

**Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE  
CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF:**

*Intervenção do enfermeiro de saúde familiar, ao nível da  
literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso, nos  
pais e crianças dos 2 aos 17 anos*

Paulo Ferreira n.º 5210141

Leiria, março 2023

**Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE  
CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF:**

*Intervenção do enfermeiro de saúde familiar, ao nível da  
literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso, nos  
pais e crianças dos 2 aos 17 anos*

Paulo Ferreira n° 5210141

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar orientado pela Professora Doutora em Enfermagem Célia Jordão Simões

Leiria, março 2023

“Saber não é suficiente, devemos aplicar. Querer não é suficiente, devemos fazer.”

Johann Goethe

Começar por agradecer à Margarida Teixeira, a mulher que amo partilhar a vida, e que sem ela, esta aventura não teria começado, quanto mais terminado. Obrigada pelo carinho pela paciência e incentivo em toda esta jornada. Aos meus três filhos mostrar que com vontade e entereza conseguimos atingir os nossos objetivos.

Obrigada, ainda aos meus orientadores, Professora Doutora em Enfermagem Célia Jordão Simões e ao Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar Pedro Sequeira por todo apoio e suporte na realização deste trabalho.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

% - por cento

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade de Cuidados de Saúde Primários

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

COVID19 – *Coronavirus Disease 2019*

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

EEESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

IMC – Índice de Massa Corporal

Kg – Quilograma

Km - Quilómetro

Km<sup>2</sup> – Quilómetros quadrados

m<sup>2</sup>- metro quadrado

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MeSH - *Medical Subject Headings*

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

n = frequência absoluta

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*

RCT - *Randomized Controlled Trial*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SMS – *Short Message Service*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

**ÍNDICE**

<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>9</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS.....</b>	<b>9</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>13</b>
1.1. REFORMA DOS CSP EM PORTUGAL E CRIAÇÃO DAS USF.....	13
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO ACES MÉDIO TEJO .....	17
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA USF BEIRA TEJO.....	19
1.3.1. Missão, visão e valores .....	20
1.3.2. Ambiente físico e funcional da USF Beira Tejo.....	21
1.3.3. Breve caracterização dos utentes da USF Beira Tejo .....	22
1.3.4. USF Beira Tejo - Polo Bemposta .....	23
1.3.5. Consultas de enfermagem .....	26
<b>2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>28</b>
<b>3 REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>40</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	40
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	41
3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	43
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	44
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	45
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	46

3.2.1.	Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção .....	47
3.2.2.	Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	49
<b>4</b>	<b>PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....</b>	<b>51</b>
4.1.	RESUMO.....	51
4.2.	INTRODUÇÃO.....	53
4.3.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	54
4.3.1	Definição de Excesso de Peso e Obesidade Infantil.....	54
4.3.2.	Epidemiologia do Excesso de Peso e Obesidade Infantil .....	56
4.3.3.	Fatores de risco para a obesidade infantil .....	58
4.3.4.	A prevenção da obesidade infantil e o papel da família.....	60
4.3.5	Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar.....	62
4.4.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	64
4.4.1.	Tipo de Estudo .....	64
4.4.2.	Objetivos.....	65
4.4.3.	Questão de Investigação.....	65
4.4.4.	Critérios de elegibilidade .....	66
4.4.5.	Fonte de Informação .....	67
4.4.6.	Estratégia de Busca .....	68
4.4.7.	Processo de seleção dos estudos .....	71
4.4.8.	Avaliação do risco de viés .....	74
4.4.9.	Colheita de dados.....	74
4.5.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	75
4.5.1.	Descrição dos estudos .....	75

<b>4.5.2. Discussão dos resultados .....</b>	<b>82</b>
<b>4.6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE INFORMAÇÕES RELATIVAS À USF BEIRA TEJO .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE II – DADOS ENVIADOS PELO ACES MÉDIO TEJO .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE III - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE IV – CONTACTO EFETUADO COM AUTOR .....</b>	<b>126</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Horário de funcionamento do Polo Bemposta .....	23
Quadro 2 - Descrição dos critérios de pesquisa com base no acrónimo PICO.....	66
Quadro 3 - Critérios de Inclusão .....	67
Quadro 4 - Critérios de Exclusão .....	67
Quadro 5 - Descritores DeCS e MeSH identificados para cada palavra-chave .....	68
Quadro 6 - Estratégia de pesquisa em cada base de dados .....	70
Quadro 7 - Caracterização e principais resultados dos estudos analisados .....	77

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Logótipo do ACES Médio Tejo .....	17
Figura 2 - Representação da área geográfica do ACES Médio Tejo. ....	18
Figura 3 - Organograma do ACES Médio Tejo .....	18
Figura 4 - Logotipo da USF Beira Tejo .....	20
Figura 5 - Sede da USF Beira Tejo .....	21
Figura 6 - Planta do edifício do Polo Bemposta.....	24
Figura 7 - Fluxograma da seleção artigos para a revisões sistemáticas que incluam bases de dados e outras fontes, elaborado a partir da recomendação PRISMA, 2020 .....	73

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre o tipo de USF existentes a nível nacional e o n.º de utentes inscritos .....	16
Tabela 2 - Número de profissionais nas USF por categoria .....	17
Tabela 3 - Delineamento dos estudos avaliados .....	75

**Tabela 4 - Características socioeconómicas da amostra em estudo..... 79**

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Beira Tejo..... 23**

**Gráfico 2- Distribuição dos utentes do Enf. Especialista Pedro Sequeira, de acordo com o sexo e a idade..... 25**

## INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito do Estágio III – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, integrado no 2º semestre do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria.

Os estágios são momentos fundamentais de aprendizagem, dado que possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, e fomentam o desenvolvimento do raciocínio crítico e a tomada de decisão necessários para um desempenho autónomo e eficaz da profissão.

O Estágio III surge como um continuum do estágio anterior, onde foi possível perceber a organização e funcionamento da Unidade de Saúde Familiar (USF) Beira Tejo e caracterizar o ficheiro do enfermeiro de família.

Este estágio decorreu de 06 de setembro de 2022 a 31 de janeiro de 2023, na USF Beira Tejo, extensão da Bemposta, e totaliza 297,5 horas de trabalho em contexto clínico e 200 horas de produção e discussão pública do presente relatório, tendo possibilitado o desenvolvimento de diversas competências na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Nesta USF foram recolhidos vários dados que possibilitam a sua caracterização, bem como a dos utentes nela inscritos. No sentido de ser possibilitada a consulta pública do presente trabalho, foi solicitada autorização ao coordenador da respetiva USF, para a utilização e publicação destas informações, garantindo a confidencialidade dos dados pessoais dos utentes (Apêndice I)

O Relatório de Estágio III funciona como parte integrante da avaliação da respetiva unidade curricular e foi elaborado tendo como linha orientadora os objetivos gerais previamente definidos para este estágio, sendo eles os seguintes:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

No sentido de responder a estes objetivos, foi elaborado o presente documento, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica, que pretendeu dar visibilidade à consolidação dos conhecimentos adquiridos, através da interligação entre teoria e prática, e de uma exposição das atividades realizadas, evidenciando as competências adquiridas na assistência avançada à família.

Neste relatório foi realizado inicialmente uma breve abordagem à reforma dos cuidados de saúde primários, seguida pela caracterização da USF Beira Tejo. Num segundo ponto, insere-se o enquadramento teórico da prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, seguido do relato das competências comuns do enfermeiro especialista adquiridas em quatro domínios, e das competências específicas de enfermagem especializada em saúde familiar desenvolvidas ao longo deste estágio. Em função de cada uma delas, foram apresentadas as atividades desenvolvidas para a sua aquisição. A parte final é constituída pela prática especializada baseada na evidência, onde foi elaborada uma revisão sistemática da literatura, que aborda o Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar na literacia em saúde sobre excesso de peso e obesidade, aos pais e crianças dos 2 aos 17 anos.

## **1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Torna-se fundamental conhecer a população a quem prestamos cuidados, bem como as infraestruturas e as redes de apoio que estão ao seu dispor, no sentido de gerir, articular e mobilizar adequadamente os recursos da comunidade relevantes para uma adequada prestação de cuidados à família.

É neste sentido que se apresenta uma breve revisão sobre a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, bem como a caracterização do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) Médio Tejo e da USF Beira Tejo.

### **1.1. REFORMA DOS CSP EM PORTUGAL E CRIAÇÃO DAS USF**

Ao longo dos tempos, os serviços de saúde foram sofrendo sucessivas reorganizações, fruto das influências dos contextos religiosos, políticos e sociais. A assistência médica em Portugal era da responsabilidade das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência, até ao ano de 1899, momento em que o Dr. Ricardo Jorge iniciou a organização dos serviços de saúde pública (Ministério da Saúde, 2022).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 35:108 do Sub-Secretariado de Estado da Assistência Social do Ministério do Interior (1945), é reconhecida a débil situação sanitária do país e a necessidade de uma resposta do Estado, pelo que, no ano seguinte, pela Lei n.º 2:011 da Presidência Da República (1946), inicia-se a construção de hospitais entregues às Misericórdias.

A partir da década de 70, passa a ser valorizada a promoção da saúde e o hospital deixa de ser o núcleo do sistema de saúde. São criados os Centros de Saúde (CS) de 1ª geração, (Decreto-Lei n.º 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência, 1971) cujas atividades eram vocacionadas para a vacinação, saúde materna e infantil, saúde escolar e saúde pública. De salientar que Portugal apresentou uma atuação pioneira, antecipando-se às recomendações da 1ª conferência internacional de Alma-Ata, em 1978.

Esta declaração veio sublinhar a importância dos CSP, referindo que os Estados eram responsáveis por formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores (OMS, 1978).

A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, esteve fortemente ligada à democratização de Portugal, e o Estado passou a garantir a proteção da saúde, atuando a nível da sua promoção e a nível da prevenção da doença (Lei n.º 56/79 do Serviço Nacional de Saúde, 1979).

Posteriormente, os CS foram reformulados, surgindo os CS de 2ª geração, através da junção dos centros de saúde já existentes com os serviços médico-sociais (Caixas da Previdência). Não possuíam autonomia administrativa nem financeira, e apresentavam uma estrutura organizativa do tipo burocrática e vertical (Decreto-Lei n.º 254/82 Do Ministério Dos Assuntos Sociais, 1982) (Despacho Normativo n.º 97/83 do Ministério dos Assuntos Sociais, 1983).

A Lei de Bases da Saúde de 1990, veio dotar os CS de autonomia administrativa e financeira, e de personalidade jurídica. Deixaram de ser necessárias as dezoito Administrações Regionais de Saúde (ARS), sendo a gestão garantida apenas por 5: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. As antigas dezoito ARS passaram a ser designadas por Sub-Regiões de Saúde e continuaram a administrar os cerca de trezentos e sessenta CS (Lei n.º 48/90 da Assembleia da República, 2005).

O modelo organizacional dos CS de 2ª geração mostrou-se desajustado, favorecendo a criação de um projeto experimental de inovação organizativa na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: o Projeto Alfa (1996). Este projeto forneceu autonomia aos profissionais de saúde, criando modelos de trabalho em equipa com uma retribuição mais justa. Surge em 1998, o Regime Remuneratório Experimental (Lei n.º 48/90 da Assembleia da República, 2005), que permitiu identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados (Lei n.º 2:011 da Presidência da República, 1946).

Foram criadas as agências de contratualização dos serviços de saúde, a quem compete defender os interesses dos cidadãos e assegurar a melhor utilização dos recursos públicos destinados à saúde (Lei n.º 48/90 da Assembleia da República, 2005).

Em 1999, é estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio (Lei n.º 48/90 da Assembleia da República, 2005). Criaram-se assim os CS de 3ª geração: pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS, que possuem autonomia técnica, administrativa e financeira, bem como património

próprio. O mesmo decreto prevê a existência de Associações de Centros de Saúde e introduz o conceito de USF.

É definido que as USF devem ser constituídas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), devem ser autónomas a nível organizacional, funcional e técnico, apesar de manterem a sua dependência hierárquica resultante das carreiras de origem. A contratualização passa a ser baseada numa carteira de serviços básica e adicional, sendo esta última opcional. Os médicos deverão substituir os seus colegas, ficando sempre garantido o atendimento a todos os utentes inscritos na USF (Conselho de Ministros, 2006).

Assim, os profissionais de saúde teriam autonomia para se organizarem e desenvolverem uma gestão por objetivos, sendo acompanhados e monitorizados, e sujeitos a avaliação do seu desempenho através de um sistema mais exigente. As USF são assim continuamente avaliadas, sendo as ARS responsáveis por essa monitorização (Decreto-Lei n.º 298/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007).

Em 2007, abrem as primeiras USF, pelo que o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades, bem como o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos.

No ano seguinte, são criados os agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

Atualmente, existem quinze ACES na ARS Lisboa e Vale do Tejo, que integram várias unidades funcionais, incluídas em um ou mais CS, e que foram criados com o objetivo de assegurar o fornecimento de CSP à população desta área geográfica.

Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais (Decreto-Lei n.º 298/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007): Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e outras unidades ou serviços considerados necessários, propostos pela respetiva ARS.

As USF devem orientar a sua atividade de acordo com os seguintes princípios: conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa. Devem ainda possuir um plano de ação que descreva o programa de

cuidados de saúde a prestar, onde deve ser referido: o compromisso assistencial, os objetivos, os indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, os serviços e qualidade, o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais (Decreto-Lei n.º 298/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007).

O compromisso assistencial é realizado anualmente, através de uma carta de compromisso elaborada entre o coordenador da USF e o diretor executivo do ACES correspondente. Ela deve indicar a definição da oferta e a carteira básica de serviços, os horários de funcionamento da USF, a definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes, a definição do sistema de renovação de prescrição, a definição do sistema de intersubstituição dos profissionais, a articulação com as outras unidades funcionais do CS e a carteira de serviços adicionais (caso exista) (Decreto-Lei n.º 298/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007).

Cada USF inclui os utentes inscritos nas listas dos médicos integrados na equipa multiprofissional, devendo ser tida em consideração as características geodemográficas da população, não devendo ser inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes. A remuneração mensal relativa aos médicos, enfermeiros e pessoal administrativo das USF, inclui uma remuneração base, suplementos e compensações pelo seu desempenho (Decreto-Lei n.º 298/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007).

Nos últimos anos, devido à pandemia, ocorreram alterações significativas nas rotinas de trabalho dos profissionais de saúde, levando à criação de novas formas de prestação de cuidados de saúde às famílias e comunidade. No entanto, apesar do contexto, continuou a registar-se um aumento do número de USF, sendo que no ano de 2022 verificou-se a existência de 601 USF.

De acordo com as estatísticas da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, os utentes inscritos atualmente em USF são os constantes da Tabela 1:

Relação entre número de USF existentes e utentes inscritos:

**Tabela 1 - Relação entre o tipo de USF existentes a nível nacional e o n.º de utentes inscritos**

Tipo de USF	n.º USF	Utentes inscritos
Modelo A	287	2.853.306
Modela B	314	4.064.114
Total	601	6.917.420

Fonte: Dados de 30 de abril de 2022 (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 2022).

Relativamente ao número de profissionais, verificamos na Tabela 2 que são cerca de dez mil os elementos das equipas multiprofissionais que constituem as USF:

**Tabela 2 - Número de profissionais nas USF por categoria**

Categoria Profissional	N. de Profissionais
Médicos	3.982
Enfermeiros	3.971
Administrativos	2.910
Total	10.863

Fonte: Dados de 30 de abril de 2022 (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 2022).

Desde a criação do SNS, mais nenhuma outra reforma nos cuidados de Saúde conseguiu alterar o panorama da Saúde em Portugal como a que decorreu a nível Cuidados de Saúde Primários. Agora, é necessário continuar a promover o seu desenvolvimento, incentivando este impulso tão importante para a melhoria da saúde em Portugal.

