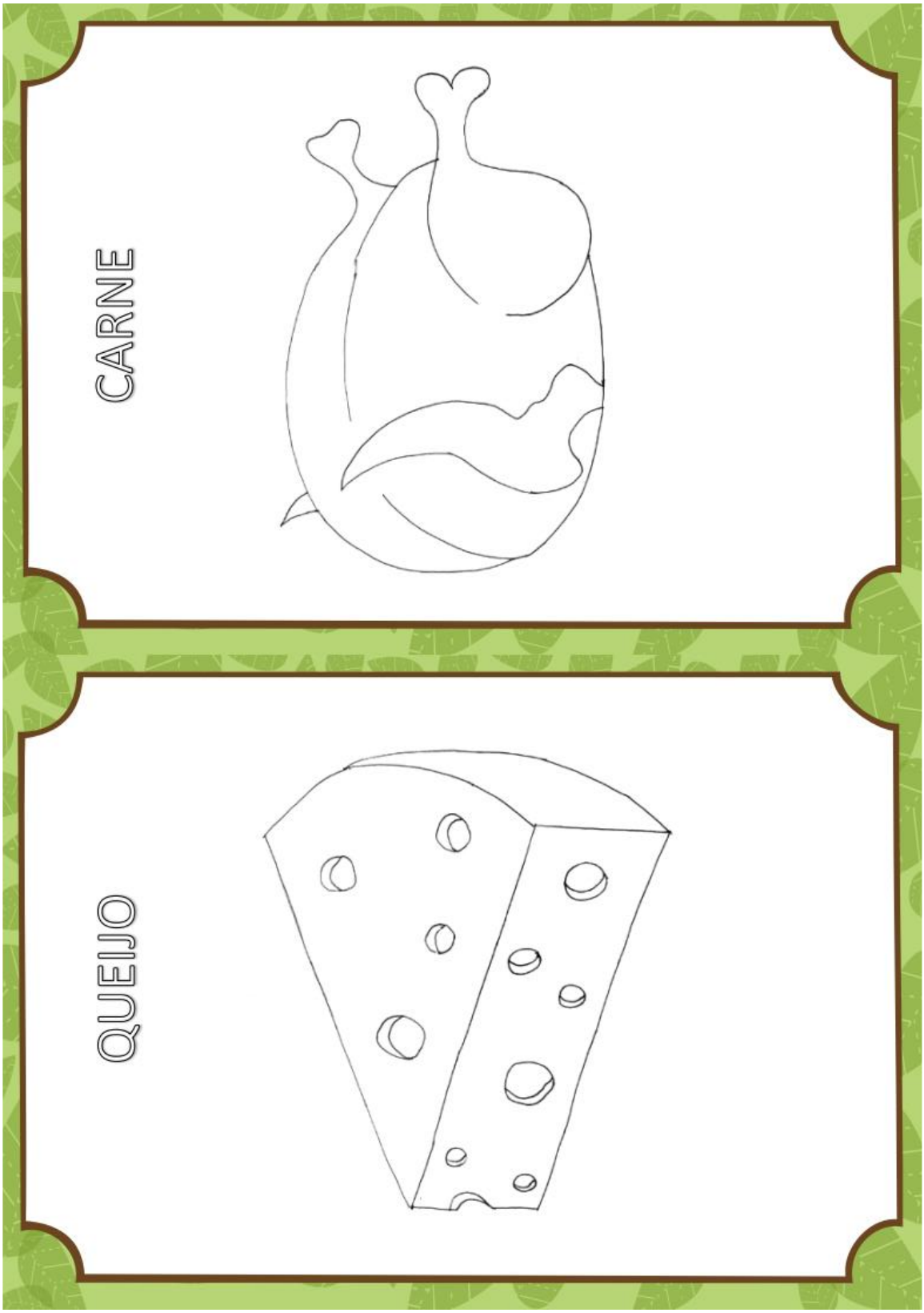

CENOURA
BANANA

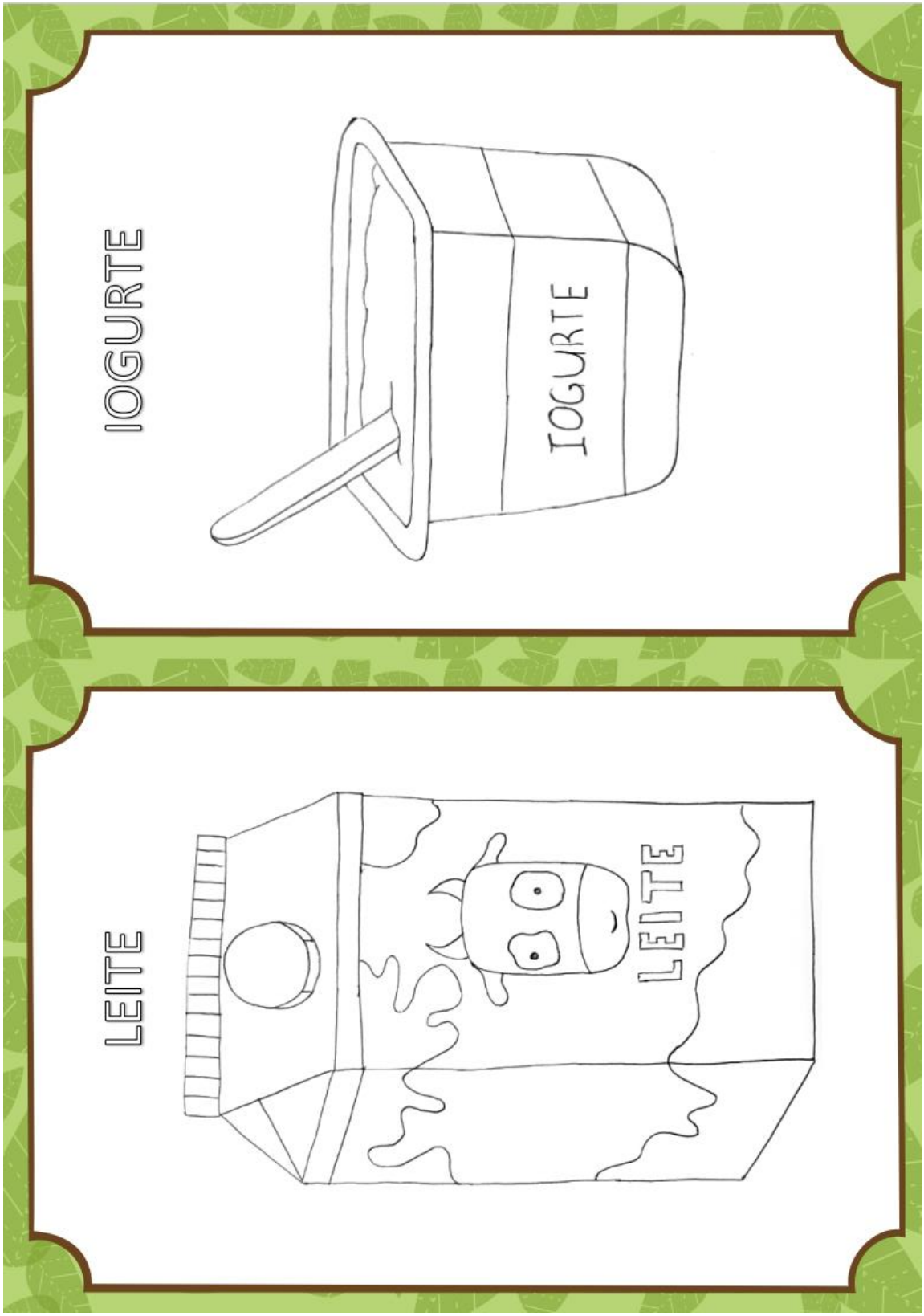

MAÇÃ
BRÓCOLOS


ABÓBORA
PÃO

ERVILHA
AZEITE
Ligue os pontos e pinte o desenho.


PEIXE
TOMATE
Ligue os pontos e pinte o desenho.


CARNE
QUEIJO


IOGURTE
IOGURTE
LEITE
LEITE

Apêndice VIII – Guia Orientador para Profissionais de Saúde sobre o Aleitamento Materno

ALEITAMENTO MATERNO

Guia de orientação para Profissionais de Saúde

FEVEREIRO DE 21

Aluna de Mestrado:
Cristina Arosa

Professora Orientadora:
Professora Doutora Maria Antónia Chora

Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Cátia Páscoa

ALEITAMENTO MATERNO

Guia de orientação para Profissionais de Saúde

O leite humano é um alimento vivo e natural, considerado o melhor e mais completo alimento para um crescimento e desenvolvimento saudável do bebé, oferecendo-lhe todos os nutrientes necessários ao organismo, e proteção contra infeções, através dos anticorpos fornecidos pelo leite materno. É reconhecido também pelas inúmeras vantagens e benefícios, a curto e a longo prazo, não só para o bebé, mas também para a mãe.[1,2,3,4]

Vantagens para o bebé:

- Prevenção de infeções gastrointestinais;
- Prevenção de infeções respiratórias;
- Prevenção de infeções urinárias;
- Efeito protetor sobre as alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Prevenção da diabetes;
- Prevenção da obesidade;
- Prevenção de linfomas.

Vantagens para a mãe:

- Prevenção de hemorragias pós-parto;
- Promove a involução uterina;
- Ajuda na recuperação do peso habitual;
- Reduz o risco de osteoporose;
- Reduz o risco de cancro de mama e do ovário;
- Aumenta a vinculação entre mão e filho;
- Reduz o risco de depressão pós-parto;
- O leite está sempre pronto, económico e prático.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, seguido de amamentação contínua com introdução de novos alimentos até aos 2 anos ou mais.[2]

Atualmente, apenas 37% dos bebés são alimentados exclusivamente com leite materno até aos 6 meses de idade. Uma das metas globais de nutrição para 2025 é aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida em pelo menos 50%.[2]
Há evidencias que mostram a implementação das 10 medidas para o Sucesso do Aleitamento Materno, listados na declaração conjunta da OMS e UNICECF (Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés), protegendo, promovendo e apoiando a amamentação.[2,5]

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Estudos mostram que mais de 90% das mães portuguesas aderem ao aleitamento materno, mas apesar da alta incidência na taxa de adesão cercas de metade das mães desistem muito precocemente de amamentar, durante o primeiro mês de vida do seu filho.[5] São apontados vários fatores que podem influenciar o desmame precoce, como os pessoais, socioeconómicos, culturais e demográficos, bem

como a falta de apoio e acompanhamento dos sistemas de saúde. Desta forma, o papel do enfermeiro é fundamental e imprescindível proporcionar um acompanhamento e ensinos de qualidade na promoção do aleitamento materno e sucesso na amamentação, através da avaliação do conhecimento sobre está temática, bem como a sua adesão.[1,6,7]

Fatores fundamentais para o sucesso da amamentação

- Decisão de amamentar;
- Manter o bebé sempre que possível junto da mãe;
- A mãe deve amamentar sempre que o bebé apresentar sinais de fome e em horário livre;
- Assegurar que o bebé faça uma pega correta;
- Evitar utilizar mamilos artificias, tetinas e chupetas, para não prejudicar a adaptação do bebé à mama;
- Manter as mamadas durante a noite;
- Ponderar a introdução de substitutos do leite materno, salvo por indicação médica ou sempre que se justifique;
- Suporte familiar.

LEITE MATERNO

O leite materno sofre algumas alterações relativas à sua composição, relacionadas com a mamada, o tempo de mamada e do dia, ou seja, existe uma variação conforme as necessidades do recém-nascido. Se o bebé for alimentado com leite materno exclusivo não necessita de ingerir água ou outros suplementos. A composição do leite materno difere em três tipos: o colostro, o leite de transição e o leite maduro, cada qual bioquimicamente adequado às necessidades e período de vida do bebé.[1,4,8]

Colostro

É o primeiro leite após o parto, tem uma cor amarelada e/ou transparente e é produzido em pequenas quantidades, porém adequado e suficiente para o bebé nos primeiros 2 a 3 dias de vida. Este leite é pobre em gordura e lactose, mas por outro lado rico em proteínas, leucócitos, vitamina A e anticorpos, proporcionado uma proteção ao bebé contra infeções e alergias. Tem efeito laxante, facilitando a eliminação de mecônio e colabora na promoção da maturação intestinal e previne alergias e intolerância alimentar. O colostro é produzido até 5-7 dias após o parto, passando, depois para o leite de transição.[4,5,8]

Leite de transição

Este leite apresenta um maior aporte energético, tem maior concentração de gorduras, vitaminas e lactose, que poderá ir até ao 15º dia. Apresenta uma cor mais esbranquiçada (parecida com o leite). Durante este período ocorre a galactogénese II ou activação secretora (descida do leite), as mamas podem ficar mais tensas devendo-se ao aumento da quantidade de leite produzido, podendo causar ingurgitamento mamário ou até mesmo mastite (infeção da mama, devendo-se ao não esvaziamento da mama com frequência). Nesta fase as mães começam a acreditar que o seu leite é fraco devido ao aspeto do leite, é importante ressaltar que o leite inicial possui maior quantidade de água, dai ser mais claro.[1,4]

Leite maduro

A partir do 15º dia até ao desmame é produzido o leite maduro, durante a amamentação numa fase inicial este é mais rico em água e hidratos de carbono e para o fim da mamada vai se tornando mais rico em lípidos. Este leite contém todos os componentes fundamentais para o crescimento e desenvolvimento do bebé.[1,4,8]

Contra-indicações do Aleitamento materno

As contra-indicações do aleitamento materno encontram-se divididas em duas categorias: [5]

Contra-indicações temporárias

Existem algumas situações temporárias em que a amamentação deve ser suspensa durante algum tempo, sendo necessário alimentar o bebé com leite artificial por copo ou colher e a produção de leite materno deve ser estimulada.

- Varicela;
- Herpes com lesões mamárias;
- Tuberculose não tratada;
- Medicação imprescindível para a mãe que seja incompatível com a amamentação.

Contra-indicações definitivas

As contra-indicações definitivas não são muito frequentes, mas, no entanto, existem algumas como é o caso de:

- Mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes;
- Mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH);
- Mães que tomam medicação nociva para o bebé;
- Doenças metabólicas raras no bebé como é o caso da fenilcetonúria e a galactosemia.

PROCEDIMENTOS PARA A PREPARAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Existem alguns procedimentos a ter em conta para a preparação da amamentação, a posição da mãe para amamentar, o posicionamento do bebé e a adaptação do bebé à mama.[5,9]

- Lavar as mãos;
- Escolher um ambiente acolhedor e adotar uma postura confortável e relaxada.