## 1.2. CARACTERIZAÇÃO DO ACES MÉDIO TEJO

O ACES Médio Tejo, cujo logotipo se encontra na Figura 1, foi criado em 2012, após a fusão do ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire com o ACES do Médio Tejo II – Zêzere. Tem como missão prestar cuidados de saúde primários de qualidade à população da sua área de abrangência, bem como promover a saúde e prevenir a doença. A visão deste ACES é o de garantir que a população tenha acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, através da adequação dos recursos disponíveis às necessidades de saúde, fazendo cumprir o plano nacional de saúde. Tal deverá ser alcançado tendo por base os valores que o definem: a equidade, a qualidade, a transparência, a resiliência e o profissionalismo (Serviço Nacional de Saúde, 2022).



**Figura 1 - Logótipo do ACES Médio Tejo**

Fonte: Copyright 2017 pelo Governo da República Portuguesa (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

A sua área de atuação, num total de 2.706,10 Km<sup>2</sup>, conta com 225 275 utentes inscritos, abrangendo 11 municípios (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha),

conforme ilustrado na Figura 2, e de acordo com dados enviados pelo ACES Médio Tejo (Apêndice I), a 14 de junho de 2022.

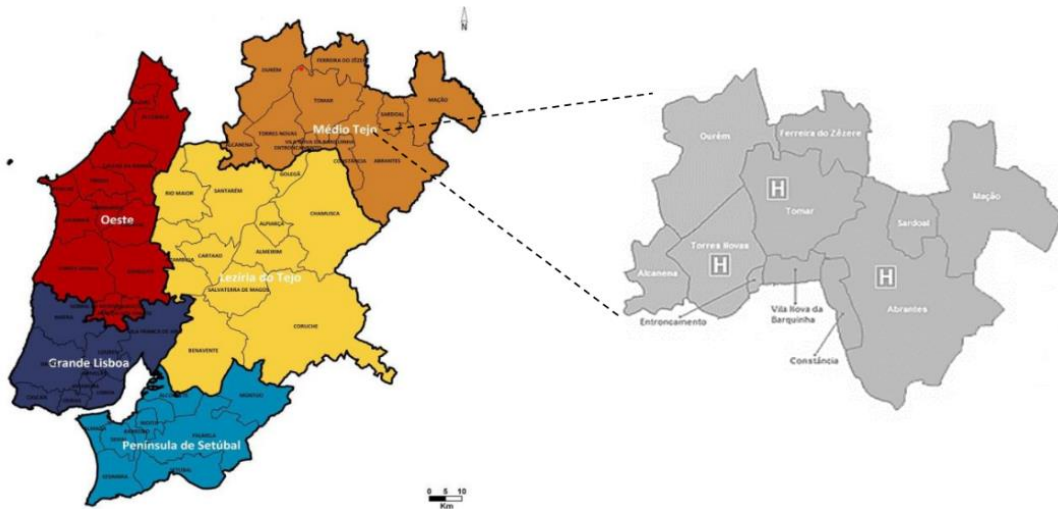


Figura 2 - Representação da área geográfica do ACES Médio Tejo.

Fonte: Fornecido por USF Beira Tejo

O ACES Médio Tejo integra as seguintes unidades representadas no seguinte organograma:

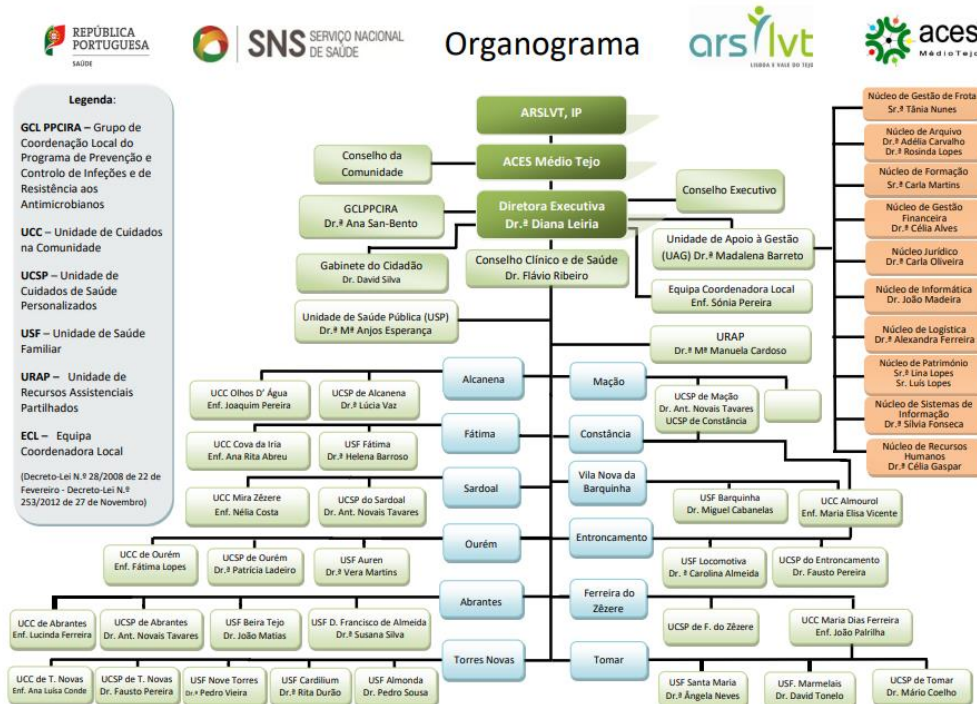


Figura 3 - Organograma do ACES Médio Tejo

Fonte: Fornecido por USF Beira Tejo

Aqui, cumprem as suas funções específicas 127 médicos, 237 enfermeiros, 166 secretários clínicos, 32 internos e 167 outros profissionais. A sua sede está situada na

Rua Dr. Rivotti 2350-365 Riachos, sendo o seu contacto telefónico o 249 830 610 e o seu email [aces.mediotejo@arslvt.min-saude.pt](mailto:aces.mediotejo@arslvt.min-saude.pt).

O ACES Médio Tejo é composto por várias unidades funcionais, entre elas a USF Beira Tejo. Foi elaborado um manual de articulação entre as unidades, revisto em 2019, que funciona como instrumento de modernização e desburocratização entre ambas as partes. Neste documento fica expresso que a USF usufrui das restantes estruturas e serviços do ACES, devendo este ser um elemento facilitador da sua atividade. Assim, o ACES deve garantir apoio à USF, de acordo com os recursos existentes (ACES Médio Tejo/USF Beira Tejo, 2019).

De salientar que os outros profissionais que exerçam funções na USF, como pessoal auxiliar de apoio/assistentes operacionais, manutenção/reparação de equipamentos e instalações, e reposição de stocks de material são da responsabilidade do ACES Médio Tejo. Compete ao ACES a disponibilização de viatura e motorista necessários aos profissionais de saúde para a realização de visita domiciliária. Caso esta viatura não se encontre disponível, o enfermeiro poderá utilizar viatura própria com aviso prévio, havendo lugar a reembolso à posteriori.

Em relação ao material esterilizado, após a USF preparar e identificar o material, é da responsabilidade do ACES Médio Tejo a sua recolha e esterilização. Posteriormente é enviado para o Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), ficando o ACES com a responsabilização de todo o tipo de custos dos serviços prestados pelos serviços de esterilização.

### 1.3. CARACTERIZAÇÃO DA USF BEIRA TEJO

Os CSP são o primeiro ponto de contacto dos utentes com o SNS, o que justifica a importância que lhe tem sido reconhecida nos últimos anos. Presentemente, as unidades prestadoras de CSP encontram-se integradas em ACES e em Unidades Locais de Saúde (Ministério da Saúde, 2020).

Dentro das unidades funcionais encontramos as USF, que são unidades de prestação de cuidados de saúde, individual e familiar, constituídas por equipas multidisciplinares.

O Despacho n.º 24101/2007 do Ministério Da Saúde, 2007, aprova os três modelos de desenvolvimento das USF: A, B e C. A diferenciação é feita em função do grau de

autonomia organizacional, do modelo retributivo, dos incentivos aos profissionais, e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. O Modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa. O Modelo B engloba as equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática real. O Modelo C é um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o CS (Despacho n.º 24101/2007 Do Ministério Da Saúde, 2007).

O estágio I decorreu na USF Beira Tejo, classificada como Modelo A, e pertencente à ARS Lisboa e Vale do Tejo. É uma das Unidades Funcionais do ACES Médio Tejo e está situada na margem sul do rio Tejo.

Segundo o seu regulamento interno de 2019, esta é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES Médio Tejo (USF Beira Tejo, 2019).

### **1.3.1. Missão, visão e valores**

Esta unidade iniciou funções no dia 13 de Março de 2019, e tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da sua área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A visão da USF Beira Tejo é a de ser uma unidade de excelência, através da otimização dos recursos disponíveis, garantindo uma adequada qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação (USF Beira Tejo, 2019).

O logotipo da USF faz referência a duas pessoas, um adulto e uma criança, que se abraçam, surgindo no centro o rio Tejo e o nome da USF, tal como se pode observar na Figura 4.



**Figura 4 - Logotipo da USF Beira Tejo**

Fonte: Fornecido por USF Beira Tejo

A figura representa a família como pedra basilar da sociedade e a USF como instituição que promove a continuidade de cuidados de saúde em todas as fases da vida (USF Beira Tejo, 2019).

### 1.3.2. Ambiente físico e funcional da USF Beira Tejo

A USF Beira Tejo desenvolve a sua atividade nas freguesias de Bemposta, Rossio ao Sul do Tejo, São Facundo e Vale das Mós, e Tramagal, todas elas pertencentes ao concelho de Abrantes.

Em relação ao espaço físico e horário de funcionamento, esta unidade é constituída pela sede, visível na Figura 5 (da autoria do autor), e dois polos: o Polo Tramagal e o Polo Bemposta. A sede fica situada na Rua José da Silva Mendes, nº 7 – Rossio ao Sul do Tejo, 2205-052 Abrantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:00, encontrando-se encerrada aos Sábados, Domingos e Feriados. Poderá entrar-se em contacto com a mesma através do telefone 241 333 562 ou através do email: [usf.beiratejo@arslvt.min-saude.pt](mailto:usf.beiratejo@arslvt.min-saude.pt), comum aos seus polos.



Figura 5 - Sede da USF Beira Tejo

O Polo Tramagal localiza-se na Rua Campo da Bola, 2205-707, Tramagal, a 7.8Km da sede da unidade. E o seu contacto é o 241 899 110.

O Polo Bemposta, local onde desenvolvi o Estágio I, situa-se na Rua Professora Irene Aparício – Bairro Novo, 2205-175 Bemposta, ficando a 12,6Km da sede da USF. Pode ser contactada através do número 241 732 178.

A marcação de consultas pode ser efetuada durante o horário de funcionamento de cada unidade, por qualquer meio de comunicação: presencial, telefone, internet, correio eletrónico ou correio. Pode ser realizada pelo próprio ou através de outra pessoa.

No que diz respeito aos recursos humanos a USF Beira Tejo é constituída pelo coordenador, pelo concelho técnico que engloba o médico, a enfermeira e a assistente técnica. Fazem parte do total desta equipa: 5 médicos, 4 enfermeiros e 4 assistentes técnicos. A equipa total constitui o Conselho Geral da USF, como equipa multiprofissional.

De salientar que os serviços mínimos estão sempre salvaguardados na ausência de médico ou enfermeiro, num dos três locais, dado que a USF assegura sempre o atendimento na sede em situações inadiáveis de atendimento ambulatório e visitaçã domiciliaria.

### **1.3.3. Breve caracterização dos utentes da USF Beira Tejo**

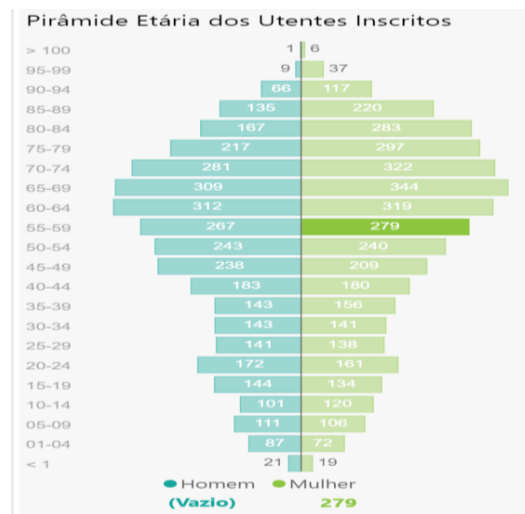
Foram recolhidos dados através do Bilhete de Identidade de Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) e do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), no sentido de permitir uma melhor caracterização dos utentes abrangidos pela USF Beira Tejo.

O BI-CSP fornece informação que possibilita caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais dos CSP, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria contínua e sustentada (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2022).

O MIM@UF é um sistema que complementa a informação de produção diária da Unidade Funcional com informação mensal/anual trabalhada e agregada, e permite obter relatórios e listagens dos dados dos utentes (ARS Alentejo, 2022).

Tendo em conta os dados fornecidos pelo BI-CSP, referentes à população de abrangência da USF Médio Tejo, verifica-se que em abril de 2022, esta tinha 7.391 inscritos, todos com médico e enfermeiro de família atribuído, sendo 3.491 do sexo masculino e 3.900 do sexo feminino. Como se pode observar no Gráfico 1, tal como na maioria da população portuguesa, também aqui estamos perante uma população mais envelhecida, em que apenas 16,16% dos utentes inscritos são jovens, contrastando com

71,29% dos utentes que são idosos. Temos assim, uma USF com um índice de dependência total de 87,45%, correspondendo a 11.120 unidades ponderadas.



**Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Beira Tejo**

Fonte: Gráfico fornecidos pelo BI-CSP (Serviço Nacional de Saúde, 2022)

Existem cerca de 1121 mulheres em idade fértil, com uma faixa etária compreendida entre os 15 e 49 anos.

Recorrendo ao MIM@UF verificou-se que, em abril de 2022, os principais problemas ativos nos utentes desta unidade eram alterações do metabolismo dos lípidos (38,18%), excesso de peso (29,51%), hipertensão sem complicações (29,48%), obesidade (18,21%), síndrome vertebral com irradiação de dores (17,26%), abuso do tabaco (14,36%), perturbações depressivas (13,96%), diabetes não insulino-dependente (11,53%), osteoartrose do joelho (8,35%) e contraceção oral (8,02%).

### 1.3.4. USF Beira Tejo - Polo Bemposta

A minha atividade foi desenvolvida no Polo Bemposta, constituído por dois médicos, um enfermeiro e um secretário de unidade.

Este polo funciona de segunda a sexta-feira, com horário descrito na Quadro1:

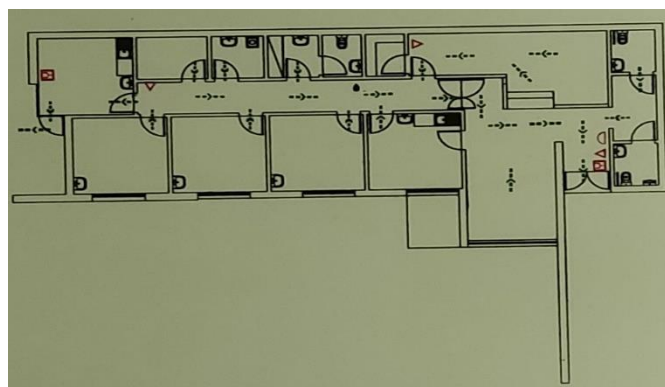
**Quadro 1 - Horário de funcionamento do Polo Bemposta**

<b>Segunda-Feira</b>	<b>08:00 às 13:00</b>	<b>14:00 às 16:00</b>
<b>Terça-feira</b>	<b>09:00 às 12:00</b>	<b>13: às 17:00</b>
<b>Quarta-Feira</b>	<b>09:00 às 13:00</b>	<b>14:00 às 18:00</b>
<b>Quinta-Feira</b>	<b>09:00 às 13:00</b>	<b>14:00 às 16:00</b>
<b>Sexta-Feira</b>	<b>08:00 às 13:00</b>	
<b>Sábados, Domingos e Feriados</b>	<b>Encerrado</b>	

No que concerne ao atendimento, o utente ao chegar à USF deve dirigir-se ao secretariado e aguardar o atendimento aquando da sua vez. Na área de espera apropriada, deve manter o silêncio e aguardar a chamada para a sua consulta, tanto de enfermagem como médica. Os utentes, enquanto utentes de uma USF, têm diariamente direito ao seu atendimento, quer médico e/ou de enfermagem, sob a forma de agendamento programado ou não programado, sob a forma do atendimento do dia, de situações agudas e/ou situações de urgência, ou inadiáveis.