Posição para amamentar

Na posição de sentada:

As costas devem estar direitas e apoiadas, bem como os braços. Colocar os pés assentes no chão. Pode utilizar as almofadas.

Na posição de deitada:

Deve deitar-se de lado na cama, com uma almofada debaixo da cabeça e do ombro.

Imagem 1 - Exemplo de posicionamentos

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/metodos-e-posicao-para-a-mae-amamentar-seguranca-do-bebe_9070879.htm

7

Posicionamento do bebé para a amamentação

- Encostar o bebé à barriga da mãe (barriga com barriga), mantendo a cabeça, ombros e corpo numa linha reta;
- Esperar que o bebé abra a boca (se necessário roçar suavemente o lábio do bebé contra o mamilo da mãe);
- Quando o bebé abrir a boca, movê-lo para a mama da mãe e assegurar que o mamilo e a auréola ficaram na boca do bebé;
- Averiguar se o bebé tem a boca bem aberta, o lábio inferior voltado para fora e o mento encostado à mama da mãe;
- O padrão de mamar pode sofrer algumas alterações durante a mamada, desde sucções breves, longas, profundas e com pausas.

Imagem 2 - Passos para uma boa pega

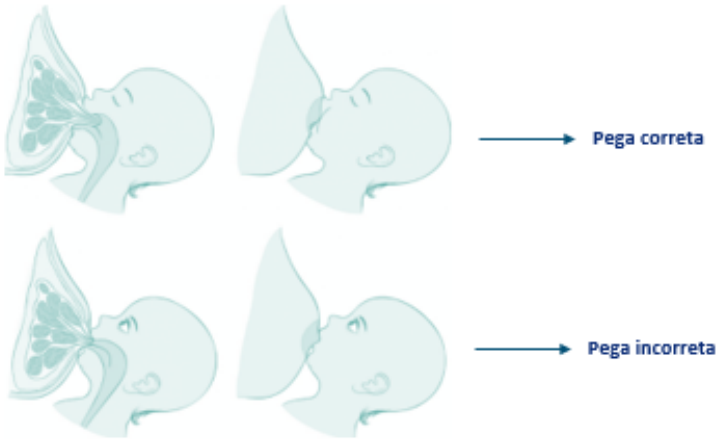
Fonte: https://stock.adobe.com/ee/search/images?k=breastfeeding+positions&asset_id=166461316

Adaptação do bebé à mama

Para que a mamada seja eficaz é importante verificar e assegurar que o bebé efetua uma boa pega, de forma a ingerir a quantidade de leite suficiente durante a amamentação e diminuindo o risco de provocar fissuras e dor nos mamilos.[5,9]

.

Imagem 3 - Diferença entre pega correta e incorreta



Fonte: http://www.cemeru.com/noticias/noticias/aleitamento-materno-alicerce-da-vida

Sinais de Ingestão de leite materno suficiente

Durante os primeiros dias de vida, causam stress e angústia à mãe pelo fato de não perceber se o bebé está a ingerir a quantidade suficiente de leite, e por estar sempre a chorar ou não se acalmar depois da amamentação. Nos primeiros dias o bebé mama entre 8 e 10 vezes durante as 24 horas, e ao fim da primeira semana de vida entre 6 e 8 vezes, ou seja, de 3 em 3 horas, ou de 4 em 4 horas. Existem várias formas de verificar se o bebé ingeriu leite materno suficiente: [9]

- Observar a deglutição do bebé durante a mamada;
- Depois de o bebé mamar as mamas esvaziam e ficam moles;
- Em média o bebé apresenta 6 a 8 fraldas molhadas, com urina clara e sem cheiro nas 24 horas;
- A partir do 5º dia as fezes do bebé têm consistência semilíquidas e de cor amareladas e com pelo menos 3 dejeções por dia;
- A pele do bebé apresenta-se firme e hidratada.

9

Tabela 1 - Diferença entre sinais de sucção eficaz e ineficaz

Sinais de sucção eficaz	Sinais de sução ineficaz
Sucções lentas, profunda e pausadas	Sucções rápidas e superficiais
Bochechas cheias e ouve-se o bebé a deglutir	Bochechas vazias
Termina a mamada com um aspeto de satisfação	Mama com frequência, sem sinais de satisfação
A mãe não sente dor durante a mamada	A mãe sente dor durante a mamada
A mãe sente a mama mais vazia após a mamada	A mãe não sente diferença na mama antes e após a mamada

Horário, duração e intervalos entre as mamadas

A amamentação deve ser frequentada em horário livre, o bebé deve ser amamentado sempre que apresentar fome, o horário não interessa, no entanto durante o primeiro mês de vida, deve ser alimentado com um intervalo até 3 horas. A duração da mamada não é importante, o que interessa perceber é se o bebé está a ingerir o leite e se não está a fazer uma pega correta. A sução e o esvaziamento da mama é o segredo para maior produção de leite.[5,9]

- Deve-se oferecer primeiro a mama que não mamou em último lugar;
- Deve esvaziar completamente a mama e se ficar com fome oferecer a outra mama;
- Deve mamar até ficar satisfeito;
- O intervalo entre as mamadas não deve ultrapassar 3 horas.

COMO ULTRAPASSAR PEQUENAS DIFICULDADES

Mamilos planos e invertidos

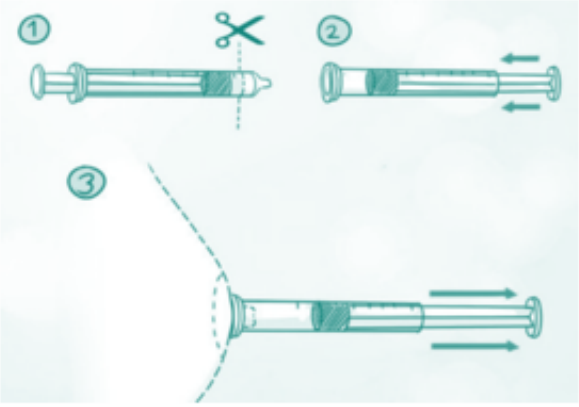
O tamanho dos mamilos não é muito importante, pois estes ficam mais salientes nas últimas semanas de gravidez e/ou após o parto, sendo desaconselhado recorrer a manobra ou método durante a gravidez, visto não haver evidencia que ajude a melhorar o formato do mamilo. É importante: [5]

Imagem 4 - Exemplos de mamilos

Fonte: https://www.plasticadosonho.com.br/blog/seios/mamilo-invertido/

- Colocar o bebé à mama durante a primeira hora após o nascimento;
- Evitar o uso de chupetas e tetinas, para evitar a dificuldade na pega;
- Para os mamilos ficarem mais salientes, tentar rodar os mamilos entre os dedos;
- Promover o contacto pele com pele, deixando o bebé pegar na mama no modo que ele quiser e tentar várias posições;
- Quando as mamas estão muito cheias os mamilos ficam menos salientes, dificultando a mamada, pelo que é aconselhado retirar algum leite (ver capítulo da extração de leite materno) antes de colocar o bebé à mama;
- Espremer um pouco de leite para a boca do bebé, pois normalmente ficam mais motivados para a amamentação após provar o leite;
- A utilização de uma bomba ou uma seringa de 20 ml durante 30-60 segundo, sempre antes da mamada, auxilia a salientar o mamilo.

Imagem 5 - Preparação e uso de seringa para tratamento de mailos invertidos



Fonte: https://www.wikihow.com/Get-Rid-of-Inverted-Nipples

Fissuras no mamilo

Durante a amamentação nas primeiras mamadas é frequente os mamilos ficarem com fissuras e doridos, tornando este um processo doloroso. A principal causa apontada para está situação é a pega incorreta e o mau posicionamento do bebé à mama.[5,9]

Como prevenir:

- Verificar se o bebé efetua uma boa pega na mama;
- Deixar se seja o bebé a interromper a mamada e não a mãe, se for necessário interromper colocar um dedo entre a auréola e a língua do bebé para parar a sucção;
- Evitar lavar os mamilos mais do que uma vez por dia, para além da higiene diária habitual;
- Evitar utilizar discos absorventes impermeáveis;
- Optar pela utilização sob o soutien, conchas de arejamento;
- Aplicar algumas gostas de leite materno no mamilo e auréola e deixar secar após o banho e cada mamada.

Como tratar:

- Corrigir a posição e a pega, iniciando a amamentação pela mama menos afetada, após correção da pega a dor provocada pelas fissuras normalmente desaparece espontaneamente, não sendo necessário o recurso de tratamento farmacológico;
- Colocar compressas quentes ou frias ou discos de hidrogel;
- Colocar 2-3 gotas de leite materno sobre os mamilos;
- Colocar creme de Lanolina, em mamilos traumatizados;
- Em casos mais graves aplicar antibiótico tópico segundo prescrição médica;
- Se houver dor, analgésico mediante prescrição médica.

Candidíase mamária

Pode surgir quando há história de candidíase oral ou do períneo do bebé, ou candidíase vaginal da mãe durante o parto. Pode manifestar-se de várias formas, por uma dor constante ou que começa após a mamada na mama que pode ser bilateral. Os mamilos apresentam uma sensação de queimadura com irradiação para dentro da mama. A mama não apresenta sinais inflamatórios por norma, no entanto os mamilos apresentam-se rosados, brilhantes e descamativos. Devem ser sempre tratados as mamas da mãe e a boca do bebé ao mesmo tempo. No caso da utilização de acessórios como chupetas, tetinas, entre outros, estes devem ser esterilizados com frequência.[9]

Como tratar:

- Tratamento tópico da mama
  a. Cremes antifúngicos e antifúngico por via oral mediante prescrição médica;
  b. Antes da mamada remover os resíduos farmacológicos dos mamilos;

- Tratamento do bebé
  a. Antifúngicos orais segundo prescrição médica.

Dutos bloqueados

Ocorre quando o leite não é completamente removido de uma parte da mama, provocando estase do leite normalmente localizada num único quadrante da mama, mais frequente no superior-externo. Os sintomas mais comuns são um nódulo doloroso e ruborizado, mas também pode haver sintomas sistémico, como febre e mal-estar geral. Pode surgir também um ponto branco no mamilo, denominado "bolha de leite", que é sugestivo de

obstrução mamilar. São apontados como principais causas, a pega incorreta, diminuição do número de mamadas, soutien apertado, trauma mamário ou ingurgitamento.[5,9]

Como prevenir:

- Assegurando sempre uma pega correta;
- Ensinar a mãe a extrair o leite manualmente ou através do uso de bomba (ver capítulo da extração de leite materno), sempre que necessário.

Como tratar:

- Corrigir a pega, se necessário;
- Aumentar o número de mamadas na mama afetada, para um esvaziamento completo;
- Posicionar o bebé na mama com o mento em direção ao bloqueio para ajudar na drenagem da área afetada;
- Efetuar massagens durante a mamada na zona afetada para facilitar a drenagem do leite;
- Após a mamada extrair o leite manualmente, massajando a zona afetada em direção ao mamilo;
- Se existir uma "bolha de leite" no mamilo deve friccionar-se com uma tolha após o banho, se não resolver tem de ser perfurado com uma agulha para desentupir o ducto;
- Se houver dor, analgésico mediante prescrição médica.
- Se existir persistência ou recorrência de um ducto entupido que não se resolve com medidas conservadoras, tem indicação para estudo imagiológico.

Ingurgitamento mamário

Entre o 3º e 5º dia após o parto ocorre a galactogénese II ou activação secretora, também conhecida como a "descida" do leite, nesta altura é muito frequente as mamas ficarem tensas, quentes e doridas, devido ao aumento da produção de leite e à quantidade de fluidos nos espaços intersticiais, provocando edema dos tecidos da mama, início tardio da amamentação, restrição do tempo da mamada e pega incorreta, dificultando a mamada e o esvaziamento do leite da mama. Pode surgir febre durante 24 horas.[5,9]

Tabela 2 - Diferença entre mama cheia e mama ingurgitada

Mama Cheia	Mama ingurgitada
Quente	Presença de dor moderada a severa
Pesada	Edemaciada
Endurecida	Tensas, brilhantes, avermelhadas
Pinga leite	Pode não pingar leite
Sem febre	Pode surgir febre com duração inferior a 24 horas

Como prevenir:

- Iniciar a amamentação logo após o parto, idealmente na primeira meia hora;
- Praticar mamadas em regime de horário livre;
- Assegurando sempre uma pega correta.
- Alojamento conjunto, a mãe permanecer ao lado do bebé 24h/dias até à alta hospitalar;
- Ensinar a mãe a extrair o leite manualmente (ver capítulo da extração de leite materno).

Como tratar:

- Aplicar compressas de água quente ou o chuveiro com água morna e efetuar massagens suaves (movimentos circulares) em direção ao mamilo;
- Esvaziar sempre a mama mais cheia;
- Se após a mamada a mama continuar congestionada, optar por esvaziar a mama manualmente ou com bomba extratora de leite (ver capítulo da extração de leite materno);
- Quando terminar de esvaziar a mama aplicar frio durante 5 minutos, com compressas frias, gelo ou placa térmica;
- Na próxima mamada repetir os passos novamente com a outra mama, se necessário.

Mastite

Consiste numa inflamação da mama, apresentando rubor, calor, dor e endurecimento uni ou bilateral. Esta situação acontece quando os dutos mamários ficam bloqueados ou por infeção através dos mamilos fissurados, provocando mal-estar e febre. Surge habitualmente nas primeiras 12 semanas após o parto, sendo mais comum nas 3ª e 4ª semana. É classificada em não infeciosa (por estase de leite, devido a remoção ineficiente) ou infeciosa (a persistência de estase de leite pode causar uma infeção, que na maioria das vezes é causada por *Staphylococcus aureus*. Para o seu diagnóstico pode ser necessária a realização de análises laboratoriais e cultura do leite.[5,9]

Fatores de risco

- Sucção ineficaz;
- Pega incorreta;
- Padrões irregulares de amamentação;
- Fissura mamilar;
- Ductos bloqueados;
- Infeção por fungo;
- Elevada produção de leite;
- Desmame precoce;
- A compressão da mama;
- Alteração na orofaringe do bebé.

Como prevenir:

- O ingurgitamento mamário e os mamilos fissurados devem ser tratados;
- Evitar comprimir a mama excessivamente durante a amamentação e roupas que comprimam a mama.