A área de intervenção do Polo Bemposta corresponde a cerca de 187,45 Km<sup>2</sup>, englobando todos os utentes da freguesia da Bemposta, Água Travessa, Chaminé, Vale de Açor, Brunheirinho, Foz e Vale de Horta e das freguesias circundantes, onde houve o encerramento de unidades de saúde, como as freguesias de São Facundo e Vale das Mós.

O polo situa-se num edifício térreo, de rés do chão, com quase 20 anos, tendo acessos adequados a utentes com limitações de mobilidade. Após a entrada no edifício, como é visível pela Figura 6 (foto da autoria do autor), encontramos o gabinete administrativo, uma sala de espera e duas instalações sanitárias para os utentes, uma masculina e outra feminina. Seguidamente, existe um gabinete médico, dois gabinetes de enfermagem (um deles desativado), uma sala de tratamentos, um vestiário, uma sala de sujos e uma instalação sanitária para profissionais de saúde. Conta ainda com uma copa para a equipa que integra a USF.



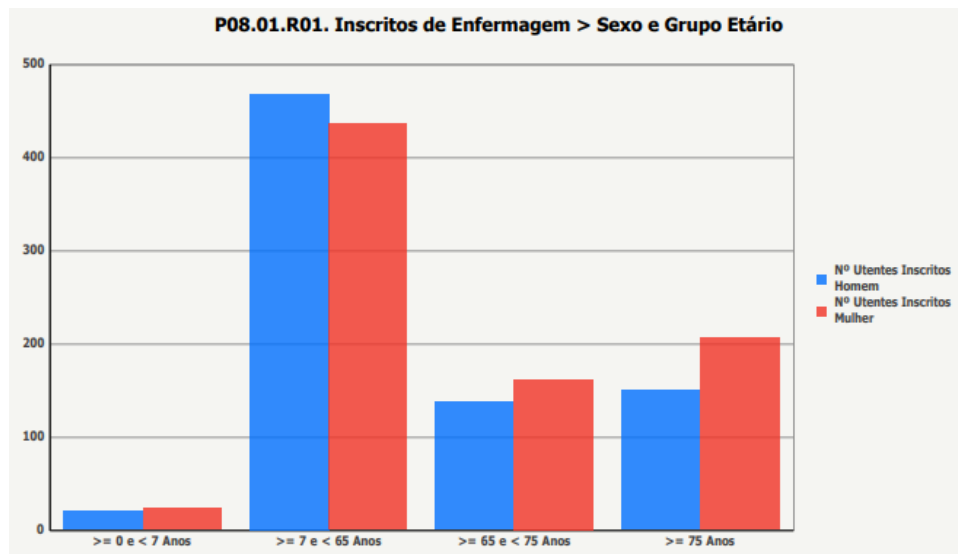
**Figura 6 - Planta do Edifício do Polo Bemposta**

O gabinete de enfermagem ativo e o gabinete médico, estão equipados com secretária, impressora, telefone, material de escritório, cadeiras, computador, armários e material clínico de enfermagem e médico, marquesa e lavatório. Em cada gabinete e sala de

tratamentos existe o material adequado e necessário à realização de cada consulta: balança pediátrica e de adulto, kit de material de avaliação de pé diabético, fita métrica, monitor de avaliação de tensão arterial. Existe um frigorífico no gabinete de enfermagem ativo, onde estão guardadas as vacinas, sendo regularmente realizado e registado o controle da sua temperatura.

De salientar que não existe gerador de eletricidade no polo, nem carro de emergência para suporte avançado de vida.

No que se refere à caraterização dos utentes o Polo Bemposta, esta conta com 1609 utentes, distribuídos por dois médicos de família, um com 1160 utentes e outro com 449 utentes. Conta ainda com um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF), sendo que os utentes estão incluídos em uma ou mais consultas de enfermagem. Estes utentes, como se pode observar pelo Gráfico 2, encontram-se maioritariamente na faixa etária dos 7 aos 64 anos de idade, sendo que existe quase uma simetria entre ambos os sexos em todas as faixas etárias.



**Gráfico 2- Distribuição dos utentes do Enf. Especialista Pedro Sequeira, de acordo com o sexo e a idade**

Fonte: Mim@uf

A carteira de contratualização do Polo Bemposta, engloba as seguintes consultas de enfermagem: Programa Nacional para a Diabetes (287 utentes), Programa Nacional da Hipertensão Arterial (998 utentes), Planeamento Familiar (220 utentes), Rastreio Oncológico (759 utentes), Saúde Infantil e Juvenil (168 utentes), Saúde Materna (6

utentes) e ainda consultas abertas para atendimento de doentes com problemas respiratórios, nomeadamente utentes que foram infetados por SARS Cov2, após o fecho das unidades destinadas ao atendimento das áreas de doenças respiratórias.

Existem também consultas de enfermagem e médica no domicílio, e atendimento telefónico pelo médico e/ou enfermeiro. Foi incluído recentemente na carteira de serviços a Teleconsulta médica, que é realizada telefonicamente a pedido do utente.

A visita domiciliária é realizada maioritariamente a pessoas dependentes e com dificuldade na deslocação ao Polo Bemposta, para realização de tratamentos específicos. A sua gestão depende da avaliação do enfermeiro de família. A USF tem também como componente da visita domiciliária, consultas programadas com acompanhamento do enfermeiro de família e do médico de família, para a visita ao recém-nascido/puérpera.

### **1.3.5. Consultas de enfermagem**

As consultas de enfermagem na USF Beira Tejo são executadas maioritariamente, e sempre que possível, pelo enfermeiro de família responsável pelo utente/família em questão. Podem ser consultas programadas, consultas abertas ou estar associadas aos programas nacionais, tendo dias e horários específicos predefinidos. O campo de atuação do enfermeiro de família vai desde os cuidados globais aos mais específicos, relacionados com o indivíduo/família. Têm sempre em consideração todas as fases do ciclo vital, o contexto social e o contexto económico em que se inserem, sempre em articulação e complementaridade com os outros profissionais de saúde e recursos da comunidade (Decreto-Lei Nº 118/2014 Do Ministério Da Saúde, 2014).

O modelo teórico utilizado preferencialmente nesta USF, é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar para a avaliação e intervenção nas famílias. Os registos de enfermagem são realizados no sistema informático SClínico.

No que se refere ao seu Plano de Ação, a USF Beira Tejo assenta em vários pontos fundamentais: a gestão da saúde (saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde do idoso), a gestão da doença (Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, doenças do aparelho respiratório, multimorbilidade e outros tipos de doença), a qualificação da prescrição (prescrição farmacoterapêutica, prescrição de exames

complementares de diagnóstico e prescrição de cuidados), satisfação dos utentes, acompanhamento de doença crónica, tratamento de feridas, vacinação a crianças e adultos, consulta aberta e intersubstituição, e consulta domiciliária. Todos estes programas assentam na carteira básica de serviços previamente definida pelo anexo I da Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde, 2007. De referir que a USF Beira Tejo não apresenta carteira adicional de serviços (USF Beira Tejo, 2022).

Estão identificadas 3 áreas que carecem de intervenção urgente e às quais a USF pretende dar resposta brevemente. São elas: a baixa taxa de registo de comportamentos aditivos na população, a reduzida taxa de utilização das consultas de enfermagem e o uso excessivo da consulta aberta por utentes sem critérios para tal, e a reduzida taxa de adesão aos Programas de Rastreio Oncológico do Cancro do Cólon e Reto e do Cancro do Colo do Útero (USF Beira Tejo, 2022).

É de referir que a USF tem vários protocolos que facilitam a articulação da prestação dos cuidados aos utentes. Têm sido frequentes as reuniões entre o CHMT e o ACES Médio Tejo, no âmbito da monitorização da campanha de vacinação contra a gripe, bem como no âmbito da análise da percentagem de doentes não urgentes que recorrem aos cinco serviços de Urgência do CHMT. É realizada também uma análise da possibilidade de incrementar a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Esta articulação entre o CHMT e o ACES Médio Tejo tem como objetivo disponibilizar uma resposta mais eficaz, melhorando a qualidade de informação aos cidadãos abrangidos por estas duas instituições (CHMT, 2022).

É também estabelecida uma relação de entajuda entre a USF e os diversos recursos existentes na sua área de influência. Estes podem ser:

- Recursos da comunidade: Escolas, lares, IPSS, Juntas de freguesia;
- Recursos sociais: Atestado Médico de Incapacidade Multiusos, Pensão de Invalidez, Complemento por Dependência, Comparticipação de Fraldas, Comparticipação de Medicamentos.

Esta relação pode ainda ser fomentada através da realização de folhetos informativos sobre temas importantes da saúde, elaborados pelos profissionais da USF Beira Tejo.

## **2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

O conceito de família vem-se reformulando ao longo dos tempos, como reflexo da constante transformação da nossa sociedade, economia e política. Se anteriormente, era considerado que a família se encontrava restrita à comunidade formada pelos pais, através do matrimónio, e pelos seus filhos, atualmente essa definição alterou-se. A família transformou-se num conceito mais alargado que transcende as ligações sanguíneas, de casamento e legais.

Em Portugal, de acordo com os resultados provisórios dos Censos de 2021, recolhidos e tratados pelo Instituto Nacional de Estatística, a dimensão média das famílias encontra-se situada entre os 2 e os 3 elementos, provavelmente relacionado com o aumento do número de casais sem filhos, de divórcios, de famílias monoparentais e de pessoas que vivem sozinhas. Também relacionado com estes fatores, verificamos um aumento da quantidade de agregados domésticos privados, de 4 043 726 agregados em 2011, para 4 149 668 em relação aos dados recolhidos em 2021. Este aumento faz-se também acompanhar da existência de um maior número de agregados institucionais, de 4 833 para 5 476 em relação ao mesmo período (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Definindo o conceito de família, temos Ângelo e Bousso (2001, *as cited in* Sehn et al., 2019), que o descrevem como um sistema, ou uma unidade, cujos membros podem ou não viver juntos, com ou sem crianças, sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros, cujas funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere em 1994, que qualquer grupo pode ser encarado como família, partindo do pressuposto que os seus elementos possuem ligações assentes na confiança, suporte mútuo e destino comum. Desta forma, este conceito não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, adoção ou parceria sexual (OE, 2022).

Na Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem, citado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), podemos verificar que o Conselho Internacional de Enfermeiros define a família como um conjunto de seres humanos, vistos como uma

unidade social ou como um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A sua visão de família como um todo, vai além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal e inclui pessoas que são importantes para o cliente e que constituem as partes do grupo.

Atualmente, a família é vista como um conjunto de pessoas que partilham sentimentos e valores, formando laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprios (Simionato & Oliveira, 2003).

Whall e Fawcett (1991), referem que a família possui os seguintes atributos:

1. um sistema ou unidade social autodefinida pelos seus membros, em que a mudança e o desenvolvimento lhe são inerentes;
2. os seus membros podem ou não estar relacionados por nascimento, adoção ou casamento e podem ou não viver sob o mesmo teto;
3. pode ou não possuir crianças dependentes;
4. é necessária a existência de um compromisso, um projeto futuro e de afeto entre os seus membros, que se desenvolve ao longo do tempo;
5. cuida, protege, sustenta e socializa entre os seus membros.

Figueiredo (2009), refere que existem atualmente vários tipos de famílias. Para além das famílias constituídas por várias gerações que vivem em comum, estas podem ainda integrar parentes colaterais (famílias extensas, alargadas). Considera também a existência de famílias nucleares associadas ao casal, com ou sem filhos, as famílias monoparentais, adotivas, homossexuais, as extensas, reconstituídas, de coabitação, famílias unipessoais e as comunitárias.

Sampaio (1985, *as cited in* Alarcão, 2000), define a família como um sistema, cujos elementos, que se encontram ligados por um conjunto de relações, mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados, e estão em contínua relação com o ambiente exterior.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), a família é definida como um grupo de indivíduos relacionados entre si por laços afetivos e com sentimentos de pertença.

Estes possuem uma perceção própria de saúde familiar, tendo em conta as suas capacidades inerentes, as suas posturas e objetivos, sendo que cada indivíduo é possuidor de uma experiência biopsicossocial e espiritual específica. Cada família tem a sua própria aptidão para aperfeiçoar a sua saúde e qualidade de vida, com base no seu património cultural e histórico dessa família. Assim, a definição de saúde, doença, cultura e crescimento pessoal serão conceitos únicos para cada família.

Alarcão (2000) reforça a visão da família como um sistema, já que esta é composta por objetos e respetivos atributos e relações, contém subsistemas, e é contida por diversos outros sistemas, ou supra sistemas. Todos eles estão ligados de forma hierarquicamente organizada, com limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio.

O funcionamento da família vai estar intimamente relacionado com a permeabilidade que os limites que cada subsistema possui. Barker (2000), refere que existem três tipos de limites: os impermeáveis (presença de um forte isolamento que dificulta a compreensão e comunicação mútua, impedindo a interação com o meio envolvente), os permeáveis (elevada sensibilidade a acontecimentos e mudanças com consequente perda de identidade e integridade do sistema/subsistema) e os semipermeáveis (permitem a diferenciação dos subsistemas através da troca de alguns aspetos mantendo a integridade).

Por sua vez, Minuchin e Fishman (2003), caracterizam os limites que tipificam as famílias como rígidos, difusos ou claros. Descrevem as famílias emaranhadas como aquelas que possuem limites difusos, com um movimento de relações centrípeto, fechadas sobre si mesmas. A diferenciação entre os seus membros encontra-se comprometida, com uma elevada interdependência de funções e papéis, que torna difícil a diferenciação entre os seus membros. Nas famílias desmembradas, os limites são rígidos, não existe lugar para apoio, afeto ou comunicação, apesar de a autonomia individual se encontrar assegurada. Em contrapartida, nas famílias com limites claros, existe respeito pelo espaço e funções de cada elemento, o que permite a partilha de influências e momentos de apoio entre todos, sendo favorecedora do seu desenvolvimento.

Ao longo do ciclo vital, a família pode atravessar diferentes tipologias, podendo existir períodos de maior emaranhamento, alternando com períodos de maior

desmembramento, por exemplo. Pode também, numa mesma família, existir diferentes tipologias de limites entre os variados subsistemas, podendo este facto não ser comprometedor do seu adequado funcionamento.

Hanson (2005), define como funções das famílias tradicionais: assegurar a sobrevivência económica, reproduzir a espécie, proporcionar proteção, transmitir a fé religiosa, proporcionar educação e socialização, conferir estatuto. Com a evolução da sociedade, manifestaram-se alterações visíveis naquilo que se consideravam como funções essenciais de uma família. Surgem as funções de uma família contemporânea, definidas pelo mesmo autor como: função económica, função protetora, função reprodutora, função religiosa, função educativa e de socialização, função de conferir estatuto social, função de relação e ainda a função de saúde.

No que se refere à definição de saúde familiar, Araújo (2014) afirma que os investigadores a utilizam tendencialmente numa perspetiva sistémica, sendo assumida que a saúde da família vai para além da soma do estado de saúde de cada um dos seus membros. Assim, a saúde familiar deve ser encarada como uma dimensão do sistema familiar em que o todo, e as partes, influenciam e são influenciadas nos processos de saúde.

Duhamel (1995, *as cited in* Figueiredo, 2012) diz-nos que os sistemas de valores, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, vão influenciar o modo como a família percebe a saúde. A família funciona como provedora das decisões de saúde, pois é no contexto familiar que se vão tomar as deliberações no que respeita às suas práticas.

Já os autores Gutierrez e Minayo (2010), afirmam que é na família que se desenvolvem e adquirem as competências relacionadas com a saúde, que vão desde as interações afetivas, necessárias ao correto desenvolvimento da saúde mental e da personalidade dos seus membros, passando pelas aprendizagens sobre a higiene, a cultura alimentar, até à capacidade de adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços de saúde. Assim, a família surge como local de aprendizagem de comportamentos que irão condicionar o seu estado de saúde.

No contexto familiar vão ser desenvolvidos os hábitos protetores ou prejudiciais da saúde individual, sendo que a existência de um ambiente seguro e estável são fatores de promoção e manutenção da saúde (M. H. J. S. Figueiredo, 2009).

O International Family Nursing Association (2017), considera que a família possui competências inerentes, forças e processos interativos únicos, que influenciam crenças, objetivos e ações no que respeita aos seus objetivos de saúde. Todas as famílias possuem a capacidade de otimizar a sua qualidade de vida e a sua saúde.

A saúde da família existe quando estamos na presença de equilíbrio, flexibilidade, capacidade de adaptação, distribuição de poder e de valorização dos interesses de todos os membros individualmente, e da família como um todo. Tal pode ser facilitado através de uma comunicação adequada entre os seus membros. Importa aos profissionais de saúde perceber a existência de divergências entre os seus membros, nunca esquecendo que a unidade familiar é um termo holístico e que envolve paradigmas antropológicos, culturais, psicológicos, sociais, económicos, entre outros. A saúde da família não é estática, mas dinâmica, e não se refere apenas à ausência de doença de um membro da família (Marcon et al., 2005).

Independentemente do tipo de família que encontramos, todas elas se organizam através de uma estrutura de relações em que os seus papéis são definidos conforme as expectativas sociais (Relvas, 2004).

O funcionamento da família depende em simultâneo do estado de saúde/doença de cada um dos seus membros, o que vai afetar o conceito de saúde familiar. Por outro lado, a saúde da família vai afetar a saúde de cada um dos indivíduos. Estamos assim perante uma abordagem biopsicossociocultural e espiritual que deve ser avaliada individualmente e em relação à unidade familiar, em consonância com o meio envolvente e da comunidade em que a família está inserida (Stanhope & Lancaster, 2011).

A definição de saúde familiar de Hanson (2005), transparece nesta visão, sendo que o autor a define como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que tem em consideração os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar.

Tendo em linha de conta o modelo sistémico, como paradigma de abordagem da família, podemos considerar a saúde numa perspetiva do bem-estar da família, tendo em consideração os processos de retroalimentação, num continuum entre estabilidade e mudança, que irá possibilitar transformações na estrutura do sistema familiar, promovendo um desenvolvimento próprio, com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (Relvas, 1996; Alarcão, 2002 *as cited in* Figueiredo, 2009).

Muitas famílias são sistemas abertos, pois estão em constante interação com os sistemas da sociedade (unidades de saúde, escola, outras famílias). Outras são sistemas fechados, resistentes à interação e à influência externa. Cada família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas e de contextos mais vastos nos quais se integra (Relvas, 2004; Stanhope & Lancaster, 2008, *as cited in* Pires, 2016).

Para Figueiredo (2012), a saúde familiar é considerada como um estado subjetivo, definido por um conjunto de características que maximizam o seu potencial de saúde. Ela reflete-se na capacidade de o sistema familiar promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, apresentando uma estrutura flexível para definir os objetivos e os meios para o seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar.

Hanson (*as cited in* Stanhope & Lancaster, 2011) considera que as famílias saudáveis apresentam as seguintes características:

- A família tende a comunicar bem e a ouvir todos os seus membros
- A família afirma e apoia todos os seus membros
- A educação para o respeito dos outros é valorizada pela família
- Os membros da família têm um sentimento de confiança
- A família diverte-se em conjunto e o humor está presente
- Todos os membros interagem entre si e existe um equilíbrio das interações
- A família partilha tempos de lazer em conjunto
- A família tem um sentido de responsabilidade partilhado
- A família tem tradições e rituais
- A família partilha um sentido religioso
- A privacidade dos membros é respeitada pela família

- A família abre as suas fronteiras para procurar e acolher ajuda para os problemas

Assim, como refere Yektatalab et al. (2016), a família desempenha um papel importante na saúde e na doença, e é de importância crítica preparar os enfermeiros para avaliar e melhorar o funcionamento familiar e a relação com base num quadro teórico.

O conceito de enfermagem de família foi desenvolvido a partir da década de setenta, baseado no pensamento sistémico, possibilitando a compreensão de todos os fatores que compõem a unidade familiar. O conceito foi evoluindo, acompanhando a evolução da teoria, da investigação e das práticas no âmbito dos cuidados às famílias (Figueiredo, 2009).

Assente no conceito da OMS, o enfermeiro de saúde familiar surge como um profissional integrado na equipa de saúde multidisciplinar e que tem a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem globais, a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida e nos vários contextos da comunidade (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015). São profissionais de saúde que prestam cuidados baseados em evidências e nas melhores práticas e possuem o conhecimento, as habilidades e as competências para adaptar o cuidado às necessidades individuais (Dellafiore et al., 2022).

Os enfermeiros de família devem estar preparados para cuidar de indivíduos e famílias demonstrando um compromisso com o cuidado centrado na família (GÜLÇEK, 2022).

O atual envelhecimento da população está relacionado com o aumento da prevalência de doenças crónicas e fragmentação social, sendo que ambos os fatores implicam a necessidade de melhorar o atendimento à comunidade, tornando-se um desafio para os atuais modelos de prestação de cuidados. Revela-se imperiosa a mudança de paradigma: passar de um modelo baseado na prestação de serviços para uma iniciativa de saúde baseada na gestão precoce e no cuidado comunitário (Terracciano et al., 2021).

Associado às alterações epidemiológicas e demográficas, e com a exigência de mudança de paradigma, os enfermeiros sentem uma crescente necessidade de investir na sua qualificação. Através da especialização em diferentes áreas, e da consequente capacidade de prestação de cuidados de excelência, os enfermeiros tornam-se capazes

de dar resposta às novas demandas a nível dos cuidados de saúde, que são se tornam cada vez mais complexos.

A evidência empírica confirma o impacto positivo da Especialização em Enfermagem, mostrando que esta favorece ganhos em saúde para os clientes (visíveis através da melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (visíveis pela melhoria dos indicadores de gestão e eficiência), e ganhos para os próprios profissionais, (demonstrados por melhores índices de satisfação e de retenção dos profissionais) (M. A. Lopes et al., 2018).

Deste modo, o investimento na formação, através da especialização dos prestadores, revela-se como uma necessidade evidente, dado que potencia a economia, aumenta a produtividade e possibilita a prestação de melhores cuidados de saúde. A Especialização em Enfermagem torna-se numa tendência internacional, encontrando-se já definido o papel do Enfermeiro Especialista em vários países, permitindo que esses enfermeiros extravasem o domínio dos cuidados gerais e desempenham atividades no âmbito de competências mais complexas (M. A. Lopes et al., 2018).

A demanda por profissionais de cuidados de saúde primários nos países desenvolvidos está a aumentar e a escassez está projetada até 2025, sendo que os profissionais de enfermagem são fundamentais para enfrentar o atual e futuro défice (GÜLÇEK, 2022).

Devido ao elevado nível de complexidade do cuidado familiar e comunitário, aliado ao elevado nível de autonomia profissional e liderança exigido, a formação do enfermeiro de família deve ser necessariamente ministrada em contexto de pós graduação, permitindo garantir resultados positivos para indivíduos, famílias e comunidade (Bagnasco et al., 2020).

Atualmente não existe nenhum Perfil Profissional Padronizado para Enfermeiros de Saúde Familiar, definido a nível da União Europeia (UE). Assim, foi criado o projeto ENhANCE (EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nursE) que possibilitou dar o primeiro passo para definição do Currículo Europeu para Enfermagem de Saúde Comunitária e Familiar, através da identificação de competências fundamentais. Os seus principais objetivos -são: aumentar o nível de especialização de enfermeiros que atuam no âmbito da Enfermagem Familiar e Comunitária dos CSP, fomentar o desenvolvimento

dos currículos dos Enfermeiros de Família, - melhorar a mudança do antigo modelo de CSP para os novos modelos de saúde centrados nos CSP. Embora o caminho seja longo para o reconhecimento e regulação deste título a nível europeu, este projeto certamente permitiu dar um passo importante nessa direção (Bagnasco et al., 2020).

A importância de se encarar a família como um parceiro nos cuidados de saúde foi sendo apreendida, por organizações e entidades com responsabilidades políticas e civis nesta área, onde se destaca o Programa Operacional Saúde 21 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este programa foi aprovado pelo Comité Regional, em setembro de 1998, onde foram estabelecidas 21 metas que se articulam com a política regional, possibilitando a cada Estado Membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde. Este sublinha a necessidade de desenvolver a figura do Enfermeiro de Saúde Familiar como uma força de promoção da saúde, em toda a região europeia. É assim fortalecido o papel que a enfermagem de saúde familiar tem na melhoria da saúde dos europeus, salientando-se como direitos fundamentais: a saúde, a equidade e a necessidade de responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de saúde (M. H. J. S. Figueiredo, 2009).

Tendo em consideração Wright e Leahey (2002, *as cited in* Figueiredo, 2009), os enfermeiros generalistas consideram predominantemente a utilização do conceito família como um contexto. Por outro lado, os profissionais com formação pós-graduada, usam o conceito família como unidade de assistência (família como sistema). As autoras referem que esta última visão implica uma formação acrescida no âmbito da enfermagem dos sistemas familiares, possibilitando que os enfermeiros adquiram um corpo de conhecimentos que envolve a dinâmica de família, a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família.

Assim, o enfermeiro de família torna-se o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde e assentam num modelo de proximidade e num paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

Verifica-se cada vez mais, a necessidade de implementar modelos centrados nos cuidados de saúde primários, através de uma abordagem o mais próxima possível do quotidiano das pessoas, focando-se nas necessidades da comunidade, desde a promoção da saúde, ao reconhecimento da doença, ao tratamento, até aos cuidados paliativos. Deste modo, o enfermeiro de família é o ponto chave para a implementação de modelos de prestação de cuidados de saúde, inserido numa equipa multidisciplinar (Dellafiore et al., 2022).

De acordo com Tsay et al. (2021, *as cited in* GÜLÇEK, 2022), os profissionais de enfermagem de saúde familiar contribuem significativamente para a gestão da doença e promoção da saúde nos cuidados de saúde primários. Contudo, a implementação da enfermagem do sistema familiar em ambientes clínicos está a aumentar (Svavarsdottir et al., 2018, *as cited in* GÜLÇEK, 2022).

Compete ao enfermeiro, tendo em consideração as diferentes estruturas familiares existentes, compreender a escolha de cada indivíduo e não realizar qualquer julgamento, oferecendo o apoio necessário à tomada de decisão. O enfermeiro deve tentar compreender a influência de cada um dos membros da família na dinâmica familiar (Sehn et al., 2019).

Hanson (2005), considera existir um conjunto de aspetos comuns às intervenções de enfermagem junto das famílias, favorecedoras de uma especificidade e conhecimento próprio:

- Os cuidados à família têm em conta a experiência da família ao longo do tempo;
- A enfermagem de família preocupa-se com o contexto cultural e comunitário da família;
- A enfermagem de família reconhece a importância das relações entre os seus membros, bem como a especificidade de cada um deles;
- A enfermagem de família é destinada a famílias saudáveis e/ou doentes;
- Na enfermagem de família reconhece-se a reciprocidade existente entre a saúde individual dos membros e a saúde coletiva dentro da família.
- O sistema familiar é influenciado por qualquer alteração que ocorra nos seus membros individuais.

- A enfermagem de família requer a manipulação do ambiente de modo a aumentar a probabilidade de interação familiar. No entanto, é possível oferecer cuidados de enfermagem à família ainda que nem todos os membros da família estejam presentes.
- A enfermagem de família enfatiza os recursos da família e dos seus membros individualmente, apoiando-os na sua interação e crescimento.
- É a família, em colaboração com a enfermeira, que define quem são os seus membros.

Observa-se deste modo, uma evolução crescente do conceito e aplicação da enfermagem de saúde familiar. Relembrando Florence Nightingale, verificamos que esta já apontava nos seus textos para a relevância da família. Inicialmente apenas se tinha em consideração o indivíduo de forma isolada, contudo, o foco do cuidado foi sendo alargado e passou a incluir as famílias e as comunidades. Surgem assim as Teorias de Enfermagem alinhadas com a prática da enfermagem com as famílias, nomeadamente: o modelo de adaptação de Roy, a teoria da consecução do objetivo de King, o modelo de sistemas de Neuman, a teoria do défice auto-cuidado de Orem, a teoria dos seres humanos unitários de Rogers, a teoria da estrutura da organização sistémica de Friedemann, a teoria dos cuidados culturais de Leininger, a filosofia e ciência do cuidar de Watson, a teoria de enfermagem psicodinâmica de Peplau, o modelo de interação pai-filho de Barnard e o modelo de saúde de Newman (Araújo, 2014).

A existência de múltiplas teorias possibilita que os enfermeiros trabalhem sob uma grande variedade e possibilidade de perspetivas e abordagens, aumentando, deste modo, o leque de intervenções passíveis de serem implementadas, de acordo com a especificidade e unicidade de cada família.

Wright e Leahey (2009, *as cited in* Araújo, 2014), afirmam que é importante para os enfermeiros a noção dos diversos modelos oferecidos pelas várias disciplinas, não descurando a necessidade de adotarem uma estrutura conceitual clara, a fim de facilitar a identificação das forças e dos problemas da família e a elaboração de um plano de cuidados. A utilização de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar a informação, desenhando também um foco de intervenção.

Contudo, torna-se fundamental o desenvolvimento e utilização de instrumentos que possibilitam a avaliação da saúde da família, quer para permitir a identificação dos seus potenciais e/ou reais problemas, quer para avaliar as competências que a família tem para os enfrentar.

Neste seguimento, Schober e Affara (2001, *as cited in* Araújo, 2014) identificaram quatro modelos que contribuem para a conceção de cuidados orientados, tanto para a colheita de dados, como para o planeamento das intervenções da prática de enfermagem junto das famílias: o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar, o Modelo de Avaliação da Família de Friedman, o Modelo do Enfermeiro de Família da Região Europeia da OMS e o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

O enfermeiro especialista delinea a sua prática numa relação de parceria, tendo em consideração as forças da pessoa, família e comunidade, não se focando tanto nas doenças ou nos problemas. Na sua intervenção, o enfermeiro desenvolve uma relação terapêutica que permite a compreensão de significados e sentidos atribuídos pelas famílias aos processos de saúde/doença, facilitando o juízo clínico e a tomada de decisão partilhada. Com a sua intervenção, as famílias e os seus elementos ficarão mais capacitados para a gestão dos problemas vivenciados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Estudos que analisam as intervenções de enfermagem de saúde familiar têm mostrado resultados positivos para a saúde de indivíduos e famílias (Rodrigues et al., 2021, *as cited in* GÜLÇEK, 2022). Usando uma abordagem centrada na família, os enfermeiros podem facilitar a construção de um relacionamento de proximidade com membros de uma unidade familiar (O'Rae et al., 2021, *as cited in* GÜLÇEK, 2022).

### **3 REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A competência refere-se a um conjunto de conhecimentos, capacidades de intervenção e comportamento estruturados, em função das características e âmbito de ação que o enfermeiro tem de desenvolver no correto exercício da sua profissão.

A competência do enfermeiro é definida por Benner (1984, *as cited in* Oliveira & Queirós, 2015), como a capacidade que este possui em realizar uma tarefa sob as mais variadas condições, no sentido de alcançar o resultado desejável. Isso implica desenvolver a autonomia, a iniciativa, a inovação e promover o reconhecimento do trabalho realizado.

Analisar o meu desempenho e postura enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, através de uma reflexão crítica, tendo em conta esses domínios de competências, foi uma atividade sistemática conduzida em cada dia de estágio. Tal tarefa revelou uma importância efetiva no enriquecimento e aperfeiçoamento do meu desempenho.