Como tratar:

- Não parar de amamentar, durante o episódio de mastite;
- Posicionar o bebé na mama com o mento em direção ao bloqueio para ajudar na drenagem da área afetada;
- Esvaziar a mama após a amamentação, manualmente ou com bomba (ver capítulo da extração de leite materno), de forma a reduzir a duração da mastite bem como a manutenção da amamentação;
- Efetuar massagens durante a mamada na zona afetada em direção ao mamilo para facilitar a drenagem do leite;

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO

Está técnica pode ser efetuada sempre que necessário, ou por algum problema (ingurgitamento mamário ou mastite), ou quando a mãe regressar ao trabalho. Antes de qualquer procedimento as mãos devem ser sempre lavadas e os materiais de extração e armazenamento do leite materno podem ser lavados com água quente e sabão e esterilizados, fervendo durante 20 minutos. Secar e guardar em local limpo.[5,9]

De forma a facilitar a saída do leite:

- A mãe deve procurar um ambiente calmo, manter-se confortável e relaxada;
- A aplicação de calor, compressas quentes ou chuveiro com água morna;
- Efetuar massagens suaves à mama (movimentos circulares) em direção ao mamilo;
- Efetuar uma leve estimulação dos mamilos com o dedo indicador e polegar.

Técnica para extração manual

- Colocar o polegar na aréola acima do mamilo e o indicador, na aréola por baixo do mamilo (deve fazer um "C" com o polegar e o indicador);
- Mantendo os dedos na mesma posição, fazer uma ligeira pressão para trás;
- Comprimir e pressionar em simultâneo o polegar e o indicador, sem deslizar na pele;
- Suspender a pressão e repetir os movimentos anteriores de forma alternada (comprimir, pressionar e soltar).

Imagem 5 - Técnica da extração manual

Fonte: https://comparebaby.com.br/extrator-de-leite-materno-qual-o-melhor/

Bombas Manuais

As bombas manuais são de muito fácil utilização quando as mamas estão cheias de leite. Seguir as instruções do respetivo fabricante.

Bombas Elétricas

As bombas elétricas funcionam de forma automática, são muito fáceis de utilizar e muito confortáveis se for para extrair leite por um período prolongado. Seguir as instruções do respetivo fabricante.

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Voltar ao Trabalho

A volta ao trabalho causa sempre alguma ansiedade e preocupação as mães, apesar da legislação apoiar o aleitamento materno, esta nem sempre é igual para todas as mães, devido a várias razões: [5]

- O local de trabalho é perto do domicílio;
- A ama ou a cresce são próximos do local de trabalho;
- Tem apoio de alguém que pode levar o bebé ao local de trabalho da mãe para o amamentar.

Se nenhuma das hipóteses anteriores for possível:

- Pode retirar leite antes de sair de casa para ser dado ao bebé;
- No local de trabalho, a mãe deve retirar o leite com a frequência que o bebé mamaria;
- Sempre que estiver em casa amamente, de manhã, à noite ou sempre que seja possível.

Condicionamento e preparação do leite

- Após extração do leite materno deve-se identificar o recipiente (saco plástico esterilizado ou biberão esterilizado) com data e hora;
- O leite materno que não se tenciona utilizar dentro das 24-48 horas deve ser congelado;
- Descongelar o leite materno lentamente no frigorifico;
- Após ser descongelado, o leite materno deve ser conservado no frigorifico e utilizado dentro de 24 horas;
- Não voltar a congelar o leite descongelado;
- O leite materno deve ser aquecido sempre em banho-maria e nunca no micoondas.

Validade

Imagem 6 - Validade do leite materno

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25ºC)	6/8 horas

LEITE REFRIGERADO	Tempo máx.
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4ºC)	8 dias
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10ºC)	3/5 dias*
*Se temp. >5ºC depois 3.º dia, consumir 6 h seguintes	

LEITE CONGELADO	Tempo máx.
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica(-19ºC ou + baixo)	+6 meses

DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máx.
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

Fonte: LEVY, L. & BÉRTOLO, H. (2012, p. 33)

ALIMENTAÇÃO EM NEONATOLOGIA

O internamento de um filho é uma momento gerador de grande stress, tanto para a mãe como para o recém-nascido, pelo facto de interferir na interação e vinculação mãe-filho devido ao distanciamento físico inerente, influenciando de forma negativa o processo de amamentação. Há estudos que mostram que as mãe têm por vezes dificuldades em manter a lactação durante o internamento do seu filho, expressando também insegurança e medo de prestar os cuidados aos seus filhos, por serem bebés muito pequenos.[10] Os *"recém-nascidos pré-termo ou mesmo recém-nascidos de termo doentes normalmente apresentam condições adversas qua dificultam a sua nutrição (...)"*[11] (p.11). Nestes casos, de forma a promover uma nutrição adequada é necessário instituir estratégias de suporte nutricional.[11]

Recém-nascido de termo

Os recém-nascido de termo, pela doença ou problema que apresentam podem não conseguir ser alimentados por leite materno exclusivo, sendo necessário a introdução de leite artificial para suprimir as necessidades alimentares, até adquirirem estabilidade clínica para se alimentarem exclusivamente à mama. O leite artificial ou leite materno, se houver disponível, pode ser oferecido de várias formas, por:[12]

- Copo;
- Biberão;
- Seringa;
- Sonda nasogástrica.

Recém-nascido pré-termo

As dificuldades associadas à prematuridade e à manutenção da produção leite materno são apontados como alguns fatores que contribuem para o desmame precoce.[13] A prematuridade dificulta a amamentação, pois os bebés apresentam dificuldade em coordenar a sucção-deglutição-respiração pela imaturidade fisiológica e neurológica. A sucção do recém-nascido desenvolve-se a partir das 33 semanas, a alimentação oral segura e bem-sucedida exige não só uma sucção, deglutição e respiração adequados, mas também a coordenação dos três de modo a minimizar os episódios adversos de apneia, bradicardia, dessaturação de oxigênio e aspiração.[14] Assim, cabe aos profissionais de saúde delinear estratégias para gerir as dificuldades que possam comprometer o aleitamento materno e a saúde da mãe e do recém-nascido.[10] A nutrição a recém-nascido pré-termo é uma das áreas que mais tem evoluído ao longo do tempo, o que tem permitido a criação de procedimentos proporcionando uma mudança das práticas nas Unidades de Neonatologia, com o objetivo de proporcionar os nutrientes necessários a um crescimento adequado.[15]

Aleitamento Materno

O aleitamento materno deverá ser sempre o *Golden Standart* da nutrição do recém-nascido sempre que se verifiquem condições clínicas para tal. No entanto nem sempre é possível o aleitamento materno e desta forma deve usar-se um leite especial para prematuros (LEP), pelo menos até às 40 semanas de Idade Gestacional corrigida. A administração nem sempre é possível fazer-se à mama (normalmente em recém-nascidos com idade gestacional inferior às 32 – 34 semanas de idade gestacional), sendo utilizada uma sonda naso/orogástrica de forma transitória até a amamentação.[14,15]

Nutrição entérica

Inicio da nutrição:

- Existem estudos científicos que referem que a nutrição entérica deve ser iniciada o mais precoce possível (24-73 horas) desde que a condição clínica o permita e exista leite materno disponível;[15]
- Inicia-se com uma nutrição enteral mínima também denominada de nutrição trófica, que consiste na administração de pequenas quantidades de leite (colostro ou fórmula láctea) com o objetivo de preparar o trato gastrointestinal para a nutrição subsequente. Apresenta como vantagens:[15]
    - Aumento de peso;
    - Melhor tolerância digestiva;
    - Melhor motilidade intestina;
    - Hemeostasia mineral melhorada;
    - Menor tempo de hospitalização;
    - Desenvolvimento melhorado.

Formas e vias de administração:

O leite pode ser administrado fazendo recurso a uma sonda naso ou orogástrica. A evidência diz-nos que devemos de utilizar, preferencialmente, as sondas orogástricas uma vez que permitem uma maior estabilidade respiratória e consequentemente um menor número de apneias. A administração pode ser feita de forma contínua ou intermitente.[16]

Continua

- **Vantagens**
  - Menor número de apneias durante a administração de leite.

- **Desvantagens**
  - Perda de nutrientes;
  - Contaminação microbiana aumentada;
  - Resposta fisiológica menos natural.

Intermitente (Bólus)

- **Vantagens**
  - Melhor tolerância;
  - Rápida evolução para uma alimentação exclusivamente enteral;
  - Melhor crescimento;
  - Mais económica (não necessárias bombas perfusoras).

Além das duas formas supramencionadas existe um método denominado de **misto ou bólus lento**, que consiste na administração do leite de forma intermitente com uma duração entre 30 minutos, ou bólus por sonda-declive, que combina as vantagens dos dois métodos anteriores.

Na formas intermitente ou bólus lento, a periodicidade da administração pauta-se pelas **3/3 horas**, salvo em algumas situações específicas em que o período de tempo pode ser inferior ou superior às 3/3 horas.[15,16]

Ritmo de progressão

O aumento do volume de leite administrado é considerado de acordo com:[15]

- Idade gestacional e peso do recém-nascido
- Evolução clínica;
- Tolerância digestiva (resíduos gástricos, vómitos);
- Distensão abdominal.

Quantidade/volume de leite a administrar

A quantidade/volume a administrar é diretamente proporcional ao peso do recém-nascido, à condição clínica e de acordo com prescrição médica, situando-se habitualmente entre os 150 e 200ml/Kg/dia.[15,16]

Tipo de Leite

Como já referido a administração do leite materno é considerado como *Gorden Standart* pelas vantagens que apresenta, nomeadamente psicológicas, afetivas e biológicas (nutritivas, imunológicas, infeciosas e de desenvolvimento), traduzindo um menor número de situações de sépsis, enterocolite necrosante e melhores quocientes de desenvolvimento.[14,15]

Tendo em conta que o recém-nascido pré-termo apresenta necessidades nutricionais aumentadas no que respeita a um aumento da carga calórica para um crescimento precoce ótimo, níveis de sódio, cálcio, fosforo, ferro e vitaminas, é por vezes necessário suplementar com fortificantes e polivitamínicos uma vez que o leite materno apresenta limitações no que respeita aos aspetos nutricionais.[15]

Intolerância digestiva

Para determinar o método apropriado de alimentação é fundamental avaliar de forma sistemática e continua a tolerância digestiva. São sinais de intolerância:[15]

- Presença de resíduos gástricos > 2-3ml/kg e/ou > 50% do volume administrado na refeição anterior (administração intermitente);
- Vómitos;
- Distensão abdominal;
- Diarreia;
- Sangue nas fezes.

O que fazer:

- Suspender o suprimento nutricional;
- Posicionar o recém-nascido durante a alimentação em decúbito dorsal ou lateral direito, permitindo desta forma um melhor esvaziamento gástrico.

Transição para alimentação oral

A transição para a alimentação oral deverá ser feita preferencialmente para a mama e deve iniciar-se quando existam indicadores de que o recém-nascido está preparado para o fazer. É necessária uma reavaliação constante para o ajustamento tendo em conta a evolução verificada, considerando o ganho de peso, a manutenção da estabilidade térmica, a capacidade motora oral e a ausência de intolerância digestiva ou condições médicas anormais (apneias ou aumento das necessidades de oxigénio).[15]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira, L. C., Cavalcante, W. R., & Batista, L. (2016). Conduta de enfermagem na prevenção do desmame precoce. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*, (1), 943-949. Disponível em http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/c2dd0fb99a35c407ee2ccd4d0d3d9010.pdf

2. World Health Organization (2017). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Genebra, Suiça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/

3. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa Vol. 43 Nº 5 Setembro – Abril 2012 Suplemento II. Disponível em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/34/20121029190143_SuplII_Acta%20Pediat_Vol43_N5.pdf

4. Associação Portuguesa de Nutrição. Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book nº 53. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição; 2019. Disponível em https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf

5. LEVY, L. & BÉRTOLO, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno (Edição Revista 2012); Lisboa: Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos Dos Bebés. Disponível em https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

6. Marinho, M. S., Andrade, E. N., & Abrão, A. C. F. V. (2015, julho-dezembro). A Atuação do(a) Enfermeiro(a) na Promoção, Incentivo e apoio ao Aleitamento Materno: Revisão Bibliográfica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4 (2), 190-198. Disponível em https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/598/547

7. Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: https://www.dgs.pt/pns-eprogramas/programas-desaude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

8. Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacaosaudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadorespdf.as

9. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). Boas Práticas em Aleitamento Materno: Guia de apoio a profissionais de saúde. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Disponível em https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf

10. Cruz, M. R. & Sebastião, L. T. (2015, março). Amamentação em prematuros: conhecimento, sentimentos e vivências das mães. Distúrbios Comunicação, 27(1), 76-84. Disponível em https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362/16328

11. Falcão, M., C. (2003, janeiro-dezembro). Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. Rev Med, 82(1-4), 11-21. Disponível em https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/62476

12. Paiva, C. V. A., Saburido, K. A. L., Vasconcelos, M. N. & Silva, M. A. M. (2013, outubro-dezembro). Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. Rev Min Enferm, 17(4), 924-931. http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130067

13. Méio, M. D. B. B., Villela, L. D., Júnior, S. C. S. G., Tovar, C. M. & Moreira, M. E. L. (2018). Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro anos de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7), 2403-2412. Disponível em https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-952705

14. Pinto, M. C., Bueno, M. F. & Montes, L. G. (2020). O uso da técnica de translactação em recém-nascidos de parto de prematuro. Revista Intersaúde, 3(1), 67-74. Disponível em http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/155/97

15. Silva, L. P., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissarra, S. & Cardoso, M. (2014). NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA CRIANÇA NASCIDA PRÉ-TERMO: REVISÃO DO CONSENSO NACIONAL. Acta Pediátrica Portuguesa, 45, 326-339. Disponível em http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf

16. Gomes, A. (2004). Nutrição Entérica do Recém-nascido Prétermo. Consensos em Neonatologia. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Nutricao_Enterica_Recem-nascido_Pretermo.pdf

Apêndice IX – Folheto – Amamentação

Como saber que o meu bebé não ficou com fome?

- Observar se o bebé engole durante a mamada;
- Depois de o bebé mamar, as mamas esvaziam e ficam moles;
- Em média o bebé urina de 6 a 8 fraldas nas 24 horas;
- A partir do 5º dia as fezes do bebé são semilíquidas e de cor amarelada e têm cerca de 3 dejeções por dia;
- A pele do bebé apresenta-se firme e hidratada.

Como fazer quando regressar ao trabalho ou for para a creche?

A técnica da extração do leite materno pode ser efetuada sempre que necessário, ou por algum problema relacionado com as mamas.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25ºC)	6/8 horas

LEITE REFRIGERADO	Tempo máx.
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4ºC)	8 dias
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10ºC)	3/5 dias*

*Se temp. >8ºC depois 3.º dia, consumir 6 h seguintes

LEITE CONGELADO	Tempo máx.
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19ºC ou + baixo)	>6 meses

DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máx.
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, seguido de amamentação contínua com introdução de novos alimentos até aos 2 anos ou mais.

Não se preocupe, sabe porquê?

O enfermeiro da Neonatologia está cá para o ajudar a superar todos os seus medos e dúvidas, de forma a adquirir confiança e competência para cuidar do seu bebé.

Fonte:

Associação Portuguesa de Nutrição. Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book nº 53. Porto: Associação Portuguesa de Nutrição; 2019. Disponível em https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacaosaudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores.pdf.fas

LEVY, L. & BÉRTOLO, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno (Edição Revista 2012). Lisboa: Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos Dos Bebés. Disponível em https://unicef.pt/media/1501/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

World Health Organization (2017). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva, Suiça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/

Fonte Imagens:

https://guidemamas.com/bebe/allaitement-de-bebe/allaitement/attachment/allaitement-maternel/

https://bcfree.pik.com/vetores-premium/metodos-e-posicao-para-a-mae-amamentar-seguranca-do-bebe_9078079.htm

LEVY, L. & BÉRTOLO, H. (2012, p. 33)

Aluna: Cristina Arosa

Enfermeira Orientadora: Cátia Páscoa

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antônia Chora

AMAMENTAÇÃO

Fevereiro 2021

Porquê amamentar?

O leite humano é um alimento vivo e natural, considerado o melhor e mais completo alimento para um crescimento e desenvolvimento saudável do seu bebé, oferecendo-lhe todos os nutrientes necessários ao organismo, e proteção contra infeções e doenças.

Vantagens para o Bebé

- Prevenção de infeções;
- Prevenção da intolerância alimentar;
- Tem efeito laxante;
- Promoção da maturação intestinal;
- Efeito protetor sobre as alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Prevenção da diabetes;
- Prevenção da obesidade;
- Prevenção de linfomas.

Vantagens para a Mãe

- Prevenção das hemorragias pós-parto;
- Promove a involução uterina;
- Reduz o risco de osteoporose, de cancro da mama e do ovário;
- Ajuda na recuperação do peso habitual da mãe.

Como colocar o bebé à mama?

- Encostar o recém-nascido à barriga da mãe (barriga com barriga), mantendo a cabeça, ombros e corpo numa linha reta;
- Espera que o recém-nascido abra a boca (se necessário roçar suavemente o lábio do recém-nascido contra o mamilo da mãe);
- Quando o recém-nascido abrir a boca, movê-lo para a mama da mãe e assegurar que o mamilo e a auréola ficaram na boca do recém-nascido;
- Averiguar se o recém-nascido tem a boca bem aberta, o lábio inferior voltado para fora e o queixo encostado à mama da mãe;
- O padrão de mamar pode sofrer algumas alterações durante a mamada, desde sucções breves, longas, profundas e com pausas.

O seu leite é o melhor alimento para o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Como me posiciono para amamentar?

Horário e duração das mamadas?

A amamentação deve ser em horário livre, o bebé deve ser amamentado sempre que apresentar fome, o horário não interessa, no entanto durante o primeiro mês de vida, deve ser alimentado com um intervalo até ao máximo de 3 horas.

- Deve-se oferecer primeiro a mama que não mamou em último lugar;
- Deve esvaziar completamente a mama e se ficar com fome oferecer a outra mama;
- Deve mamar até ficar satisfeito;
- O intervalo entre as mamadas habitualmente não ultrapassa as 4 horas.

Apêndice X – Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º/X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 1/16
ASSUNTO: **Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS**		ELABORADA POR: Serviço Pediatria Enfª Cristina Arosa Enfª Cátia Páscoa	
DIVULGAÇÃO: **Manual Hospitalar** **Manual Enfermagem – Capítulo X - Pediatria**		APROVADA POR: Enfª Directora **Documento Aprovado Original Arquivado**	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: **Vacinação, Registo de Vacinas**			

I – INTODUÇÃO

A Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação foi desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, onde a DGS coordena e fornece todo apoio técnico necessário. Esta aplicação encontra-se disponível em todas as Unidades do Serviço Nacional de Saúde (Cuidados de Saúde Primários e Hospitais) e para os profissionais de saúde com as respetivas cadenciais para a sua utilização.

II – DEFINIÇÃO

A plataforma é uma ferramenta que permite registar as inoculações de vacinas, fornecer o esquema vacinal recomendado e permitir a consulta do registo vacinal do utente, bem como, o fornecimento de informações relativamente as vacinas administradas (data, lotes, local anatómico de administração e a unidade de saúde onde foi administrada), permitindo desta forma a gestão e centralização do Plano Nacional de Vacinação. Os utentes que se encontram registados no "Registo de Saúde Eletrónico – Área do Cidadão também pode consultar o seu histórico vacinal online e guardar o Boletim de Vacinas.

Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 2/16

III – OBJETIVOS

- **Uniformizar** o registo das vacinas, melhorando a eficiência do registo e da gestão da vacinação aos níveis local, regional e nacional.
- Contribuir para a melhoria da qualidade de informação sobre o histórico de vacinação.

IV – INFORMAÇÕES GERAIS

A) – QUEM EXECUTA

Enfermeiro

A) – **HORÁRIO**

Após administração da vacina ao recém-nascido/criança se estiver registado, se não, assim que se encontre registado, transcrever a vacina para a plataforma.

V – PROCEDIMENTO

Registo da Vacina na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS

A) Recém-nascido/criança que se encontrar **REGISTADO** no dia da administração da vacina (ANEXO I).

	INTERVENÇÕES
1	Selecionar o **utente** e clicar na barra de menus na aplicação **RSE** (Registo de Saúde Eletrónico) para aceder a Área do Profissional;
2	Após abertura da aplicação clicar em **VACINAS** na barra de ferramentas e selecionar **Calendário de vacinação**;
3	No Calendário Vacinal do Utente clicar no ícone para registar a inoculação da vacina.
4	Para efetuar o registo da inoculação temos que selecionar a **setas** e escolher a informação em relação à vacina. É obrigatório o preenchimento dos ícones com **(*) a vermelho** para guardar (alguns já se encontram preenchidos é só confirmar se está correto, se não estiver devemos alterar). A origem do lote é sempre **Unidade de Saúde**,

Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 3/16

	pois a vacina é do Hospital.
5	Quando todos os ícones estiverem preenchidos clicar no **Guardar**;
6	Após guardar o registo da inoculação voltamos ao Calendário Vacinal do Utente onde verificamos o registo da inoculação com sucesso.

B) Recém-nascido/criança que **NÃO** se encontrar **REGISTADO** no dia da administração da vacina, deve-se **TRANSCREVER** após ser encontrar registado, antes da alta hospitalar (ANEXO II).

INTERVENÇÕES	
1	Seguir os pontos 1 e 2 do registo de vacina da alínea A) até ao **Calendário Vacinal do Utente**.
2	Selecionar a opção, **Mais ações** e selecionar **Transcrever histórico**.
3	Para efetuar o registo da inoculação temos que selecionar a vacina, a data e nas **setas** e escolher a informação em relação à vacina. É obrigatório o preenchimento dos ícones com **(*) a vermelho** para guardar. A origem do lote é **Unidade de Saúde,** se a vacina for do Hospital, se **não** for colocar **Fora da Unidade de Saúde** e o **Nº de Inoculação** é **1**, se for a primeira dose.
4	Quando todos os ícones estiverem preenchidos clicar no **Guardar.**
5	Após guardar o registo da inoculação voltamos ao Calendário Vacinal do Utente onde verificamos a registo da inoculação com sucesso.

C) **EDITAR OU ELIMINAR** uma vacina na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS (ANEXO III).

INTERVENÇÕES	
1	Seguir os pontos 1 e 2 do registo de vacina da alínea A) até ao **Calendário Vacinal do Utente.**
2	Selecionamos a vacina que queremos editar ou eliminar.
3	Após selecionar o ícone da vacina vamos ter acesso a todos os registos efetuados em relação a essa inoculação, para editar clicamos no ícone **Editar**.

Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 4/16

4	Procedemos as alterações que queremos efetuar e selecionamos o **Guardar** ou **Eliminar** no caso de querer remover o registo da inoculação. No caso de querer sair sem efetuar qualquer alteração selecionar o **Cancelar**.

V – BIBLIOGRAFIA

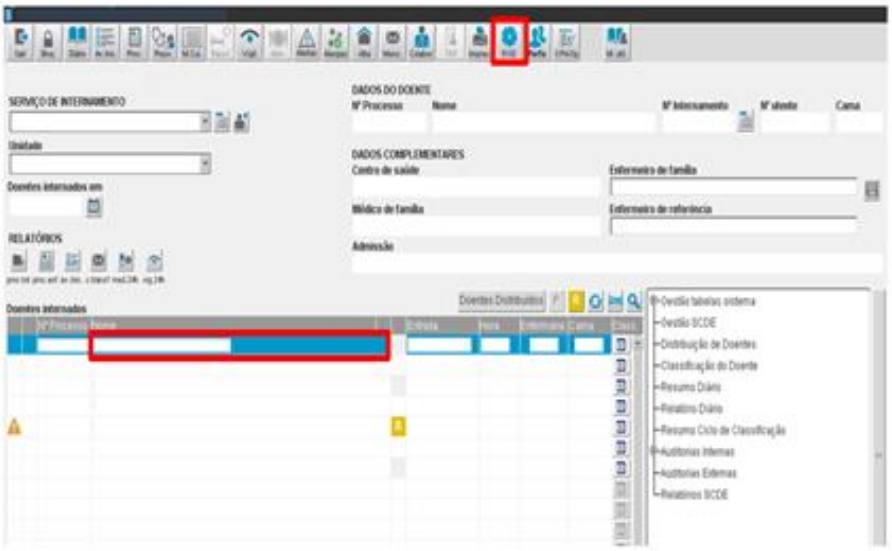
- Comité Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE).
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (s.d). SClínico. Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH). Disponível em https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: DGS, 2020

Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 5/16

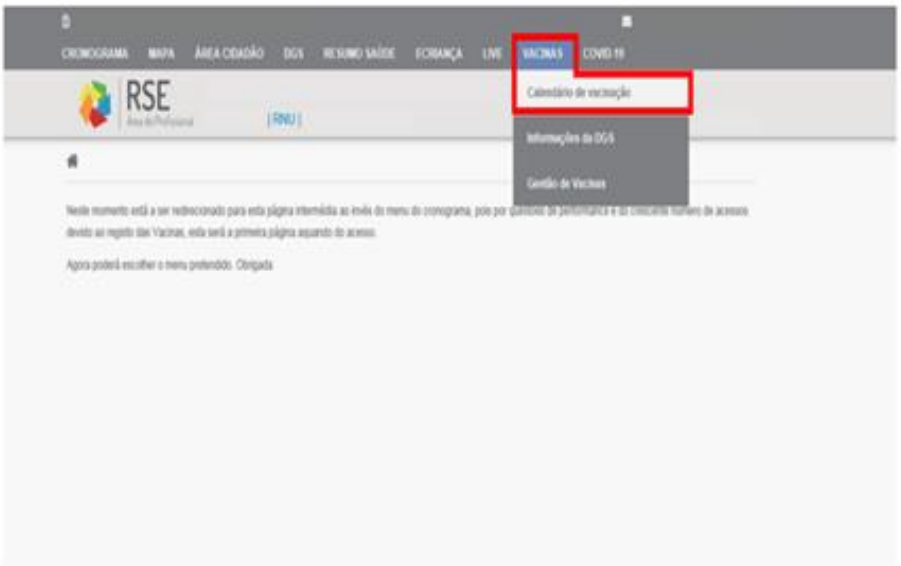
ANEXO I

Recém-nascido/criança que se encontrar **REGISTADO** no dia da administração da

1.

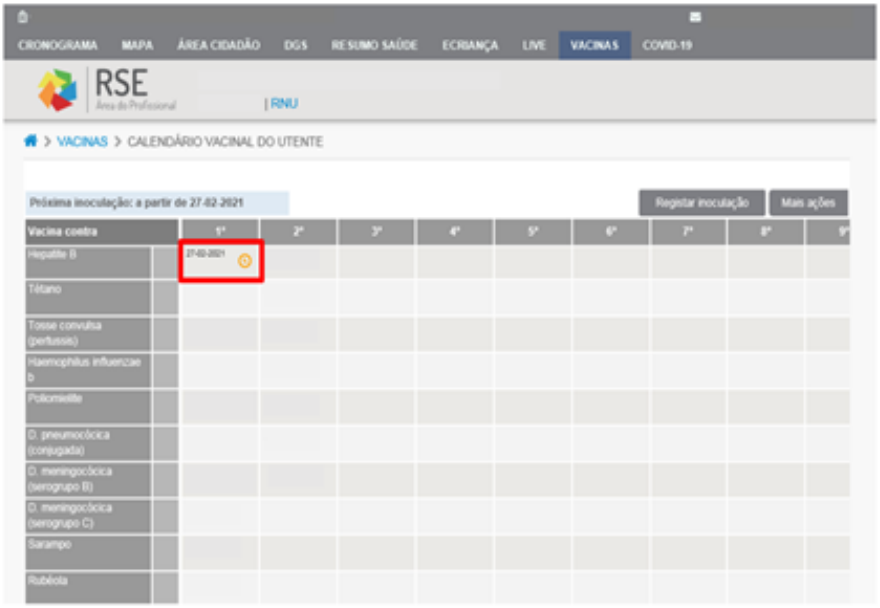


2.