Desta forma, pretendo ao longo do próximo capítulo apresentar uma análise crítico-reflexiva deste estágio, tentando demonstrar as experiências vivenciadas e que influenciaram a minha aquisição de competências especializadas, fundamentais para o meu crescimento profissional e consecução dos objetivos delineados.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num determinado domínio de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, os processos de vida e os problemas de saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

O (Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019)(Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019), refere que a certificação das competências do enfermeiro vem confirmar que o enfermeiro especialista em saúde familiar é possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizáveis em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo. Esse facto vem possibilitar e

facilitar a compreensão por parte dos cidadãos sobre o que esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

As competências comuns são definidas nesse regulamento como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua especialidade. Estas são reveladas através da sua capacidade em conceber, gerir e supervisionar os cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Atendendo ao descrito nesse mesmo regulamento, são quatro os domínios que constituem as competências comuns do Enfermeiro Especialista. Entende-se por domínio de competência como uma esfera de ação que compreende um conjunto de competências com uma linha condutora comum e um conjunto de elementos agregados. Esses domínios são os a seguir enumerados:

- a. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b. Melhoria contínua da qualidade;
- c. Gestão dos cuidados;
- d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, deve o enfermeiro especialista demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Deve ser possuidor de conhecimentos do âmbito ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

Os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o exercício e prática da enfermagem, estão regulados no atual Regulamento n.º 613/2022 Da Ordem Dos Enfermeiros (2022) onde está definido o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). A complementar esta competência, foi aprovado recentemente o Ato do Enfermeiro onde é definido o ato

profissional dos enfermeiros, a sua competência, a sua autonomia e as suas responsabilidades.

O ato de enfermagem compreende a avaliação diagnóstica e prognóstica, a prescrição, a execução e avaliação dos resultados das técnicas, medidas terapêuticas e intervenções de enfermagem. Estes irão proporcionar prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação, tanto das pessoas, como dos grupos, famílias e/ou comunidades, respeitando os valores éticos e deontológicos da profissão. Este ato tem ainda em consideração todas as atividades desempenhadas a nível da investigação, gestão, docência, formação e assessoria, e permite a classificação de todas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros como autónomas ou interdependentes (Regulamento n.º 613/2022 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2022).

O REPE homologado no Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho da OE (2022), é um instrumento jurídico que veio regular o exercício profissional da enfermagem. Este regulamento está em consonância com o quadro jurídico da saúde, definindo direitos e normas da profissão e garante a excelência dos cuidados prestados e a segurança do cliente, com base numa conduta responsável e ética.

O Código Deontológico dos enfermeiros presente nos Estatuto da OE, republicado como anexo na Lei n.º 111/2009 Da Assembleia Da República (2009), delimita nos seus artigos os direitos e deveres dos enfermeiros aquando do exercício das suas funções, mantendo os princípios éticos e a autorregulação da profissão. A prática de enfermagem terá como princípios gerais a preocupação na defesa da liberdade e dignidade humana e do próprio enfermeiro, sustentando-se em valores universais e princípios orientadores, descritos no código.

Neste sentido, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos, e no desempenho da minha profissão, perante uma nova realidade profissional, promovi os princípios éticos universais, entre eles: proteção dos direitos humanos, confidencialidade, privacidade, valores e crenças dos utentes. Foram respeitados o Código Deontológico e o REPE, mantendo sempre presente uma postura de autocrítica e reflexiva. Todas as atividades desempenhadas foram apoiadas nos enunciados descritivos da OE e fundamentadas na evidência clínica. Estes princípios foram assegurados no decorrer da avaliação familiar e aquando da colheita dos dados, onde tentei promover a proteção dos direitos humanos

e gerir a segurança, privacidade e dignidade dos clientes. A capacidade de liderança no processo de tomada de decisão foi posta em prática seguindo os princípios, valores e normas deontológicas, sendo que posteriormente foi avaliado todo o processo e resultados, derivados das decisões.

### **3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A Direção-Geral da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 234/2008 Do Ministério Da Saúde, (2008), ficou responsável pelo planeamento e programação de políticas da qualidade no sistema de saúde português, possuindo a tarefa de promover o desenvolvimento de uma cultura com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

Associado ao tema melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, teremos que ter como foco que a qualidade irá implicar monitorização da mesma, de modo que esta não se torne subjetiva nem de difícil validação. Para colmatar este problema a OE definiu os padrões de qualidade de enfermagem e, baseado neles, alertou para a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, potenciadores de ganhos em saúde (Machado, 2013).

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, no que se refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade, estamos perante a necessidade de desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias a nível da instituição. A atividade do enfermeiro especialista neste campo passa por demonstrar e expor conhecimentos e habilidades, garantindo uma melhoria da qualidade e orientando, participando e colaborando com os projetos institucionais nessa área. Deve ainda planear, avaliar e liderar programas nesse âmbito e garantir um ambiente terapêutico e seguro para os clientes.

Estas competências foram diversamente adquiridas e promovidas no decorrer deste estágio, como por exemplo através de:

- Supervisionamento e colaboração na área da qualidade, na avaliação e registo, sugerindo e identificando oportunidade de melhoria. Colaboração no programa de monitorização das vacinas a nível da Unidade de Saúde Familiar Beira Tejo.

- Realização de registos em SClínico das práticas realizadas utilizando rigor e linguagem científica permitindo futuramente realizar a extração de dados e produzir indicadores que conduzam a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Manutenção de medidas de segurança e da confidencialidade dos dados obtidos e dos registos efetuados;
- Manutenção de envolvimento das famílias aquando das consultas, em espaço apropriado, seguro, resguardado tendo em atenção as suas necessidades, privacidade e assegurando a sua satisfação. Aquando da visitação domiciliar, foram respeitadas todas as regras de higiene e segurança e respeitados valores e hábitos da família;
- Colaboração, dinamização e participação no circuito de materiais para a esterilização;
- Cooperação e organização da higienização das áreas de trabalho e equipamentos com o assistente operacional.

### **3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados**

A capacidade que o enfermeiro especialista possui ao nível da gestão, verifica-se pela sua competência em garantir a segurança das organizações, no que respeita às práticas, dotações e conhecimento adequado. Essa competência, manifesta-se ainda, pela sua capacidade de garantir a segurança do cidadão, família e comunidade, através de uma prática profissional, ética e legal, da gestão de cuidados e serviços, da intervenção política e da assessoria, e através do desenvolvimento profissional (Ribeiro, 2012).

As competências de gestão dos cuidados, definidas pela OE, manifestam-se através da:

- capacidade que o enfermeiro possui em melhorar o nível de tomada de decisão no processo de cuidados;
- capacidade de garantir a qualidade e a segurança das tarefas delegas, através da sua supervisão;
- capacidade de realizar uma melhoria do trabalho em equipa, tendo em atenção os recursos e as necessidades de cuidados;

- capacidade de adequar o estilo de liderança consoante o local de trabalho e clima organizacional, procurando o aprimoramento da resposta do grupo e/ou indivíduos (Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019).

Assim, como enfermeiros especialistas, temos de ter presente as exigências acrescidas, que passam pela gestão de recursos materiais, instalações e equipamentos, gestão dos cuidados, e ainda, e não menos importante, gestão de recursos humanos. Estas deverão estar sempre associadas à melhoria e segurança dos cuidados de saúde.

Deste modo, e no que respeita ao domínio da gestão de cuidados, durante o ensino clínico consegui colaborar com toda a equipa multidisciplinar, promovendo alternativas para as tomadas de decisão no processo de enfermagem. Consegui ainda orientar o utente para outras áreas de referência, sendo um exemplo disso quando propus a orientação de uma utente grávida para a colega da Saúde Materna e Obstétrica, no sentido de frequentar as aulas de preparação para o parto. Também colaborei com o enfermeiro orientador na delegação de tarefas, aquando da orientação e cumprimento do protocolo de higienização do polo, pelos assistentes operacionais. Foi ainda possível ter a oportunidade de utilizar os recursos de forma eficiente, respeitando o método de trabalho da equipa; prestar assessoria ao enfermeiro orientador nos pedidos e reposição de materiais; e promover a manutenção de um ambiente propício às boas práticas e interação com toda a equipa multidisciplinar.

#### **3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, segundo o Regulamento n.º 140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros (2019), espera-se que o enfermeiro revele a capacidade de autoconhecimento e demonstre a sua capacidade de relacionamento com o outro, num contexto singular, profissional e organizacional. Deve também suportar a sua prática especializada na melhor evidência científica, tendo a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem em contexto do trabalho.

Ao longo do ensino clínico, como exemplo de atividades desenvolvidas neste domínio, posso desde logo reportar que na fase inicial do meu estágio me consciencializei de algumas dificuldades profissionais, apresentando algumas lacunas a nível do

conhecimento pois, todo o meu percurso de trabalho tinha sido desempenhado nos cuidados de saúde diferenciados. Neste sentido tive de fazer uma atualização de conhecimentos, realizando pesquisa bibliográfica e partilha de experiências e conhecimentos com colegas de curso, enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar, reconhecendo as minhas limitações e tentando colmatá-las. Fui atuando como formador, ora com outros profissionais ora com utentes. Irei ainda iniciar um processo de investigação, no decorrer do próximo estágio. De salientar que foi sempre feita a tentativa de rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando iniciativa de análise das situações clínicas menos comuns e conferenciando com o enfermeiro orientador.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar têm como função realizar um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. Foram definidas pela OE através do Regulamento n.º 428/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros (2018), e dividem-se em duas áreas:

- a. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- b. Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Para conseguir atingir as competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar durante o ensino clínico desenvolvi várias atividades que tenho vindo a relatar ao longo deste trabalho. No sentido de conseguir aprofundar mais estas competências, foi realizada a avaliação familiar de uma família pertencente ao ficheiro do enfermeiro de família (orientador do meu estágio) da Unidade de Saúde Familiar Beira Tejo, Polo Bemposta. Após esta avaliação inicial foi elaborado um plano de cuidados, tendo em conta os diagnósticos prioritários, seguida de uma avaliação da sua implementação. Esta avaliação familiar e planeamento de cuidados encontra-se esta relatada no Apêndice II deste relatório.

A escolha da família, denominada por família F, ocorreu aquando da consulta de Saúde Infantil e Juvenil do novo elemento, na altura com cerca de um mês de idade. Nesta consulta, os pais (MF e TF), fruto de uma transição normativa, apresentavam muitas dúvidas e inseguranças, tais como pensarem que o recém-nascido não apresentava um percentil adequado no que respeita ao peso e por apresentar períodos de choro frequente. Nesta primeira abordagem consegui estabelecer, desde o início, uma relação de confiança e empatia com eles. Seguidamente, após conversa com o meu orientador de estágio e após parecer favorável da família, através da sua autorização, pude realizar o meu estudo e colocar em prática as competências especializadas em enfermagem de saúde familiar.

Seguidamente será exposto mais especificamente algumas atividades desenvolvidas para cada competência específica.

### **3.2.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e dos diferentes níveis de prevenção**

Nesta competência o enfermeiro especialista em saúde familiar, considera a família como uma unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, sendo que para tal ele:

1 – Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controle de situações complexas - Neste sentido, abordei uma família em duas sessões. A primeira, na consulta de Saúde Infantil e Juvenil e a segunda no domicílio da família F, tendo sido assim possível mostrar disponibilidade para com eles, de acordo com os seus horários. Estimulei a família a reformular os seus objetivos, tendo em conta os seus pontos de vista e foram definidos os objetivos no que respeita à saúde da família que, a título de exemplo, passavam pelos cuidados ao recém-nascido. Foi realizado um plano de cuidados com a família de modo a promover, manter e reforçar a sua saúde.

2 – Colhe dados pertinentes para o estado da saúde da família - Foi realizada a colheita de dados (Apêndice II), de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação Familiar, com o auxílio de instrumentos de avaliação tais como: o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Avaliação Social de Graffar, a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, a Escala FACES II

adaptada e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. Estas possibilitaram o reforço da análise desta família. Aguardo a possibilidade de ao longo da minha vida profissional voltar a ter a oportunidade de aplicar estes e outros instrumentos de avaliação, que nos permitem identificar o histórico familiar e hereditário das famílias, a sua estrutura familiar, as suas interações, tipos de comunicação, crenças e cultura, sendo que estes instrumentos estão facilmente disponíveis para o enfermeiro de família atuar como elemento facilitador das transições de vida.

3 – Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas – Para atingir esta competência foram mobilizados conhecimentos, tanto de enfermagem, como de outras ciências, de modo a realizar uma correta tomada de decisão. Assim, foi possível avaliar e analisar o histórico da família no que concerne às suas relações, estado de saúde e padrões de resposta, tarefas, vínculos, crenças, sistemas mais amplos e recursos disponíveis. Estas atividades foram documentadas na avaliação familiar de acordo com o Modelo Calgary, bem como os respetivos instrumentos de avaliação.

4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica - Neste âmbito, cooperei com a família na definição de metas e expectativas na promoção da sua saúde, através do estabelecimento de um ambiente seguro, que possibilitou a abordagem da sua sexualidade, assunto tabu e por vezes de difícil explanação. Isto permitiu o desenvolvimento do plano de cuidados com a sua colaboração, o que possibilitou alcançar vários objetivos.

5 - Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas – Foi sempre possível promover o diálogo com os utentes e famílias, de forma a facilitar o concretizar dos seus objetivos. Foram também desenvolvidas e avaliadas intervenções, de acordo com as transições de cada família e tendo em consideração as suas respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas, através do processo de enfermagem. Consegui ainda promover ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, ao mesmo tempo que garanti a qualidade e segurança dos cuidados de saúde implementados.

6 - Facilita a resposta da família em situações de transição complexa – durante este ensino não fui confrontado com nenhuma situação de transição complexa.

7 - Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar – Ao longo deste estágio, fui procurando melhorar a minha prática de enfermagem de saúde familiar, através do apoio do meu enfermeiro orientador e da aquisição e atualização de novos conhecimentos científicos. Fui avaliando a minha atuação e confrontando-a com o enfermeiro orientador, existindo uma evolução favorável que promoveu o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Nesta linha de pensamento, fui ainda formando no 1º Webinar do projeto InfFUCI/CIDNUR “A Família na Transição Saúde-Doença: Intervenção de Enfermagem”.

8 - Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem – Neste item consegui avaliar a satisfação e a disponibilidade das famílias, mostrando-se a família estudada feliz, disponível e interessada, sublinhando que o trabalho desempenhado como enfermeiro de família é de extrema importância. Foi avaliada a eficácia dos cuidados de enfermagem através da reformulação dos diagnósticos de enfermagem e integrando a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

### **3.2.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados de família.

Para alcançar estas competências, o enfermeiro:

1 – Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados a família. Neste sentido, durante este estágio foi realizada a promoção de saúde promovida através da articulação entre equipas sempre que necessário (enfermeiro de família/médico de família) e referenciada utente/família a outro profissional de saúde. Aqui tive a oportunidade de referenciar uma utente para ser acompanhada por uma enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica que desempenha funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

2 – Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Foram utilizados sistemas de informação e tecnologia para melhorar e evidenciar resultados em saúde familiar, realizada promoção/visibilidade sobre enfermagem de saúde familiar através de conversas informais com os utentes da USF. Ainda no decorrer deste curso foi realizada uma revisão sistemática de literatura no âmbito da saúde familiar, favorecendo a visibilidade e o papel do enfermeiro de Saúde Familiar.

## 4 PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

### **Contributo do Enfermeiro de Família na literacia em Saúde sobre obesidade e excesso de peso, aos pais de crianças dos 2 aos 17 anos: uma revisão sistemática da literatura**

#### 4.1. RESUMO

**Introdução:** A prevalência de excesso de peso e obesidade infantil tem crescido ao longo dos anos e possuem uma forte influência no desenvolvimento de comorbilidades, tornando-se essencial que o EEESF possua uma estratégia de intervenção no âmbito da literacia dos pais e crianças, de forma a reduzir o seu impacto negativo durante a infância e vida adulta.

**Metodologia:** Para estudar esta intervenção foi realizada uma RSL, através da pesquisa de estudos publicados nos últimos 5 anos, nas bases de dados PubMed, LILACS e MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Desta pesquisa, obtiveram-se oitenta e um artigos, dos quais se excluíram 4 duplicados. Dos setenta e sete restantes, sessenta foram excluídos na primeira triagem pelo título e pelo resumo, sobrando dezassete que não correspondiam aos critérios de elegibilidade, por não estudarem a atuação dos EEESF. Contudo, foram identificados 4 artigos através de busca por citação, dos quais 3 foram incluídos na análise (um *Randomized Controlled Trial* (RCT), um protocolo e uma carta ao editor).