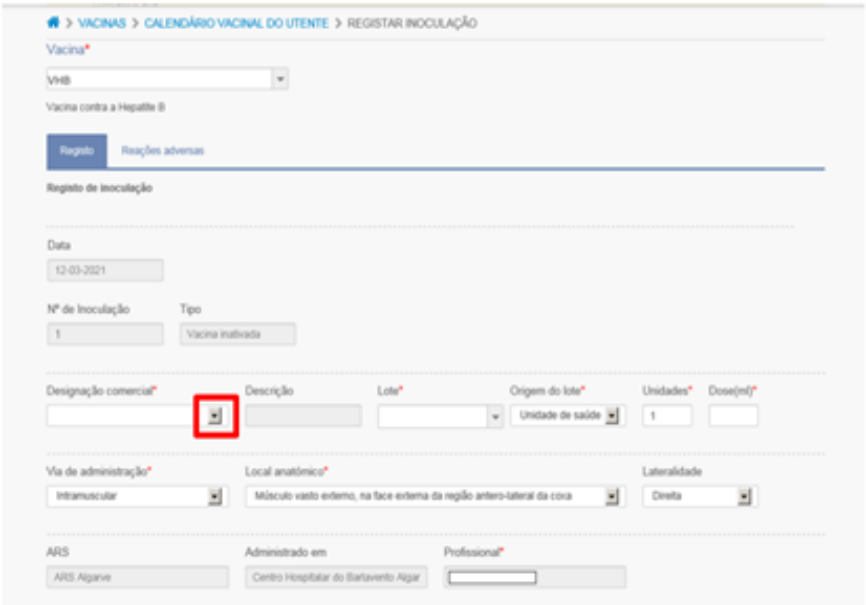


Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 6/16

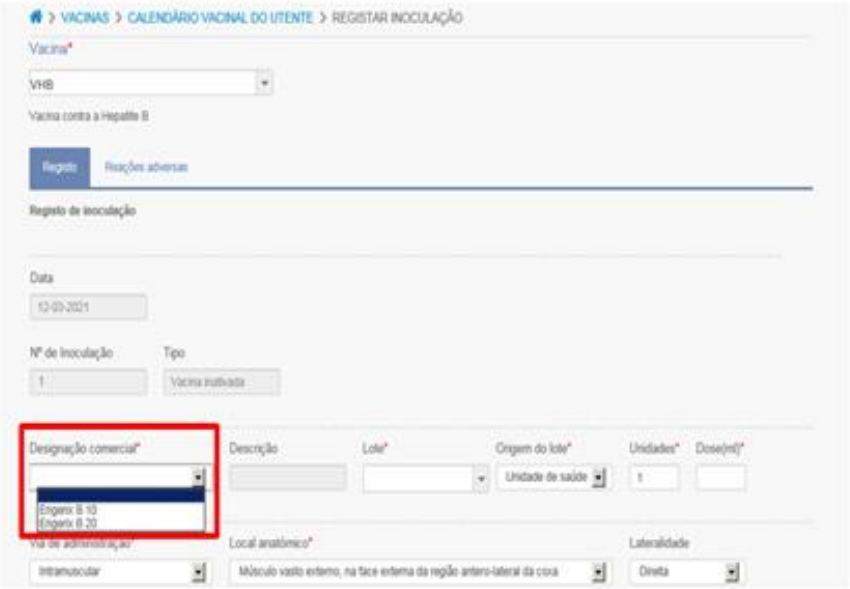
3.

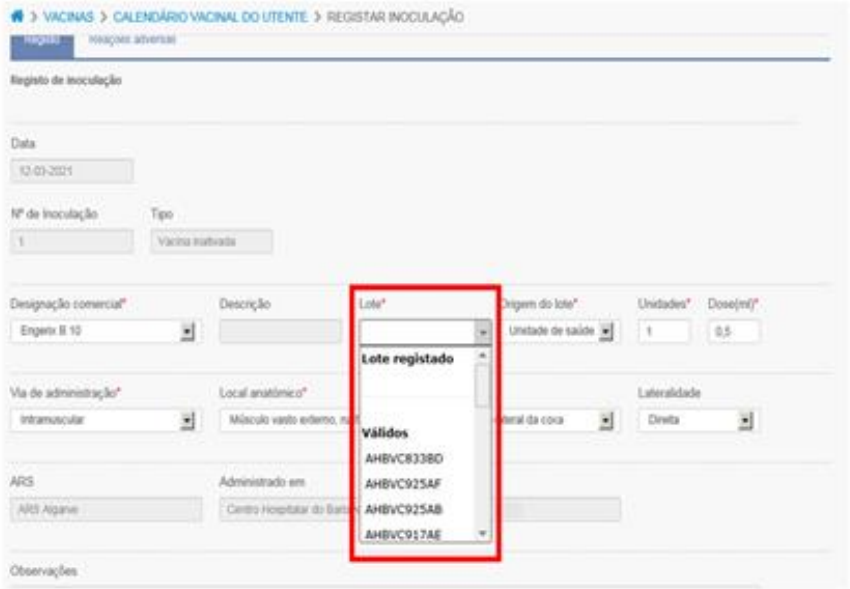


4.



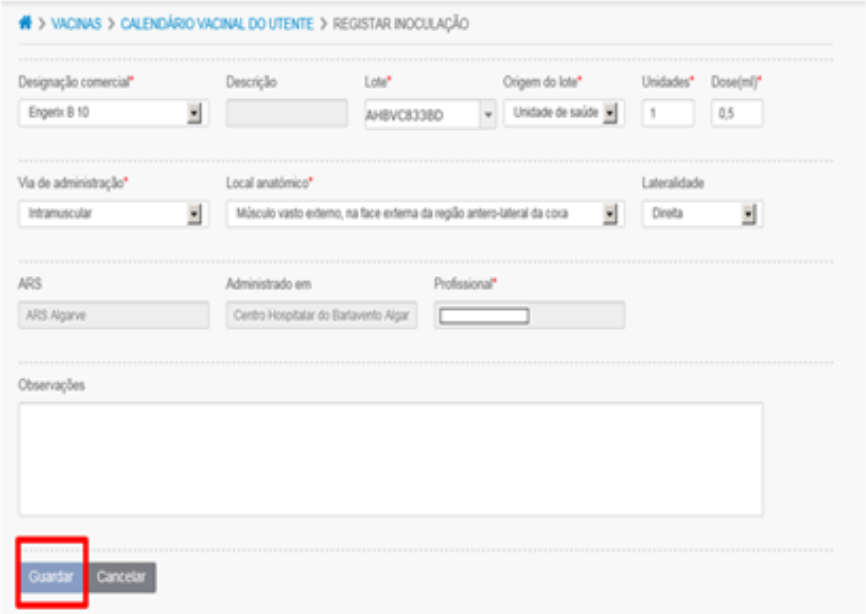
Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 7/16



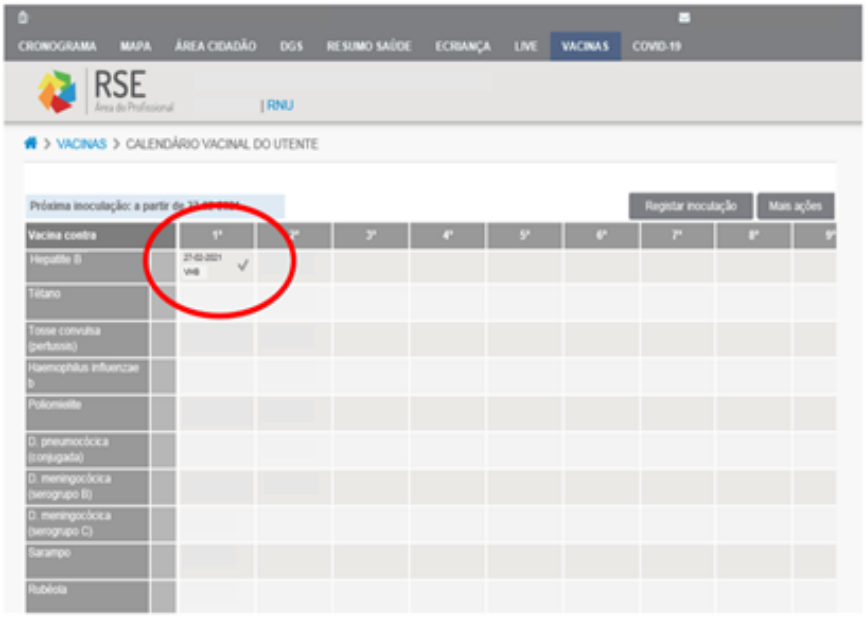


Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 8/16

5.



6.



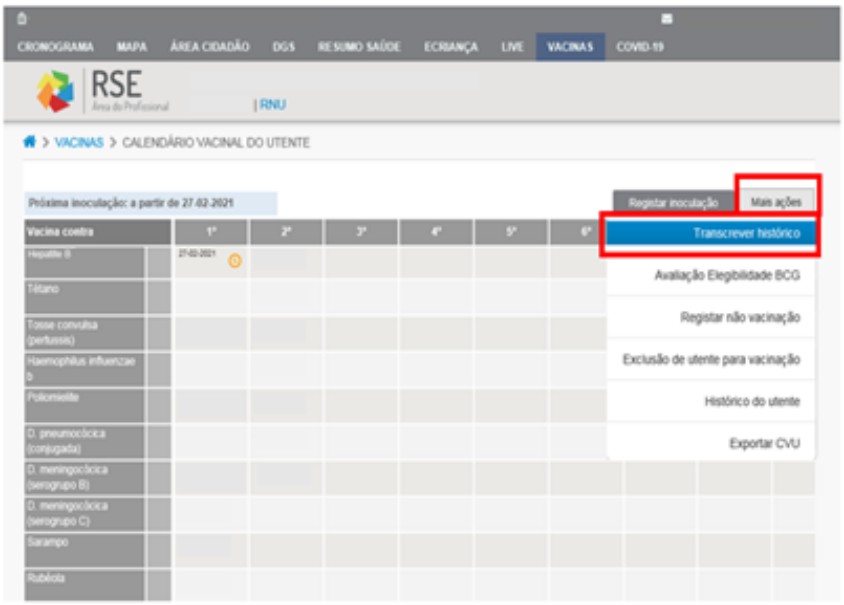
Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 9/16

ANEXO II

Recém-nascido/criança que **NÃO** se encontrar **REGISTADO** no dia da administração da vacina, deve-se **TRANSCREVER** após ser encontrar registado, antes da alta hospitalar

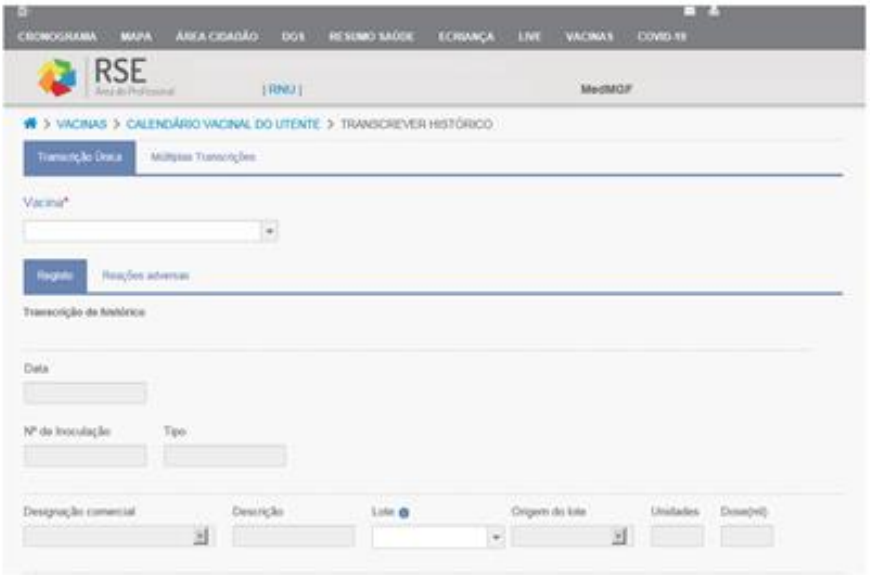
1. Seguir o ponto 1 e 2 do **Anexo I** até ao **Calendário Vacinal do Utente**.

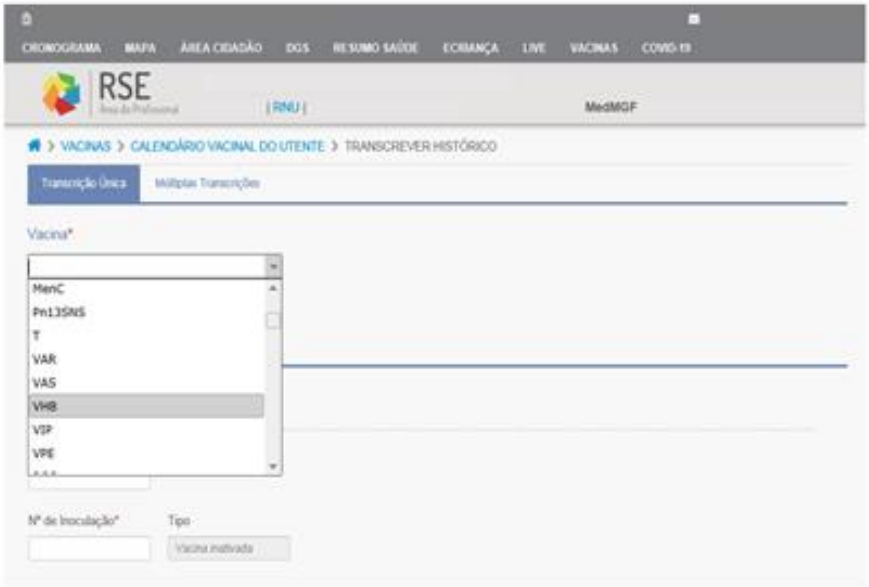
2.



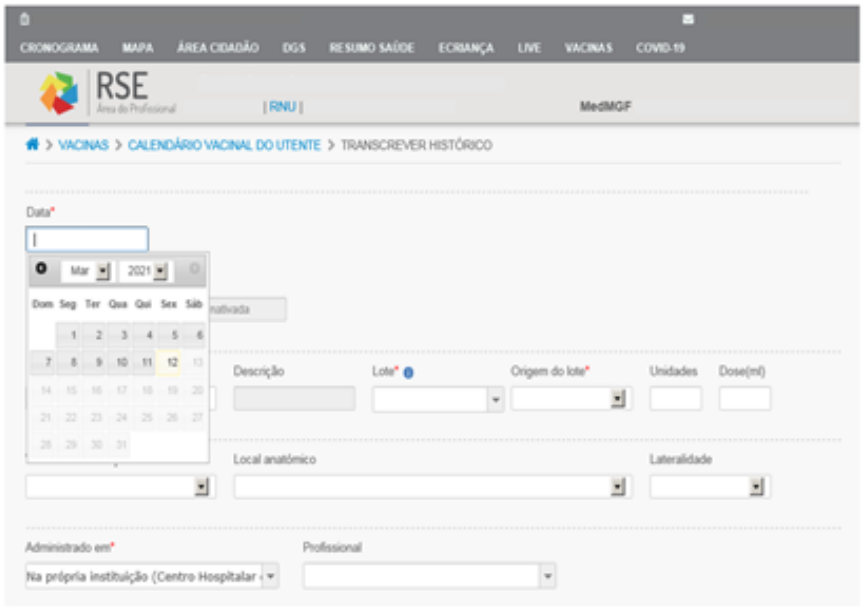
Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 10/16

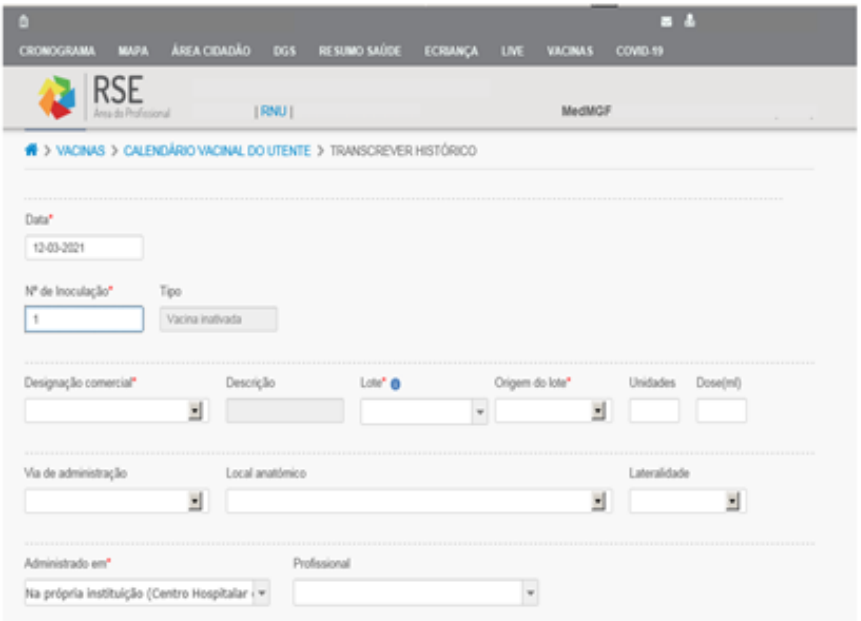
3.