**Resultados:** Constatou-se que o EEESF possui um papel essencial na identificação e prevenção do excesso de peso e obesidade infantil, mas não se encontraram evidências suficientes para responder de forma conclusiva à questão de investigação.

**Conclusão:** No excesso de peso e obesidade infantil é de extrema importância o envolvimento multidisciplinar e de particular relevância o envolvimento da família. A intervenção mais eficaz continua a ser a modificação dos hábitos e estilo de vida, e o seu sucesso dependente da motivação da criança e sua família.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro de Saúde Familiar; Literacia em Saúde; Obesidade; Crianças; Pais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The prevalence of overweight and childhood obesity has grown over the years and has a strong influence on the development of comorbidities, making it essential that the nurse specialized in family health has an intervention strategy in the field of literacy of parents and children, to reduce its negative impact during childhood and adulthood.

**Methodology:** To study this intervention, a systematic review of the literature was conducted through the research of studies published in the last 5 years in the PubMed, LILACS and MEDLINE databases. From this research, eighty-one articles were obtained, of which 4 duplicates were excluded. Of the remaining seventy-seven, sixty were excluded in the first screening by the title and the abstract, leaving seventeen that did not meet the eligibility criteria, because they did not study the performance of specialist nurse in Family Health. However, 4 articles were identified by citation search, of which 3 were included in the analysis (one RCT, one protocol and one letter to the editor).

**Results:** It was found that the specialist nurse in Family Health plays an essential role in the identification and prevention of overweight and childhood obesity, but not sufficient evidence was found to conclusively answer the research question.

**Conclusion:** In overweight and childhood obesity, multidisciplinary involvement is extremely important and family involvement has a particular relevance. The most effective intervention continues to be the modification of habits and lifestyle, and its success depends on the family and child's motivation.

**Keywords:** Family Health Nurse; Health Literacy; Obesity; Children; Parent

## 4.2. INTRODUÇÃO

A comunidade reconhece há várias décadas que o excesso de peso representa um grave problema de saúde pública, sendo crescente a importância atribuída ao excesso de peso em crianças. Estudos referem que na Europa as prevalências de excesso de peso em crianças dos 6 aos 9 anos de idade, situam-se entre 18,4% e 42,5% em raparigas e entre 19,3% e 49,0% em rapazes. Olhando para os casos de obesidade, os valores são igualmente elevados, atingindo os 17,3% nas raparigas e 26,6% nos rapazes (Wijnhoven et al., 2014, as *cited in* Teixeira et al., 2019), sendo as maiores prevalências registadas nos países do sul.

O excesso de peso e obesidade na idade infantil encontra-se associado a aumento das comorbilidades na idade adulta como hipertensão arterial, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e distúrbios de sono, bem como a outros problemas como pior qualidade de vida e baixa autoestima.

No sentido de compreender a problemática, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, que pretendeu definir quais os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar à família com crianças obesas, considerando que esta poderá ser útil no delineamento de estratégias no futuro. Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Caracterizar a Obesidade Infantil;
- Identificar as estratégias de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, na literacia dos pais e crianças, na prevenção do excesso de peso e obesidade infantil.

A pesquisa de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, LILACS, e MEDLINE, sendo selecionados artigos primários, com texto integral, publicados nos últimos 5 anos, em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os artigos publicados antes de 18 de outubro de 2017 e os artigos duplicados.

Este trabalho encontra-se dividido em 5 partes: a primeira expõe a informação obtida sobre o tema através de consulta de bibliografia relevante na área. A segunda aborda o enquadramento metodológico, onde é apresentada a tipologia do estudo, os objetivos, a questão de investigação, a população e a colheita de dados. Seguidamente são apresentados os resultados e expõe-se os dados obtidos estabelecendo associações e semelhanças com os

conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão da literatura, incluindo estudos semelhantes ao realizado. Faz-se ainda a identificação das dificuldades e limitações do estudo. Por fim, a conclusão resume as ideias chave desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e são expostas as implicações para a prática de enfermagem de saúde familiar, bem como sugestões para futuras investigações.

#### 4.3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fundamentação teórica consiste na pesquisa e seleção da leitura de textos, artigos, livros e de todo o material considerado importante na área que se pretende investigar, possibilitando um conhecimento e uma compreensão mais alargada sobre o tema bem como a sua contextualização (Fortin, 2009).

Neste sentido, foram descritos os seguintes temas considerados relevantes para uma melhor compreensão do problema em estudo.

##### 4.3.1 Definição de Excesso de Peso e Obesidade Infantil

O excesso de peso e a obesidade nas crianças e adolescentes é um dos principais problemas de saúde pública, pois condicionam um maior risco ao nível da saúde, cujas consequências podem persistir durante a idade adulta. Além disso, a obesidade neste grupo etário está muitas vezes relacionada com problemas psicossociais como a baixa autoestima, o *bullying* e o fraco sucesso escolar, o que pode agravar ainda mais a saúde e os resultados económicos na idade adulta (OECD/European Union, 2020).

O aumento da prevalência do excesso de peso nas crianças tem contribuído para o aumento de doenças crónicas, como a obesidade na idade adulta, problemas de saúde mental, diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro (Sarni, Kochi & Suano-Souza, 2022).

A obesidade é uma doença multifatorial complexa, definida pelo excesso de adiposidade e relacionada com um risco acrescido para o aparecimento de doenças crónicas (OMS, 2022).

A obesidade infantil deve-se ao desequilíbrio entre a ingestão calórica da criança e as calorias utilizadas diariamente para o crescimento, desenvolvimento, metabolismo e atividades físicas. Se a quantidade de calorias que uma criança consome diariamente não for usada para

atividades energéticas, facilmente conduz a um estado de obesidade (Karnik & Kanekar, 2015).

Um dos fatores relacionados com o aumento das taxas de obesidade em crianças e adolescentes, está relacionado com a existência de um ambiente obesogénico, ou seja, um ambiente que promove e/ou potencia hábitos e comportamentos menos saudáveis (Lusíadas, 2022), definindo-se assim, como "a soma das influências que o ambiente, as oportunidades ou as condições de vida têm na promoção da obesidade em indivíduos ou populações" (Sarni et al., 2022, p.S39).

O diagnóstico de excesso de peso e obesidade em crianças é fundamentalmente clínico, tendo por base os dados antropométricos, que permitem o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Este é o indicador mais utilizado para a avaliação nutricional, principalmente para diagnóstico de excesso de peso e magreza em crianças, e é recomendado internacionalmente para o diagnóstico individual ou coletivo de distúrbios nutricionais. Em crianças, após obtenção destas medições, o IMC é comparado com valores de referência (através de médias e desvios padrão – z-score) e percentis.

No ICD11 (*International Classification of Diseases 11th Revision*), as categorias de IMC que definem obesidade para as crianças e adolescentes, variam com a idade e o género, e têm por base os gráficos de crescimento da OMS. Assim, as crianças dos 0 aos 5 anos, têm obesidade se a relação peso/altura ou o IMC para a idade forem superiores a 3 desvios padrão da mediana da referência de crescimento infantil da OMS. As crianças dos 5 aos 19 anos têm obesidade, se o IMC para a idade for superior a 2 desvios padrão da mediana da referência de crescimento da OMS para crianças e adolescentes em idade escolar (OMS, 2022).

O IMC, trata-se assim de uma medida simples, resultado de uma fórmula que relaciona o peso e a altura de uma pessoa, e é utilizado internacionalmente permitindo detetar com facilidade casos de défice, excesso de peso ou obesidade (Lusíadas, 2022).

Do mesmo modo que acontece com os adultos, o IMC é a medida mais utilizada em crianças e adolescentes. No entanto, os cortes-padrão não podem ser usados ao longo da infância e adolescência devido a mudanças de crescimento que ocorrem ao longo deste tempo. Foram então criados limiares, que variam de acordo com o sexo e a idade, para dar conta destas mudanças, de modo que o estatuto de peso possa ser classificado ao longo da infância e

adolescência e entre os sexos. Estes limiares são geralmente referidos como curvas de referência para o crescimento da criança.

#### **4.3.2. Epidemiologia do Excesso de Peso e Obesidade Infantil**

Os autores Ng et al. (2013, as *cited in* Buoncristiano et al., 2021), salientam que através da análise de dados a nível global, verifica-se que a prevalência da obesidade e do excesso de peso nas crianças e adolescentes aumentou, embora tenha estabilizado ou tenha começado a diminuir nos últimos anos em alguns países da Europa.

Outrora considerado como um problema exclusivo dos países de elevado rendimento, verifica-se que o excesso de peso e a obesidade estão a aumentar nos países de rendimento médio e baixo, sobretudo nas zonas urbanas. Em 2019, cerca de 38,2 milhões de crianças com menos de 5 anos tinham excesso de peso ou obesidade no mundo (Sarni et al., 2022).

Conforme descrito pela OMS (2022), o excesso de peso e a obesidade afetam quase uma em cada três crianças (29% dos meninos e 27% das meninas) da região Europeia. Estimativas recentes sugerem que o excesso de peso e a obesidade são o quarto fator de risco mais comum para as doenças crónicas na região, antecedidas apenas pela pressão arterial elevada, os riscos alimentares e o tabaco. É também considerada como o principal fator de risco para a incapacidade, causando 7% do total de anos vividos com incapacidade.

De acordo com a OECD/European Union (2020), no decorrer de 2018, quase um em cada cinco adolescentes da União Europeia com quinze anos (19%) tinha excesso de peso ou obesidade, uma subida de 3 pontos percentuais relativamente a 2010 em média nos países da União Europeia, acima de um em cada seis (16%) em 2010.

Excluindo Portugal, verifica-se que nos restantes países da União Europeia, o excesso de peso e a obesidade são mais frequentes nos rapazes do que nas raparigas. Em 2018 a prevalência foi de 23% nos rapazes com 15 anos, contra 15% nas raparigas da mesma idade (média de todos os países da União Europeia). Esta diferença de género é impulsionada por uma combinação de factos biológicos, sociais e ambientais (OECD/European Union, 2020).

Em todos os países da Europa, com exceção da Albânia, as crianças e adolescentes de famílias mais ricas têm menos probabilidades de ter excesso de peso ou obesidade: em média, nos países da União Europeia, o excesso de peso e a obesidade entre os jovens de famílias menos ricas é 50% mais elevado ao das famílias mais ricas (OECD/European Union, 2020).

A Iniciativa de Vigilância da Obesidade Infantil, denominada em Inglês por *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), visa produzir dados comparáveis entre países europeus e monitorizar a obesidade infantil a cada 2-3 anos. O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), na qualidade de Centro Colaborativo da OMS para a Nutrição e Obesidade Infantil, está a colaborar com a OMS-Europa e disponibilizou o Relatório do COSI Portugal 2019, que revela os resultados da sua 5ª ronda. Esta permitiu caracterizar o estado nutricional das crianças portuguesas em idade escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico, dos 6 aos 8 anos. O estudo incidiu sobre 8.845 crianças das escolas do 1º ciclo do ensino básico português, das quais 7.096 foram avaliadas (48,6% raparigas e 51,4% rapazes) nas 228 escolas participantes. Das conclusões retiradas, destacam-se as seguintes:

- Em relação ao estado nutricional infantil: em 2018/2019, a prevalência de baixo peso foi de 1,3%, a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 29,7% e destes 11,9% apresentavam obesidade infantil;
- Estado nutricional infantil por Região: a Região do Algarve foi a que apresentou menor prevalência de excesso de peso infantil (21,8%) e os Açores a que apresentou a maior prevalência (35,9%). A Região do Alentejo foi a que apresentou menor prevalência de obesidade infantil (9,6%);
- Consumo alimentar infantil: 17,3% da população infantil consumia diariamente mais frequentemente carne do que peixe (9,2%); 46,6% consumia 1 a 3 vezes por semana biscoitos/bolachas doces, bolos e donuts, guloseimas; 71,3% consumia refrigerantes açucarados até 3 vezes por semana;
- Prática de atividade física e atividades sedentárias: a maioria das crianças (66,5%) ia de automóvel para a escola, considerando a maioria dos pais/encarregados de educação (62,7%) o caminho de ida e de regresso da escola inseguro; durante a semana quase metade das crianças (47,5%) utilizava o computador cerca de 1h por dia, observando-se no fim-de-semana um aumento de horas despendidas para 2h ou mais por dia (INSA, 2022).

Apesar do consenso na Assembleia Mundial de Saúde em 2013, de que os países deveriam garantir que os seus níveis de obesidade infantil não seriam mais elevados em 2025 do que em 2010-2012, as últimas análises de 196 países revelaram que 8 em cada 10 países (156)

países têm menos de 10% de hipóteses de cumprir o seu objetivo (World Obesity Federation, 2019).

Deste modo, as previsões para o futuro não são animadoras, com algumas estimativas a sugerirem que 254 milhões de crianças, entre os 5 e os 18 anos, serão consideradas obesas até 2030, um aumento de cerca de 10 milhões em comparação com o ano 2020 (World Obesity Federation, 2019).

#### **4.3.3. Fatores de risco para a obesidade infantil**

O cuidado na formação de hábitos alimentares saudáveis na infância é de extrema importância, dado que estes irão provavelmente perpetuar-se pela idade adulta, com influência direta sobre o risco de vir a desenvolver obesidade (Porto, Pires & Coelho, 2013).

De acordo com a OMS (2016), as crianças vêm crescendo em ambientes que favorecem o excesso de peso, incentivados pela globalização e urbanização, e exposição a ambientes insalubres que ocorrem em todos os grupos socioeconómicos.

O Relatório Regional Europeu de Obesidade de 2022, identifica como fatores de risco precoce para a obesidade:

- Baixa taxa de adesão à amamentação;
- Fácil acesso a alimentos pouco saudáveis e de baixo custo;
- Marketing exaustivo de alimentos pouco saudáveis;
- Fraca qualidade da comida escolar;
- Fraco acesso a atividades físicas;
- Baixa literacia em saúde;
- Pais com poucos recursos financeiros e psicológicos (OMS, 2022).

De acordo com Victoria et al. (*as cited in* Sarni et al., 2022), a amamentação possui um importante papel na redução da obesidade e que se evidencia mais tarde na vida. As taxas de amamentação têm vindo a aumentar, especialmente durante o primeiro mês de vida. Os enfermeiros devem não só incentivar o aleitamento materno, mas também avaliar o histórico de amamentação no sentido de identificar o risco de desenvolver obesidade.

A amamentação influencia a expressão de vários genes através da metilação do ácido desoxirribonucleico e pela presença de numerosos componentes genéticos no leite materno, que são específicos de cada espécie e atuam sobre o gasto energético, o sistema imunitário, a resposta inflamatória e a maturação do trato gastrointestinal (Melnick, *as cited in* Sarni et al., 2022).

Relativamente à existência de vendedores de alimentos industrializados próximo das zonas de acesso às escolas, considera-se que esta prática deve ser monitorizada, dado que contribui de forma negativa sobre os hábitos alimentares das crianças (Fechine, Machado, Lindsay, Fechine & Arruda, 2015).

No que respeita à influência do marketing a nível do consumo de alimentos pelas crianças, sobretudo em relação aos alimentos industrializados, verifica-se que os mecanismos de persuasão utilizados pelas empresas nas suas propagandas publicitárias são agressivos, apelando frequentemente para elementos do imaginário infantil, tais como: animais, brindes e personagens de referência para a criança. A indústria de alimentos foi, em grande parte, responsável pela mudança radical que existiu na alimentação nos últimos anos, com consequente crescimento exponencial do número de pessoas obesas nas últimas décadas (Fechine et al., 2015).

A obesidade infantil relacionada com o balanço energético está frequentemente associada ao desequilíbrio entre a atividade física e o consumo alimentar (Moreira et al., 2014).

Segundo Paes, Martins e Andreazzi (2015), a prática de exercício físico é capaz de atuar como coadjuvante na prevenção e tratamento da obesidade infantil, sendo que a magnitude dos seus benefícios pode variar consoante o tipo de exercício físico. Os principais efeitos provenientes do exercício estão associados à restauração do perfil lipídico, a uma melhor composição corporal e a uma melhor ativação metabólica.