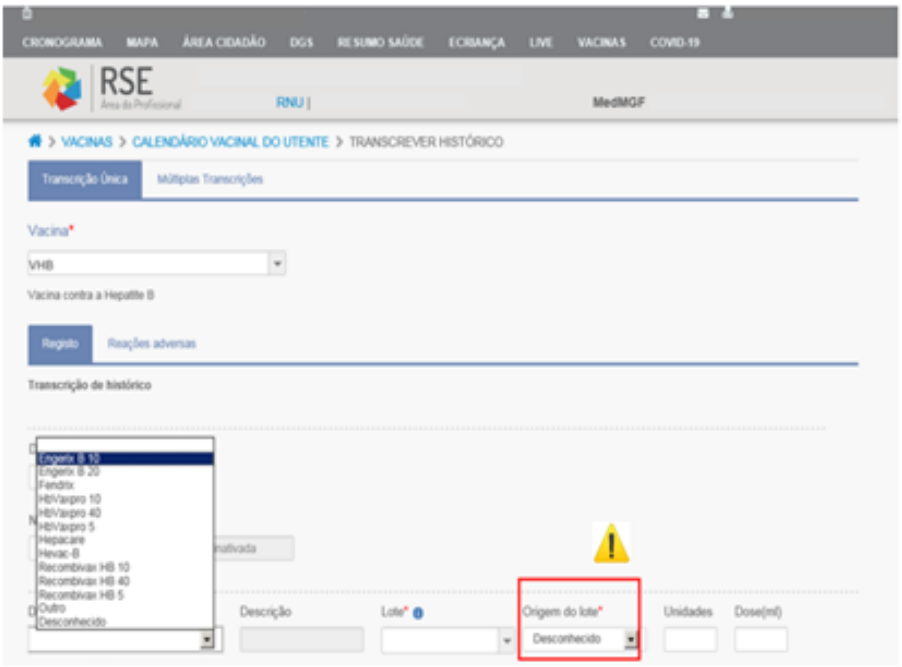


Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 11/16

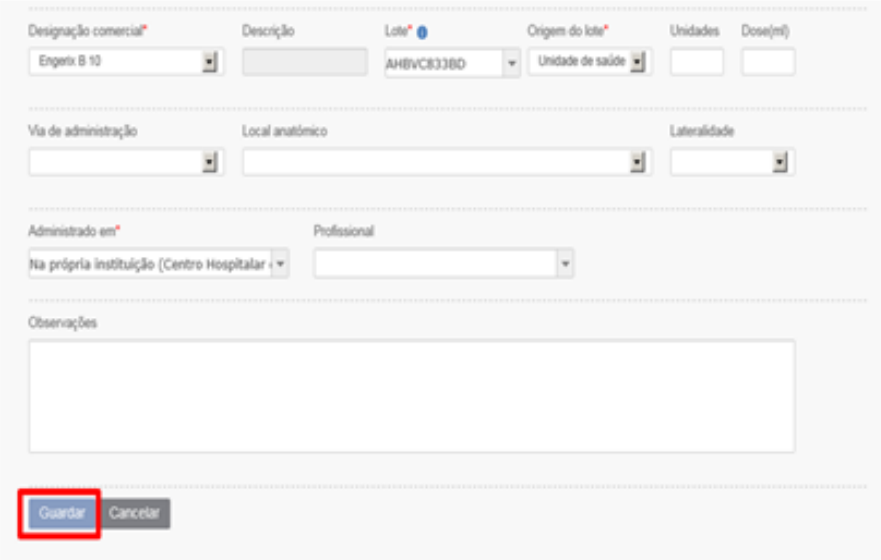




Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 12/16

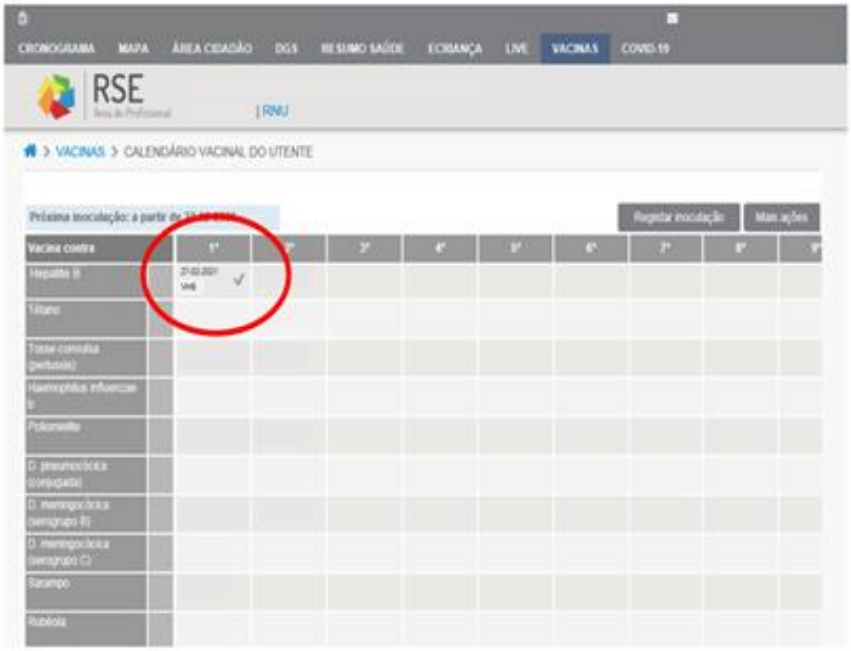


4.



Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 13/16

5.



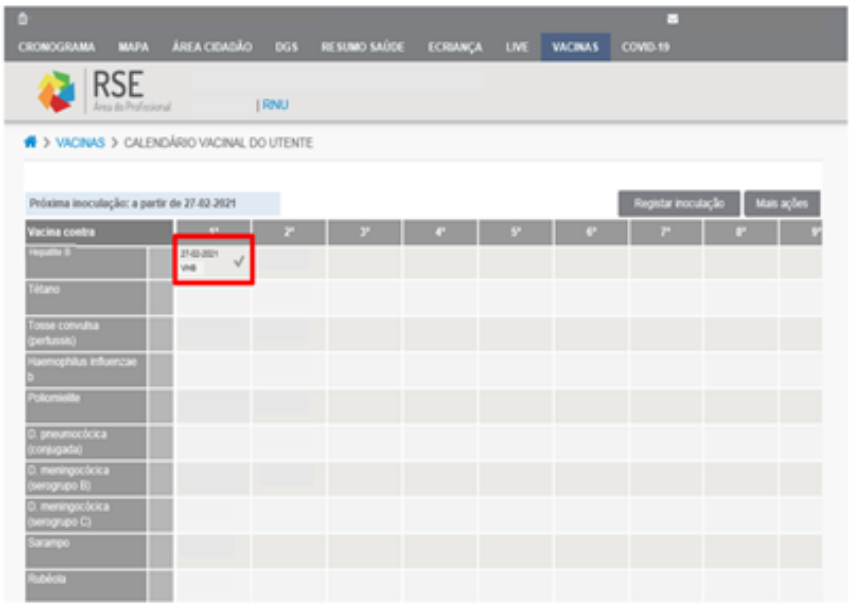
Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 14/16

ANEXO III

EDITAR OU ELIMINAR uma vacina na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS

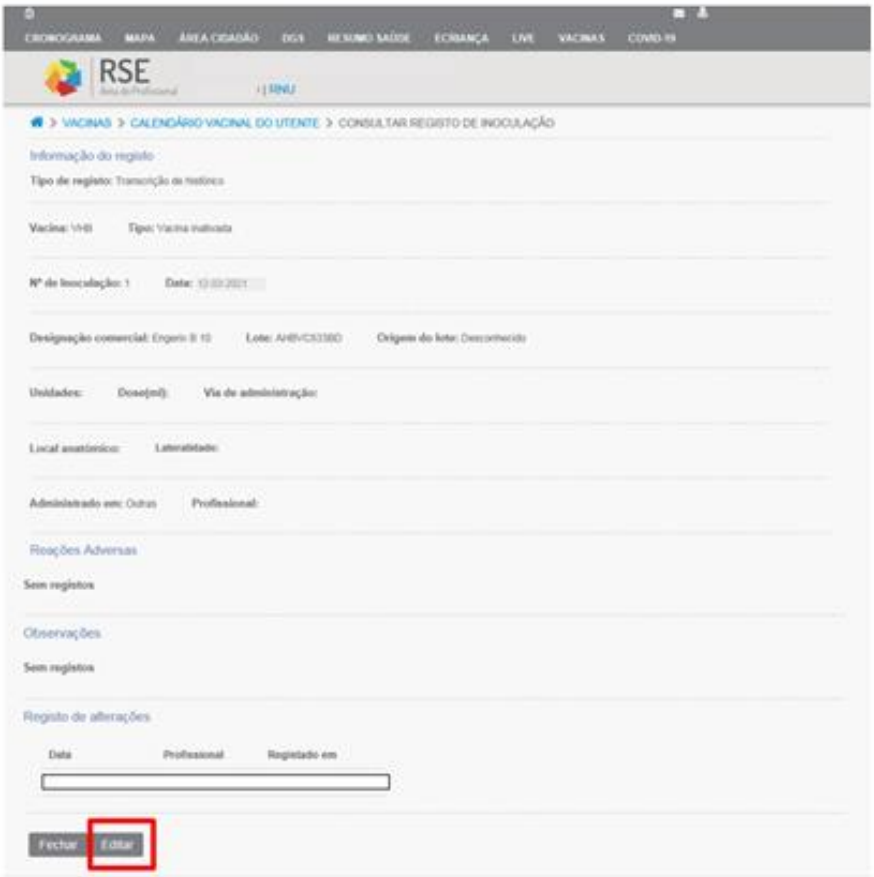
1. Seguir o ponto 1 e 2 do **Anexo I** até ao **Calendário Vacinal do Utente.**

2.



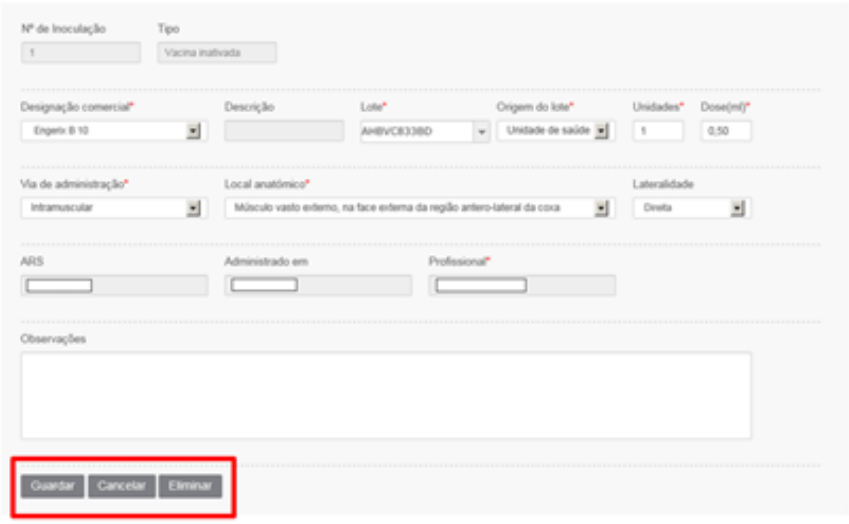
Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 15/16

3.



Registo de Vacinas na Plataforma Nacional de Registo e Gestão da Vacinação – VACINAS	N.º /X/E/P DATA: 2/04/2021	FOLHA 16/16

4.



.

Apêndice XI – Encaminhamento do Utente Pediátrico com Excesso de Peso ou Obesidade para os Cuidados de Saúde Primários

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 1/9
ASSUNTO: ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS		ELABORADO E REVISTO POR: Equipa de Enfermagem Urgência Pediátrica Enfª Esp. Florbela Silva PARECER POSITIVO DO COMITÉ CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM		APROVADA POR: Enfª Diretora Documento Aprovado Original Arquivado	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI:		A REVER EM: Abril de 2024	
PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Criança/Jovem			

I – DEFINIÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define obesidade "como uma condição resultante da acumulação anormal ou excessiva de gordura no tecido adiposo, ao ponto de poder comprometer a saúde" do indivíduo. (World Health Organization, 2000, p.6) Esta ocorre devido a um desequilíbrio, no qual o organismo fica exposto a sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, quando há uma ingestão maior de energia do que aquela que é gasta.

II – OBJECTIVOS

- Identificar precocemente utentes em idade pediátrica, que apresentem excesso de peso ou obesidade
- Encaminhar para os Cuidados de Saúde Primários, utentes em idade pediátrica com índice de massa corporal (IMC) ≥ p85

III – INFORMAÇÕES GERAIS:

A– QUEM EXECUTA

- O Enfermeiro ou Médico

ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 2/9

B– FREQUÊNCIA

- De acordo com as necessidades da criança/jovem

C – ORIENTAÇÃO QUANTO À EXECUÇÃO

- Consultar o processo clínico da criança/jovem para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados;
- Atender aos valores de referência;
- Respeitar a privacidade da criança/jovem;
- Gerir os fatores ambientais que possam interferir na avaliação do peso e estatura/altura;
- Utilizar equipamento aferido e que seja sujeito a avaliações periódicas;
- Utilizar a balança e estadiómetro adequado a idade da criança/jovem.

D – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este problema de saúde resulta de vários fatores: como as influências culturais, psicológicas e comportamentais, sendo por isso conhecida como uma doença com génese complexa e multifatorial.

A obesidade é um grande problema de saúde infantil em todo o mundo, pelas variadas consequências: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, colesterol e triglicéridos elevados, diabetes 'mellitus' tipo 2, asma, apneia do sono e doenças músculo-esqueléticas, assim como, redução da qualidade de vida, depressão, baixa autoestima, ansiedade, bullying, solidão e tristeza, culminando com a morte prematura em adultos e aumento de recorrências aos serviços de saúde nas crianças.

Estatisticamente, 41 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade teve sobrepeso ou obesidade em 2016 e última análise realizada pela 'Childhood Obesity Surveillance Initiative' [COSI] Portugal, das 7210 crianças avaliadas, 29,6% apresentava excesso de peso e 12,0% obesidade.

A obesidade instala-se, muitas vezes, precocemente na vida e uma vez estabelecida é difícil de reverter. Desta forma, é imprescindível que a prevenção da obesidade se inicie cedo.

.

ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 3/9

Desta forma em Portugal, recomenda-se a determinação do IMC e o respetivo percentil que é fornecido através das curvas de crescimento, sendo um instrumento imprescindível para avaliar o estado de nutrição e o crescimento da criança e do adolescente. As curvas de crescimento do IMC (ANEXO I), considera:

- **Excesso de peso**, IMC ≥ p85 e < p97
- **Obesidade**, IMC ≥ p97

Os profissionais hospitalares também desempenham um papel fundamental na deteção e gestão do excesso de peso e obesidade, procedendo ao encaminhamento para a equipa de saúde do respetivo Centro de Saúde (ANEXO II) onde o utente se encontra inscrito, promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde.

IV – RECURSOS

- Balança
- Estadiómetro
- Carta de Encaminhamento para os Cuidados de Saúde Primários

V - PROCEDIMENTOS

Intervenções de Enfermagem	Justificação
1 – Explicar e esclarecer o utente/família sobre o objetivo do procedimento com uma linguagem adequada e compreensível 2 – Avaliar os parâmetros antropométricos: • Peso • Altura • IMC • Percentil do IMC (Curvas de Crescimento do IMC) 3 – Preencher a carta de encaminhamento:	1 – Reduzir ansiedade relativa ao medo do desconhecido. 2 – Detetar precocemente problemas (excesso de peso ou obesidade) que comprometam o bom desenvolvimento da criança/jovem.

ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 4/9

• Nome da criança/jovem • Idade • Diagnóstico • Dados antropométricos avaliados 4 – Realizar registos	3 – Entregar à equipa de saúde no Centro de Saúde onde se encontra inscrito para continuidade dos cuidados. 4 – Explicar o tipo de intervenção desenvolvida para continuidade dos cuidados

VI - REGISTOS

- Resumo da situação da criança/jovem
- Dados antropométricos (peso, altura, IMC, Percentil de IMC)
- Encaminhamento para o respetivo Centro de Saúde
- Outras intervenções realizadas e reação do utente/família
- Assinatura e número mecanográfico

VII – BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

- Cloutier, M. M., Wiley, J. F., Kuo, C. L., Cornelius, T., Wang, Z., & Gorin, A. A. (2018, novembro). Outcomes of an early childhood obesity prevention program in a low-income community: a pilot, randomized trial. Pediatric Obesity, 13(11), 677–685. https://doi.org/10.1111/ijpo.12458

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019, julho). COSI Portugal 2019: Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/2019.07.10-COSIPortugal-2019.pdf

- Wildermuth, S. A., Mesman, G. R., & Ward, W. L. (2013, março-abril). Maladaptive Eating Patterns in Children. Journal of Pediatric Health Care, 27(2), 109–119. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.07.009

ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 5/9

- Tanda, R., Beverly, E. A., & Hughes, K. (2017). Factors associated with Ohio nurse practitioners' childhood obesity preventive practice patterns. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 29(12), 763–772. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12522

- Laat, S., Vos, I., Jacobs, M., Mil, E., & Goor, I. (2019). The evaluation of an integrated network approach of preventive care for children with overweight and obesity; Study protocol for an implementation and effectiveness study. BMC Public Health, 19(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7304-1

- Gibson, S. J. (2016). Translation of clinical practice guidelines for childhood obesity prevention in primary care mobilizes a rural Midwest community. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 28(3), 130–137. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12239

- Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2019). Planting a seed-Child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. BMC Public Health, 19(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4

- Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-desaude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

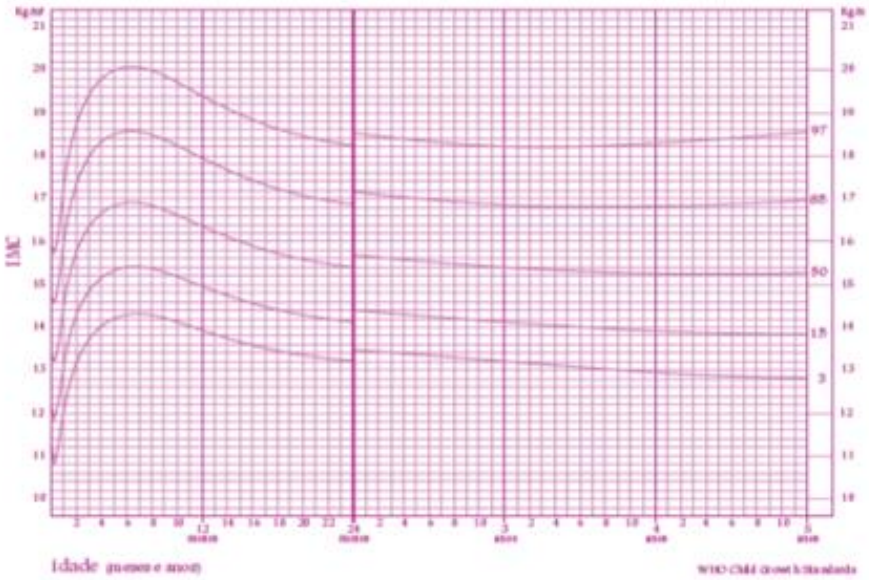
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx

ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 6/9

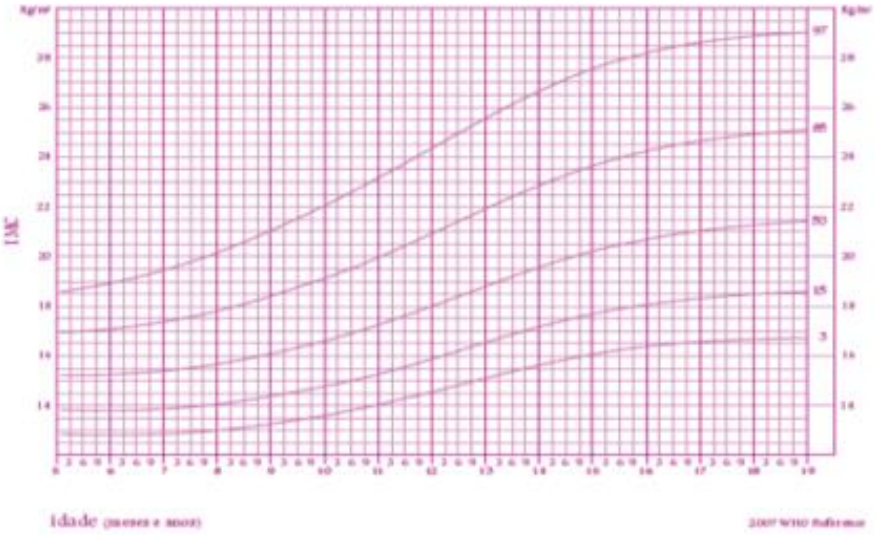
ANEXO I

Curvas de Crescimento do IMC

Raparigas – IMC 0-5 anos

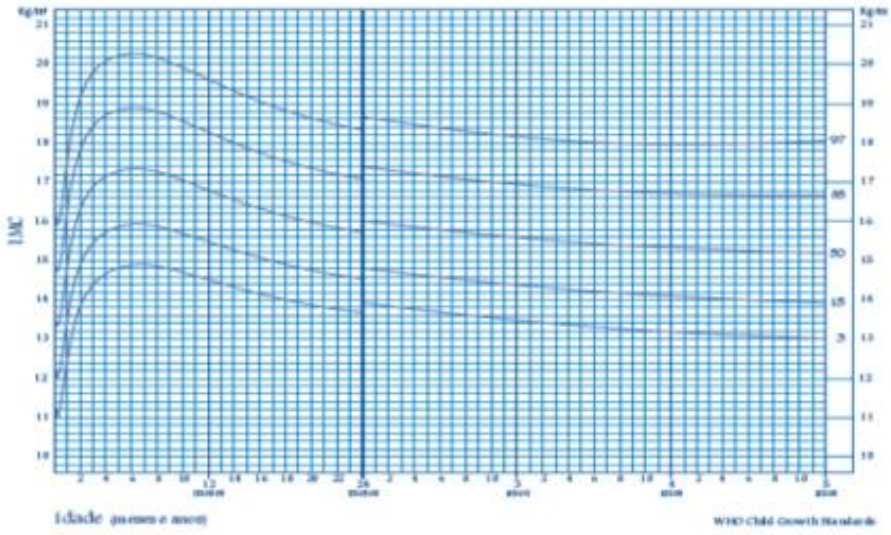


Raparigas – IMC 5-19 anos

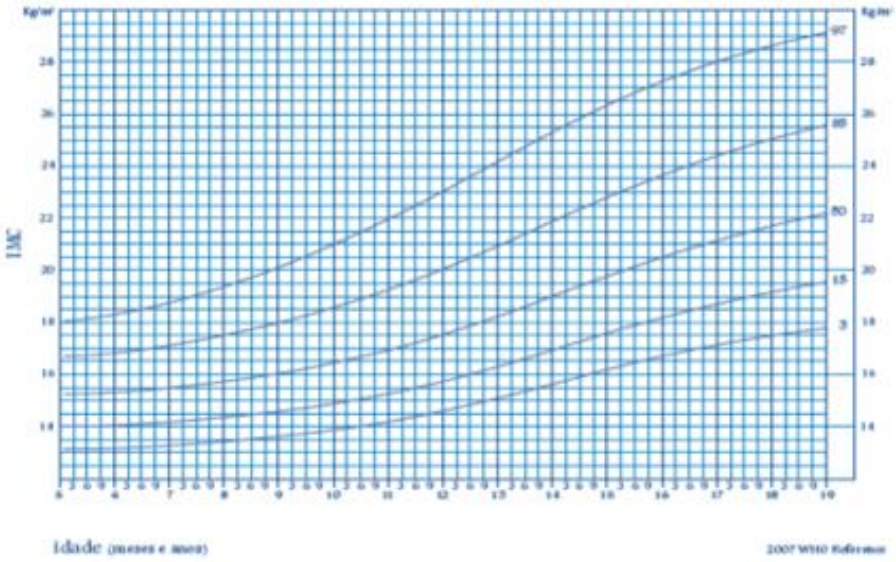


ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 7/9

Rapazes – IMC 0-5 anos



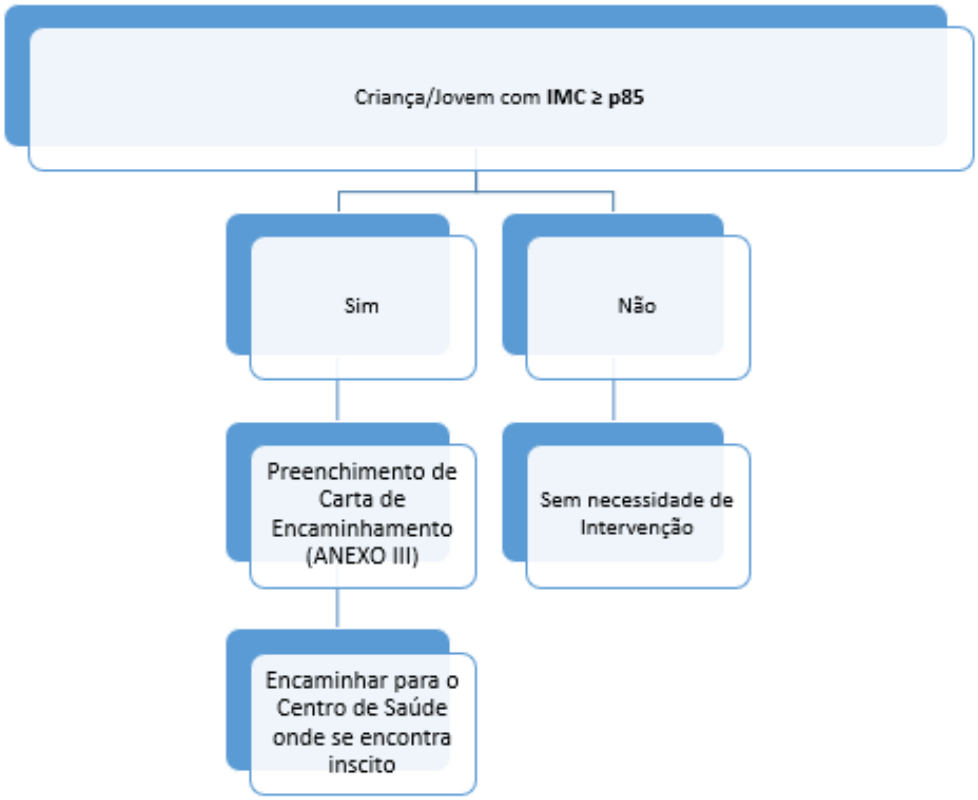
Rapazes – IMC 5-19 anos



ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 8/9

ANEXO II

Fluxograma de Encaminhamento para os Cuidados de Saúde Primários



ENCAMINHAMENTO DO UTENTE PEDIÁTRICO COM EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	N.º /X/E/UP DATA: 17/04/2021	FOLHA 9/9

ANEXO III

Carta de Encaminhamento para os Cuidados de Saúde Primários

Encaminhamento

ETIQUETA

No dia _____, recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica de Portimão, onde foi diagnosticado/a com:

☐ **Excesso de peso**, IMC ≥ p85 e < p97

☐ **Obesidade**, IMC ≥ p97

Dados antropométricos:

Peso:

Altura:

IMC:

Efetuamos o encaminhamento para dar conhecimento e informação para continuidade dos cuidados.

Categoria Profissional _____

Assinatura e Nº Mecanográfico _____

Apêndice XII – Prevenção da Obesidade Infantil: Hábitos de Alimentação Saudável e Atividade Física

Evitar o sedentarismo, responsável pelo desenvolvimento de excesso de peso e obesidades. **Não deve exceder 1 hora diária** na visualização de TV e /ou outros meios eletrónicos.

(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2021)

Recomendações

- Intervalos entre as refeições **não superior a 3,5 horas.**
- **Evitar os produtos açucarados** e **com muita gordura**, como bolos, doces, rebuçados, chocolates, batatas fritas, pizza e refrigerantes;
- **Utilizar pouco sal** (uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições) ou **nenhum**;
- Deve dar preferência a **grelhados, salteados, cozidos ou assados** e estufados com pouca gordura;
- Dar preferência as **gorduras vegetais** como o azeite;
- **Beba água**, ela deve ser a bebida de eleição, pois é essencial para o nosso organismo. É responsável pelo transporte e absorção dos nutrientes. Ajuda ao bom funcionamento do cérebro, intestinos e rins, entre outras;
- Realizar **refeições em família**;
- Complementar uma **alimentação saudável** e equilibrada com a prática de **atividade física** regular.

(Direção-Geral da Saúde, 2019)

Fontes:

World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

Cloutier, M. M., Wiley, J. F., Kao, C. L., Cornelius, T., Wang, Z., & Gorin, A. A. (2018, novembro). Outcomes of an early childhood obesity prevention program in a low-income community: a pilot, randomized trial. Pediatric Obesity, 13(11), 677-685. https://doi.org/10.1111/ijpo.12458

Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2021). Roda dos Alimentos. In Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019, julho). COSI Portugal 2019: Excesso de peso e Obesidade infantil continuam em tendência decrescente. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/2019.07.10-COSIPortugal-2019.pdf

Fonte Imagens:

https://mimosa.com.pt/cnam/o-leite-na-alimentacao/alimentacao-saudavel/equilibrio-e-variedade/

https://ideianutri.com/2014/09/25/meu-prato-saudavel/

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Elaborado por:

Mestranda: Cristina Arosa

Enfermeira Orientadora: Amada Nascimento

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Maio 2021

PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

Hábitos de Alimentação Saudável e Atividade Física

Obesidade Infantil

É considerada a doença do século XXI, e definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) "como uma condição resultante da acumulação anormal ou excessiva de gordura no tecido adiposo, ao ponto de poder comprometer a saúde" do indivíduo. (World Health Organization, 2000:6). Que ocorre quando ingerimos mais energia do que aquela que gastamos.

Estatisticamente, **41 milhões de crianças** com menos de cinco anos de idade teve sobrepeso ou obesidade em 2016 (Cloutier, et al. 2018).
Na última análise realizada pela Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal, das 7210 crianças avaliadas, **29,6% apresentava excesso de peso e 12,0% obesidade**. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019).

Consequências da Obesidade

- Doenças cardiovasculares;
- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia (colesterol e triglicéridos elevados);
- Diabetes;
- Problemas respiratórios;
- Doenças músculo-esqueléticas;
- Redução da qualidade de vida;
- Problemas socias e psicológicos (depressão, baixa autoestima, ansiedade, bullying, solidão e tristeza).

(Direção-Geral da Saúde, 2019)

Alimentação Saudável

A Roda dos Alimentos

É um guia para **escolher** e **combinar** os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária, que deve ser:

- COMPLETA (Ingerir alimentos de todos os grupos)
- EQUILIBRADA (Respeitar as porções)
- VARIADA (Variar os alimentos dentro de cada grupo)

(Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2021)

Refeições

Fazer 5 a 6 refeições por dia

PEQUENO-ALMOÇO: é uma refeição importante para não prejudicar a aprendizagem na escola. Ingerir **leite ou derivados, pão ou cereais (com pouco açúcar) e fruta.**

ALMOÇO E JANTAR: é importante iniciar a refeição pela **sopa com produtos hortícolas**. No prato principal incluir sempre **legumes ou salada**. Como sobremesa **fruta**;

LANCHES (manhã e tarde): optar por **leite ou derivados, pão ou cereais (com pouco açúcar) e fruta.** (Direção-Geral da Saúde, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2021)

Atividade Física

Praticar **60 minutos de atividade física** moderada diariamente (correr, saltar, jogar a bola, andar de bicicleta, dançar, ir ao parque, ir a piscina, entre outras).

Apêndice XIII – Resumo do Artigo – Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OBESIDADE INFANTIL: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RESUMO

Introdução: A Obesidade na Infância é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. Os baixos níveis de atividade física, os comportamentos alimentares, bem como as condições socioeconómicas são exemplos de fatores contributivos para este flagelo. Entendemos que o aprimorar do conhecimento dos pais sobre a dieta infantil e a importância da atividade física contribuirá para prevenção precoce da obesidade.

Objetivo: Promover a capacitação dos pais/cuidadores na melhoria dos hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade e com IMC ≥ p85.

Método: Foi efetuado um estudo quantitativo, onde participaram pais/cuidadores de crianças com IMC ≥ p85, com idade compreendida entre os 3 e 6 anos, num serviço de internamento de pediatria de um hospital nacional. Decorreu ao longo do período compreendido entre o dia 1 de março de 2021 e o dia 9 de abril de 2021, com uma amostra total de 11 participantes.

Resultados: Apesar da amostra ser pequena e não podermos extrapolar os resultados ficou muito claro que os pais/cuidadores possuíam um nível de conhecimento elevado no que respeita a alimentação saudável e aos hábitos de atividade de física das crianças, embora as crianças apresentassem uma IMC ≥ p85.

Conclusão: O excesso de peso das crianças foi justificado, pelos pais/cuidadores, com o período de confinamento a que foram sujeitos devido à pandemia. No entanto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica mostrou ter ganhos ao nível do conhecimento dos participantes.

Palavras-chave: Obesidade Pediátrica; Enfermagem; Pais.

ANEXOS

Anexo I – Pedido de Autorização à Comissão de Ética

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver o projeto do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de modo a proceder à aplicação de um questionário no Centro Hospitalar , no Serviço de Internamento Pediatria do Hospital de

Eu, Cristina Mestre Arosa, enfermeira, com cédula profissional nº 67675, a desempenhar funções na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados de Almodôvar. Atualmente, aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto Politécnico de Beja. Encontro-me a realizar estágio no Centro Hospitalar , no Serviço de Pediátrica de no período compreendido entre 01-03-2021 a 09-04-2021, sob orientação académica da Professora Doutora Maria Antónia Chora. Nesse período pretendo desenvolver um trabalho de projeto, na área da obesidade infantil, com o título "Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", com o objetivo geral "Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil". Pretendo assim suportar este projeto de intervenção, através do 'empowerment' dos pais/cuidadores (ensinos individualizados), através do diagnóstico precoce das crianças com excesso de peso ou obesidade (avaliação do IMC), assegurando desta forma a promoção e o desenvolvimento infantil saudável, incutindo estilos de vida saudáveis no domínio da alimentação e da prática de atividade física.

Para a concretização do objetivo, será necessário a aplicação de um questionário (Questionário de Alimentação Infantil - QAI) para colheita de dados, remetido em anexo, que avalie o conhecimento dos pais/cuidados relativos a hábitos alimentares e atividade física. Este questionário será aplicado aos pais/cuidadores das crianças com idade

compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade que apresentem excesso de peso e obesidade de forma a avaliar o conhecimento relativo a alimentação. Posteriormente serão efetuadas ações de educação, sobre alimentação saudável e exercício físico de forma individualizada. Após as ações de educação será aplicado novamente o mesmo questionário para verificar se houve evolução nos conhecimentos.

Desta forma, solicito autorização para desenvolver o referido projeto e para proceder a aplicação do questionárioo. Serão cumpridos todos os aspetos éticos e deontológicos próprios de um estudo de investigação, garantindo-se o direito ao anonimato, sendo que os dados obtidos se destinam a fins académicos, sendo sempre assegurado a confidencialidade dos mesmos.

Encontro-me ao dispor através do seguinte contacto: cristina_m_arosa@hotmail.com

Grata pela vossa disponibilidade e atenção, os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

A aluna de Mestrado

_____

(Beja, 10 de fevereiro de 2021)

Anexo II – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Hospital

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver o projeto do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de modo a proceder à aplicação de um questionário no Centro Hospitalar no Serviço de Internamento Pediatria do Hospital de

Eu, Cristina Mestre Arosa, enfermeira, com cédula profissional nº 67675, a desempenhar funções na Unidade Cuidados de Saúde Personalizados de Almodôvar. Atualmente, aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto Politécnico de Beja. Encontro-me a realizar estágio no Centro Hospitalar , no Serviço de Pediátrica de no período compreendido entre 01-03-2021 a 09-04-2021, sob orientação académica da Professora Doutora Maria Antónia Chora. Nesse período pretendo desenvolver um trabalho de projeto, na área da obesidade infantil, com o título "Obesidade Infantil: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", com o objetivo geral "Promover hábitos de alimentação saudáveis e de atividade física nas crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade através da capacitação dos pais/cuidadores na prevenção da obesidade infantil". Pretendo assim suportar este projeto de intervenção, através do 'empowerment' dos pais/cuidadores (ensinos individualizados), através do diagnóstico precoce das crianças com excesso de peso ou obesidade (avaliação do IMC), assegurando desta forma a promoção e o desenvolvimento infantil saudável, incutindo estilos de vida saudáveis no domínio da alimentação e da prática de atividade física.

Para a concretização do objetivo, será necessário a aplicação de um questionário (Questionário de Alimentação Infantil - QAI) para colheita de dados, remetido em anexo, que avalie o conhecimento dos pais/cuidados relativos a hábitos alimentares e atividade

física. Este questionário será aplicado aos pais/cuidadores das crianças com idade compreendida entre os 3 e os 6 anos de idade que apresentem excesso de peso e obesidade de forma a avaliar o conhecimento relativo a alimentação. Posteriormente serão efetuadas ações de educação, sobre alimentação saudável e exercício físico de forma individualizada. Após as ações de educação será aplicado novamente o mesmo questionário para verificar se houve evolução nos conhecimentos.

Desta forma, solicito autorização para desenvolver o referido projeto e para proceder a aplicação do questionárioo. Serão cumpridos todos os aspetos éticos e deontológicos próprios de um estudo de investigação, garantindo-se o direito ao anonimato, sendo que os dados obtidos se destinam a fins académicos, sendo sempre assegurado a confidencialidade dos mesmos.

Encontro-me ao dispor através do seguinte contacto: cristina_m_arosa@hotmail.com

Grata pela vossa disponibilidade e atenção, os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

A aluna de Mestrado

_____

(Beja, 10 de fevereiro de 2021)

Anexo III – Autorização do Pedido à Comissão de Ética

10/03/2021 Email – Cristina Arosa – Outlook

Parecer favorável da CES

Unidade de Apoio Investigação

Qua, 10/03/2021 16:10

Boa tarde Exmo. (a) Sr. (a) Investigador/a

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação de V. Ex obteve parecer favorável da n/ Comissão de Ética para a Saúde. Iremos dar continuidade ao processo, para que o mesmo seja autorizado pelo Exmo. Conselho de Administração.

Assim que obtenhamos mais informação entraremos em contacto.

Com os melhores cumprimentos,

REPÚBLICA PORTUGUESA GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE | 40 ANOS | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | SNS + PROXIMIDADE

https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQQkADAwATZiZmYAZC04NTE3LTZmYmIALTAwAi0wMAoAEAD64DPkd5ZAz7I3JrZ3iXLQ 1/1

Anexo IV – Autorização do Pedido ao Conselho de Administração do Hospital

25/03/2021 Email – Cristina Arosa – Outlook

Estudo: Obesidade infantil: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Unidade de Apoio Investigação -

Qui, 25/03/2021 13:01

Para: Cristina Arosa <cristina_m_arosa@hotmail.com>

Boa tarde Exmos (as) Srs. Investigadores/as

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 23/03/2021, nos termos propostos a salvaguardar por este Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC):

"1 - Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo."

Deverá ainda dar conhecimento ao CFIC da data de encerramento do estudo, e enviar, em resposta a este email, o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

REPÚBLICA PORTUGUESA GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE | 40 ANOS | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | SNS + PROXIMIDADE

https://outlook.live.com/mail/0/inbox 1/1

Anexo V – Autorização para a Aplicação do Questionário da Alimentação Infantil

Cara investigadora/Mestranda no Instituto Politécnico de Beja

Agradecemos o seu interesse no nosso instrumento de recolha de dados - *Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil* (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012).

Temos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão final deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a outras populações.

Garantimos permissão para a sua utilização, contudo gostaríamos que fossem respeitadas algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados finais do seu estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao instrumento original ou de uma possível adaptação, realizadas no seu trabalho ou nas publicações com ele relacionadas, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os meus melhores cumprimentos,

Viseu, 08 de fevereiro de 2021

Graça Aparício, PhD

gaparicio5@hotmail.com

Anexo VI – *Webinar* – "O Cérebro do Adolescente"

Academia
educar pela positiva

Este CERTIFICADO confirma que

CRISTINA AROSA

participou na 8.ª edição do Webinar

"O CÉREBRO DO ADOLESCENTE"

Local: Plataforma Zoom

Data e horário: 10 de Abril de 2021 | 11:00-13:00 (2 horas)

O FORMADOR

NUNO MARTINS
Fundador da Academia
Educar pela Positiva
www.educarpelapositiva.pt
educarpelapositiva@gmail.com

Anexo VII – *Workshop* – "Diversificação Alimentar"

CERTIFICADO
WORKSHOP DE
DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Certifica-se que
Cristina Mestre Arosa
esteve presente no workshop de Diversificação
Alimentar – 3 horas, realizado no dia 10 de Abril de 2021.
A Nutricionista
CP: 3715N

Anexo VIII – Formação Profissional – "Curso de Primeiros Socorros Pediátricos"

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Cristina Mestre Arosa natural de Suiça nascida em 07/04/1986, com o N.º de Identificação Civil 13514628 válido até 18/01/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Curso de Primeiros Socorros Pediátricos, em 15/05/2021, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Primeiros Socorros Pediátricos	4:00	18

Vila do Conde, 19 de maio de 2021

O(A) Responsável pelo(a) Escola Pediatria P[illegible]ssoal Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 736/2021 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

REPÚBLICA PORTUGUESA

N.º de Identificação Civil 13514628 – Página 1 de 1