O consumo excessivo de alimentos ricos em calorias e do tipo *fast food*, seja por influência de amigos, família ou comunicação social, fazem com que as crianças iniciem cedo um hábito alimentar incorreto e conseqüentemente, deixem de dar importância e conhecer os alimentos que estão presentes nos grupos que devem ser consumidos diariamente (Porto et al., 2013).

Ferrari, Araújo, Oliveira, Matsudo e Fisberg (2015) relacionam a presença de equipamentos eletrónicos no quarto com o nível de atividade física e o IMC das crianças, independentemente

do sexo, escola ou rendimento familiar anual. Os autores referem que a presença de dois ou três equipamentos eletrónicos no quarto estão associados a baixa atividade física de nível moderado a vigoroso e a um alto IMC.

Um estudo realizado por Arpini, Barbosa, Justo, Salaroli e Molina (2015), mostrou que os determinantes socioeconómicos influenciaram diretamente a qualidade da alimentação das crianças em idade escolar. As crianças das classes socioeconómicas média apresentaram 51% mais probabilidade de baixo índice de qualidade da dieta, e aquelas cujas mães relataram menos do que três anos de estudo, apresentaram o triplo de probabilidade de apresentar baixa qualidade da dieta.

Haushofer e Fehr, bem como Gallo e Matthews (as *cited in* Hemmingsson, 2018), referem que a paternidade eleva drasticamente as exigências e responsabilidades, não só a nível financeiro, como também a nível social, mental e emocional para com as crianças. Os autores destacam que as famílias onde os pais têm baixo estatuto socioeconómico, além de serem caracterizadas pela lacuna financeira, muitas vezes apresentam falta de coesão, baixa consciência ou fraca priorização de estilos de vida saudáveis, com elevada negligência, discórdia de relacionamentos, problemas de saúde mental, baixa autoestima e vício. Tudo isto poderá resultar num ambiente social duro e inseguro para bebés e crianças pequenas.

Desta forma, compreende-se que a obesidade infantil seja multifatorial e esteja relacionada com fatores genéticos, comportamentais e ambientais (Karnik & Kanekar, 2015).

#### **4.3.4. A prevenção da obesidade infantil e o papel da família**

A prevenção primária da obesidade permite evitar doenças secundárias, tais como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e reduz os problemas psicossociais (Haslam et al, 2006 & National Institute of Health and Clinical Excellence, 2006, *as cited in* Rabbitt & Coyne, 2012).

A prevenção da obesidade em fases críticas do curso da vida, como na infância e na adolescência, é fundamental para conseguir alcançar os maiores benefícios para a saúde e custos relacionados com a mesma. A sua prevenção é de extrema importância na quebra do ciclo intergeracional de obesidade e desigualdades alimentares. Os fatores psicossociais e os recursos económicos podem tornar as famílias de baixos rendimentos mais vulneráveis a exposições ambientais pouco saudáveis e ter um efeito cumulativo ao longo da vida (OMS, 2022).

As crianças obesas e com excesso de peso beneficiam de uma abordagem ecológica que tem em conta o ambiente doméstico, rotineiro e familiar da criança e que incentiva a mudança de estilo de vida a longo prazo (Limbers, Turner & Varni, 2008).

Segundo Coyne et al. (*as cited in* Rabbitt & Coyne, 2012), no sentido de se combater eficazmente a obesidade infantil, torna-se fundamental o envolvimento da família, o que faz com que para que hajam cuidados de enfermagem centrados na criança tenham que existir cuidados centrados na família.

No conceito de Limbers et al. (2008), para a abordagem da obesidade, pode-se considerar como família qualquer pessoa relacionada, por nascimento ou não, que seja significativa para a criança. Esta definição reconhece pais solteiros, casais separados, além da família nuclear. É muito difícil a criança obesa alterar os seus hábitos alimentares ou físicos, se não forem apoiadas pela sua família, sendo que, quaisquer ações ou estratégias usadas pelos enfermeiros para ajudar estas crianças, devem sempre ter uma abordagem que incida sobre o sistema familiar. Assim, as alterações apenas irão ocorrer se existir predisposição e motivação para a mudança.

Muitos países implementaram políticas para reduzir a obesidade, especificamente dirigida às crianças, que incluem restrições à publicidade de certos alimentos e bebidas, promoção do bem-estar escolar e de programas educativos, redução da disponibilidade de opções alimentares pouco saudáveis nas escolas, incentivo ou capacitação de utilização de transportes para a escola que promovam a atividade física, e programas de atividade física familiar. Outras políticas, como os rótulos de alerta, as restrições de comercialização de alimentos não saudáveis às crianças, as políticas de preços e as campanhas dos meios de comunicação social, também podem ajudar a combater a obesidade infantil (OECD/European Union, 2020).

A nível internacional um dos mais importantes planos de ação adotado por todos os ministros e delegados dos países da região europeia, foi a Carta Europeia da Luta contra a Obesidade, assinada em 2006 na Conferência Interministerial da OMS. Em 2013, a necessidade de combater a obesidade infantil foi novamente reforçada na Declaração de Viena sobre Nutrição e Doenças não Transmissíveis no contexto Saúde 2020. Em 2007, como consequência das recomendações aqui emanadas, a OMS lançou uma iniciativa que pretendia implementar um

sistema de vigilância da obesidade infantil, sendo que Portugal foi um dos 13 países a aderir. Surgiu desta forma o COSI que se designa como o primeiro sistema europeu de vigilância nutricional infantil (CEIDSS, 2022).

Em 2021, a OMS criou um grupo de trabalho designado por “*Guideline Development Group*” com o objetivo de estabelecer orientações para a gestão da obesidade em crianças e adolescentes entre os 5 e os 19 anos, orientadas para os cuidados de saúde primários (OMS, 2022).

As intervenções comportamentais que incidem sobre hábitos de dieta saudável e equilibrada em termos energéticos, comportamentos alimentares, atividade física, comportamentos sedentários e terapias psicológicas, são geralmente consideradas como as abordagens de tratamento ideais para famílias com crianças e adolescentes que vivem com obesidade ou em risco de a adquirir (OMS, 2022).

#### **4.3.5. Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar**

Os profissionais de saúde, e especialmente os enfermeiros, possuem um papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de doenças crónicas relacionadas com o sobrepeso e a obesidade.

Mareno (*as cited in* Miranda et al., 2020) refere que as crianças com excesso de peso e obesidade destacam-se para os profissionais de saúde como uma preocupação e um desafio constante. Isto porque, nesta idade existe uma certa dificuldade em assimilar e desenvolver hábitos de vida saudáveis, sobretudo se não houver uma participação efetiva e incentivo da família.

Por ser considerado necessário um melhor entendimento sobre a perceção dos pais acerca do peso das crianças, Inclán-López et al. (2021), realizaram um estudo que alerta para a necessidade de trabalhar a literacia em saúde dos pais no que respeita a este tema. O uso de estratégias inapropriadas e a subestima dos pais na amostra deste estudo, demonstrou ser semelhante às encontradas noutros estudos, o que nos alerta para a necessidade de trabalhar a literacia em saúde dos pais. Esta transmissão de saber deve ser focada em hábitos alimentares saudáveis, em vez de gerar preocupação sobre o peso, particularmente nos pais com um nível de educação mais baixo.

O Programa Operacional: Saúde XXI, possibilitou o enquadramento internacional da inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem (OMS, 2022). A segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, em junho de 2000, reforçou o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar, apesar de manter o seu enquadramento em CSP, encontrou o seu contexto e evidenciou-se como campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária.

O enfermeiro de saúde familiar assume-se como um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares (Regulamento n.º 126/2011 Da Assembleia Geral, 2011).

Neste âmbito a enfermagem de saúde familiar é de extrema importância, pois como refere Figueiredo (2012), a sua estratégia de cuidado à família prende-se na preocupação com o indivíduo e com o coletivo, com a sua singularidade, a sua história, a sua cultura e vida quotidiana e a sua ligação com o contexto familiar.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas (Regulamento n.º 126/2011 Da Assembleia Geral, 2011), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar utiliza métodos participativos que promovem a capacidade da família para os seus próprios cuidados de saúde, pelo que neste sentido, sendo que esta capacitação ocupa uma posição de destaque na promoção das competências parentais, uma vez que pode aumentar o poder e a autonomia pessoal a nível das relações e das tarefas.

Para que uma intervenção seja eficaz torna-se necessário ter em conta a família como um todo, envolvendo-a como parte integrante nos processos, tendo em conta as suas preferências, vontades e objetivos. Para tal, podem ser aplicados diversos instrumentos que permitam avaliar as variadas dimensões da parentalidade e que possibilitem a caracterização das crenças e atitudes parentais (Sawin, 2016).

#### 4.4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico engloba os procedimentos que permitem identificar o método de investigação necessário para responder à questão de investigação e aos objetivos, analisando de forma coerente os resultados obtidos (Fortin, 2009).

Nesta etapa, especifica-se o tipo de estudo realizado, os objetivos, define-se a questão de investigação, os critérios de elegibilidade, as fontes de informação e as estratégias de busca.

##### 4.4.1. Tipo de Estudo

Ao realizar uma RSL, o profissional de saúde procura obter a imagem completa de tudo o que se sabe sobre determinada questão. Esta investigação pode ser extremamente relevante para tomadas de decisão individuais ou de grupo, que revelem benefícios, danos, ou falta de uma intervenção de saúde. Assim, o objetivo geral da realização de uma pesquisa deste âmbito é a identificação de todos os estudos, e de todos os dados relevantes dos estudos, que possam satisfazer a questão de investigação e dar resposta ao enquadramento analítico (Institute of Medicine of the National Academies, 2011).

Dentro dos vários tipos de revisões, a RSL é definida como um método sistemático, explícito e reproduzível que permite identificar, avaliar e sintetizar os estudos já existentes sobre determinada área (Fink, 2014, *as cited in* Sousa et al., 2018).

Este tipo de estudo parte de uma pergunta claramente formulada, através de uma metodologia sistemática e explícita, que possibilitará identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, bem como recolher e analisar os dados dos estudos a ser incluídos na revisão (Rudnicka & Owen, 2012, *as cited in* Sousa et al., 2018).

Higgins e Green (2011, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019), salientam como principais características de uma RSL as seguintes:

- Tem objetivos claramente delineados, com critérios de elegibilidade pré-definidos para a integração dos estudos;
- Apresenta uma metodologia clara e passível de ser reproduzida;
- Conduz uma pesquisa de literatura sistemática no sentido de identificar o máximo possível de estudos elegíveis;

- Realiza uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos;
- Apresenta uma síntese sistemática das características e resultados dos estudos incluídos.

Assim, pretende-se realizar uma RSL com base num método explícito, claro e padronizado, de tal modo que possa ser reprodutível e que permita conhecer o “estado de arte”, identificar possíveis lacunas nos estudos ou indicar tópicos que necessitem ser mais bem explorados. Para tal será realizada uma procura sistemática no sentido de tentar identificar todos os estudos credíveis que cumpram os critérios de elegibilidade definidos, com posterior apresentação sistemática e síntese das características e dos achados dos estudos incluídos.

#### **4.4.2. Objetivos**

Os objetivos de uma RSL devem ser o mais claros e precisos possível, permitindo posteriormente que a equipa de investigação identifique quais os critérios de elegibilidade a definir bem como outros componentes da estratégia de pesquisa (Liberati et al., 2009, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019).

Com a realização desta RSL pretende-se caracterizar a Obesidade Infantil e identificar as estratégias de intervenção do EEESF, na literacia dos pais e crianças, na prevenção do excesso de peso e obesidade infantil.

#### **4.4.3. Questão de Investigação**

A primeira etapa a ser realizada é a elaboração da questão de investigação e dos objetivos da revisão. A questão de investigação fornece a estrutura para a revisão de literatura que se pretende desenvolver e deve ser tão clara quanto possível, exequível (tendo em conta o tempo e recursos disponíveis), ter um corpo teórico bem estabelecido e constituir um potencial contributo importante para o conhecimento (Jesson, Matheson, & Lacey, 2011, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019).

Questões de investigação bem formuladas, utilizam um formato estruturado no sentido de melhorar o rigor científico, como por exemplo a mnemónica PICO, que será a utilizada nesta RSL. As letras referidas neste acrónimo referem-se ao seguinte:

- P: População ou problema, que deverá definir as características principais dos participantes dos estudos a incluir, como idade, sexo, estatuto socioeconómico, etnia, área geográfica ou com uma necessidade social ou de saúde específica;
- I: Intervenções ou exposições, que inclui intervenções diagnósticas, preventivas ou terapêuticas, intervenções psicossociais ou educativas, alterações no estilo de vida ou eventos importantes, ou fatores de risco;
- C: Comparação, que define o grupo de controlo (quando se pretende incluir estudos comparativos);
- O: Outcomes ou resultados da intervenção ou da exposição (Camilo & Garrido, 2019).

Assim, e considerando os objetivos definidos, foi realizada a pesquisa de literatura com base no acrónimo PICO, tendo sido definidos os seguintes critérios, expostos no Quadro 2:

**Quadro 2 - Descrição dos critérios de pesquisa com base no acrónimo PICO**

<i>Critério</i>	<i>Descrição</i>
<i>Population</i>	Crianças dos 2-17 anos e/ou pais de crianças dos 2-17 anos
<i>Intervention</i>	Atuação do Enfermeiro de Saúde Familiar/Saúde Comunitária
<i>Comparison</i>	Sem comparador
<i>Outcome</i>	Promoção da literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso infantil

Com base no acrónimo PICO surge a seguinte questão de investigação:

“Qual a importância da intervenção do enfermeiro de saúde familiar, ao nível da literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso, nos pais e crianças dos 2 aos 17 anos?”

#### **4.4.4. Critérios de elegibilidade**

Os autores devem definir explicitamente os estudos que irão selecionar e os que irão excluir, através da definição dos critérios de elegibilidade (Donato & Donato, 2019). Os critérios de elegibilidade possuem um papel importante na revisão sistemática, pois determinam a sua validade, aplicabilidade e abrangência e permitem que ela possa seguramente ser replicada de futuro. É necessário definir os critérios de inclusão relativos aos estudos em si, relacionados com as características dos estudos, como por exemplo as variáveis, os participantes e os critérios relativos às publicações desses estudos, como por exemplo o idioma da publicação,

o ano da publicação, a revisão por pares ou material não publicado (Liberati et al., 2009, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019).

Tendo em consideração estas premissas, na elaboração desta RSL foram definidos critérios de inclusão e exclusão que serão aplicados durante e após a busca dos artigos nas bases de dados. Como critérios de Inclusão (CI) foram definidos os listados na Quadro 3:

**Quadro 3 - Critérios de Inclusão**

Critério	Descrição do Critério de Inclusão
CI1	Artigos em que os participantes sejam crianças dos 2 aos 17 anos e/ou pais de crianças dos 2 aos 17 anos.
CI2	Artigos que analisem a atuação do enfermeiro de saúde familiar
CI3	Artigos cujo <i>outcome</i> seja a promoção da literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso infantil
CI4	Artigos publicados nos últimos 5 anos
CI5	Artigos disponíveis integralmente nas bases de dados científicas pesquisadas
CI6	Artigos escritos em Inglês, Português ou Espanhol

Relativamente aos critérios de exclusão (CE), consideraram-se os presentes no Quadro 4:

**Quadro 4 - Critérios de Exclusão**

Critério	Descrição do Critério de Exclusão
CE1	Artigos que não tenham sido escritos em Inglês, Português ou Espanhol
CE2	Artigos publicados antes de 23 de outubro de 2017
CE3	Artigos duplicados

#### 4.4.5. Fonte de Informação

As fontes de pesquisa da literatura são um fator fundamental no processo de revisão, determinando o quão compreensiva pode ser a síntese da evidência (Camilo & Garrido, 2019). A pesquisa deve ser realizada em várias bases de dados bibliográficas, pelo que a Cochrane recomenda usar pelo menos três (Donato & Donato, 2019).

A pesquisa foi realizada no dia 23 de outubro de 2022, e foi documentada de acordo com o protocolo de 2020 da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)*. As bases de dados utilizadas foram:

- PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>);

- LILACS via BVS (<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced/>);
- MEDLINE via BVS (<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced/>).

Assim, os artigos incluídos foram obtidos através das plataformas PubMed e BVS, onde foi possível aceder às bases de dados LILACS e MEDLINE Complete.

Foi também realizada alguma pesquisa ao longo das referências dos artigos selecionados. O facto de, apesar de ao tentarmos verificar as referências dos artigos selecionados poder consumir muito tempo, poderá trazer uma mais-valia ao trabalho, dado que acrescenta eficácia à revisão e habitualmente ajuda a identificar trabalhos relevantes adicionais que não foram recuperados na pesquisa online.

#### 4.4.6. Estratégia de Busca

Após a definição das fontes de informação foi delineada a estratégia de pesquisa a ser utilizada. A pesquisa da literatura foi feita através de palavras-chave que constituem a questão de investigação previamente elaborada pela estratégia PICO, sendo elas: Enfermeiro de Saúde Familiar, Literacia em Saúde, Obesidade, Pais e Crianças. Foram identificados sinónimos e alternativas a essas palavras-chave através dos descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*).

Estes descritores, são termos controlados, usados para a indexação dos artigos nas bases de dados. A pesquisa das listas de vocabulários controlados, como o MeSH usado pela MEDLINE, e do DeCS usada pela BVS, trazem uniformidade e criam consistência e precisão, possibilitando encontrar a informação independentemente da terminologia usada pelos autores (Donato & Donato, 2019). Os descritores encontrados pela pesquisa encontram-se descritos no Quadro 5.

**Quadro 5 - Descritores DeCS e MeSH identificados para cada palavra-chave**

Palavras-chave	Descritores DeCS	Descritores MeSH
Enfermagem de saúde Familiar	Enfermagem Familiar Enfermagem da Família Enfermagem de Família Enfermeiras de Saúde da Família Enfermeiras em Saúde da Família Enfermeiras Especialistas em Saúde da Família Enfermeiros de Saúde da Família Enfermeiros em Saúde da Família Enfermeiros Especialistas em Saúde da Família Especialistas de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Família	Family Nursing Family Nursings Nursing, Family Nursings, Family Family-Centered Nursing Family Centered Nursing Family-Centered Nursings Nursing, Family-Centered Nursings, Family-Centered Family Nurse Practitioner Family Nurse Practitioner Nurse Practitioner, Family Nurse Practitioners, Family

Palavras-chave	Descritores DeCS	Descritores MeSH
Literacia em saúde		Health Literacy Literacy, Health
Educação para a saúde	Educação em Saúde Educar para a Saúde Educação para a Saúde Educação para a Saúde Comunitária Educação Sanitária	Health Education Community Health Education Education, Community Health Health Education, Community
Promoção da Saúde	Ambientes Apoiadores de Saúde Ambientes de Apoio à Saúde Campanhas de Saúde Item Promocional Itens Promocionais Programas de Bem-Estar Promoção do Bem Estar Promoção em Saúde	Health promotion Promotion, Health Promotions, Health Promotion of Health Health Promotions Promotional Items Item, Promotional Items, Promotional Promotional Item Wellness Programs Program, Wellness Programs, Wellness Wellness Program Health Campaigns Campaign, Health Campaigns, Health Health Campaign
Pais	Pais Madrasta Padrasto Padrastos	Parents Parent Parenthood Status Status, Parenthood Step-Parents Step Parents Step-Parent Stepparent Stepparents Parental Age Age, Parental Ages, Parental Parental Ages
Crianças	Criança crianças	Child Children Child, Preschool Preschool Child Children, Preschool Preschool Children
Obesidade	Obesidade	Obesity
Excesso de peso	Sobrepeso	Overweight

Para a combinação dos termos de pesquisa foram utilizados operadores booleanos, que permitiram combinar as palavras ou grupos de palavras, de formas diferentes, permitindo alargar os resultados da pesquisa. Os operadores booleanos utilizados foram: “AND”, utilizado para procurar artigos que incluíssem todas as palavras identificadas, e “OR”, para procurar artigos que incluíssem qualquer uma das palavras identificadas. O operador NOT, não foi utilizado dado que deve ser evitado numa estratégia de pesquisa sistemática, pois diminui a sensibilidade da pesquisa e aumenta o risco de não serem identificados artigos relevantes (Donato & Donato, 2019).

Da combinação dos descritores e dos operadores booleanos (OR/AND), surgem as estratégias de busca para cada uma das bases de dados, descritas no Quadro 6:

**Quadro 6 - Estratégia de pesquisa em cada base de dados**

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
<b>PubMed</b>	(Family Nursing[Title/Abstract]) OR (Family Nursings[Title/Abstract]) OR (Nursing, Family[Title/Abstract]) OR (Nursings, Family[Title/Abstract]) OR (Family-Centered Nursing[Title/Abstract]) OR (Family Centered Nursing[Title/Abstract]) OR (Family-Centered Nursings[Title/Abstract]) OR (Nursing, Family-Centered[Title/Abstract]) OR (Nursings, Family-Centered[Title/Abstract]) OR (Family Nurse Practitioners[Title/Abstract]) OR (Family Nurse Practitioner[Title/Abstract]) OR (Nurse Practitioner, Family[Title/Abstract]) OR (Nurse Practitioners, Family[Title/Abstract])
	<b>AND</b>
	(Health literacy[Title/Abstract]) OR (Literacy health[Title/Abstract]) OR (Health education[Title/Abstract]) OR (Education health[Title/Abstract]) OR (Community health education[Title/Abstract]) OR (Education community health[Title/Abstract]) OR (Health education community[Title/Abstract]) OR (Health promotion[Title/Abstract]) OR (Promotion health[Title/Abstract]) OR (Promotions health[Title/Abstract]) OR (Promotion of health[Title/Abstract]) OR (Health promotions[Title/Abstract]) OR (Promotional items[Title/Abstract]) OR (Item, Promotional[Title/Abstract]) OR (Items, Promotional[Title/Abstract]) OR (Promotional item[Title/Abstract]) OR (Wellness programs[Title/Abstract]) OR (Program wellness[Title/Abstract]) OR (Programs wellness[Title/Abstract]) OR (Wellness program[Title/Abstract]) OR (Health campaigns[Title/Abstract]) OR (Campaign health[Title/Abstract]) OR (Campaigns health[Title/Abstract]) OR (Health campaign[Title/Abstract])
	<b>AND</b>
	(Parents[Title/Abstract]) OR (Parent[Title/Abstract]) OR (Parenthood status[Title/Abstract]) OR (Status parenthood[Title/Abstract]) OR (Step-Parents[Title/Abstract]) OR (Step-Parents[Title/Abstract]) OR (Step-Parent[Title/Abstract]) OR (Stepparent[Title/Abstract]) OR (Stepparents[Title/Abstract]) OR (Parental age[Title/Abstract]) OR (Age parental[Title/Abstract]) OR (Ages parental[Title/Abstract]) OR (Parental ages[Title/Abstract]) OR (Child[Title/Abstract]) OR (Children[Title/Abstract]) OR (Child preschool[Title/Abstract]) OR (Preschool child[Title/Abstract]) OR (Children preschool[Title/Abstract]) OR (Preschool children[Title/Abstract])
(Obesity[Title/Abstract]) OR (Overweight[Title/Abstract])	
"loattrfull text"[Filter]	
"2017/10/23 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication]	
"english"[Language] OR "portuguese"[Language] OR "spanish"[Language]	
<b>LILACS</b>	((family nursing) OR (family nursings) OR (nursing, family) OR (nursings, family) OR (family-centered nursing) OR (family centered nursing) OR (family-centered nursings) OR (nursing, family-centered) OR (nursings, family-centered) OR (family nurse practitioners) OR (family nurse practitioner) OR (nurse practitioner, family) OR (nurse practitioners, family))
	<b>AND</b>
	((health literacy) OR (literacy, health) OR (health education) OR (education, health) OR (community health education) OR (education, community health) OR (health education, community) OR (health promotion) OR (promotion, health) OR (promotions, health) OR (promotion of health) OR (health promotions) OR (promotional items) OR (item, promotional) OR (items, promotional) OR (promotional item) OR (wellness programs) OR (program, wellness) OR (programs, wellness) OR (wellness program) OR (health campaigns) OR (campaign, health) OR (campaigns, health) OR (health campaign))
	<b>AND</b>
	((parents) OR (parent) OR (parenthood status) OR (status, parenthood) OR (step-parents) OR (step parents) OR (step-parent) OR (stepparent) OR (stepparents) OR (parental age) OR (age, parental) OR (ages, parental) OR (parental ages) OR (child) OR (children) OR (child, preschool) OR (preschool child) OR (children, preschool) OR (preschool children))
	<b>AND</b>
	((obesity) OR (overweight))
	<b>AND</b>
	(fulltext:"1")
	<b>AND</b>
(la:("en" OR "pt" OR "es"))	
<b>AND</b>	
(year_cluster:[2017 TO 2022])	
<b>MEDLINE</b>	((family nursing) OR (family nursings) OR (nursing, family) OR (nursings, family) OR (family-centered nursing) OR (family centered nursing) OR (family-centered nursings) OR (nursing, family-centered) OR (nursings, family-centered) OR (family nurse practitioners) OR (family nurse practitioner) OR (nurse practitioner, family) OR (nurse practitioners, family))
	<b>AND</b>
	((health literacy) OR (literacy, health) OR (health education) OR (education, health) OR (community health education) OR (education, community health) OR (health education, community) OR (health promotion) OR

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
	(promotion, health) OR (promotions, health) OR (promotion of health) OR (health promotions) OR (promotional items) OR (item, promotional) OR (items, promotional) OR (promotional item) OR (wellness programs) OR (program, wellness) OR (programs, wellness) OR (wellness program) OR (health campaigns) OR (campaign, health) OR (campaigns, health) OR (health campaign))
	AND
	((parents) OR (parent) OR (parenthood status) OR (status, parenthood) OR (step-parents) OR (step parents) OR (step-parent) OR (stepparent) OR (stepparents) OR (parental age) OR (age, parental) OR (ages, parental) OR (parental ages) OR (child) OR (children) OR (child, preschool) OR (preschool child) OR (children, preschool) OR (preschool children))
	AND
	((obesity) OR (overweight))
	AND
	(fulltext:"1")
	AND
	(la:("en" OR "pt" OR "es"))
	AND
	(year_cluster:[2017 TO 2022])

Através da aplicação desta estratégia de busca foram identificados 81 estudos. Tal como refere Jesson et al. (*as cited in* Camilo & Garrido, 2019), não existe um número de referências ideal para a RSL, na medida em que este número varia muito de acordo com o tópico e com a quantidade de publicações existentes relacionadas com o mesmo.

#### 4.4.7. Processo de seleção dos estudos

Após a obtenção da lista de todas as referências identificadas pela pesquisa nas bases de dados, iniciou-se a seleção sequencial dos artigos a incluir na RSL. Para apoiar e sintetizar este processo, foi utilizado um dos fluxogramas do PRISMA 2020, como uma ferramenta para a seleção dos estudos, constituída por 3 fases:

- a) a identificação dos artigos, onde se identifica o número total de artigos encontrados na pesquisa em bases de dados eletrónicas, o número total encontrado na pesquisa manual e o número final depois de removidos os duplicados;
- b) a triagem dos artigos, com base no título e resumo, fazendo-se referência ao número de artigos excluídos, e numa segunda etapa a elegibilidade dos artigos, a partir da sua leitura integral, referindo as razões de exclusão de cada artigo;
- c) a inclusão dos artigos, apresentando o número final de estudos incluídos.

Assim, depois de ter sido realizada a pesquisa nas bases de dados científicas, foram identificados oitenta e um artigos na totalidade, que foram submetidos à pesquisa de duplicados através do programa Mendeley®. Nesta etapa foram identificados 4 artigos duplicados, o que deixou um total de setenta e sete artigos potencialmente relevantes.

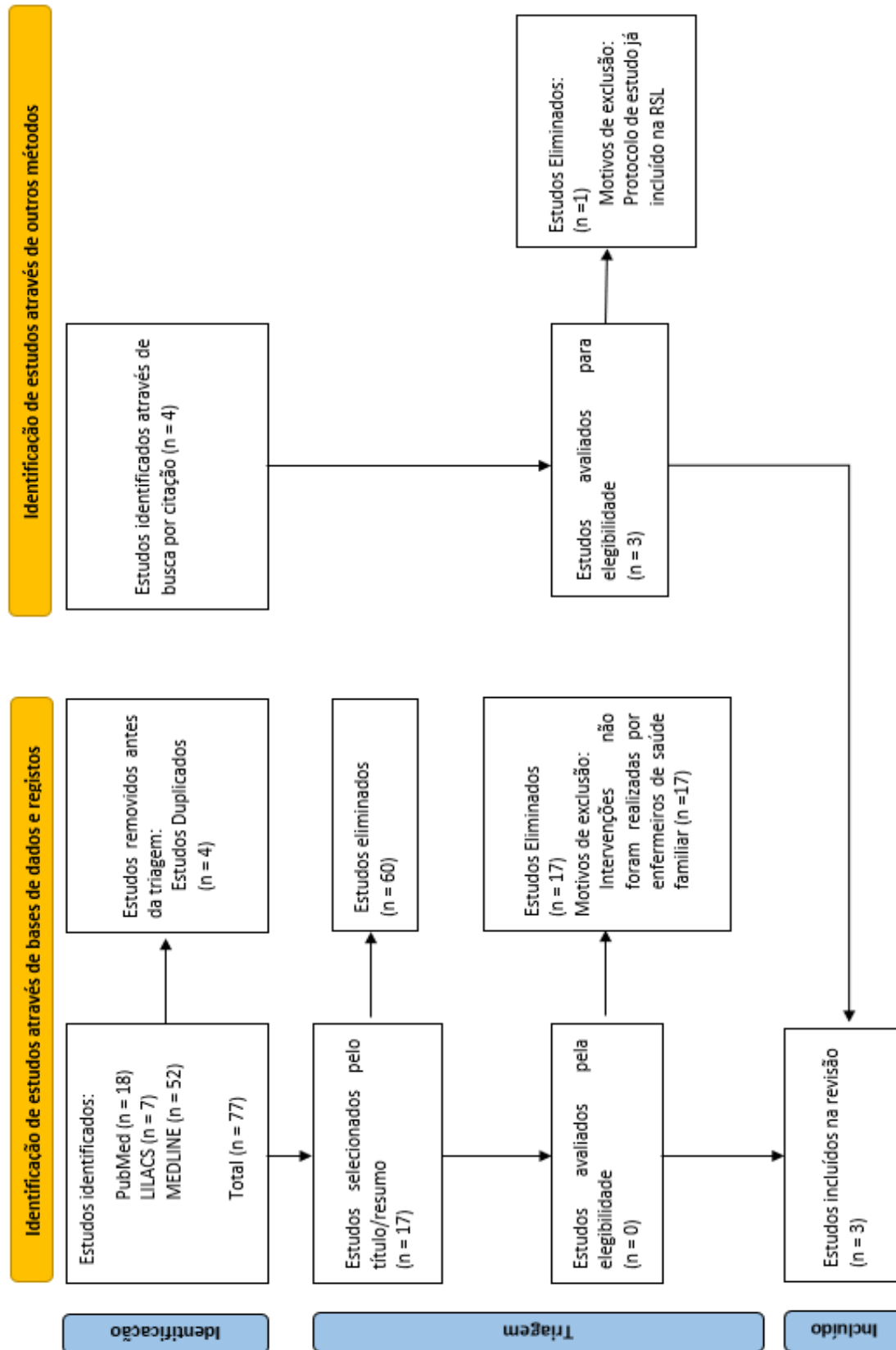
Posteriormente foi realizada a triagem dos títulos e dos resumos dos restantes artigos, de acordo com os critérios de elegibilidade, pelo que os que não responderam a esses critérios foram excluídos, sem necessidade de justificação dos motivos de exclusão nesta etapa.

Desta forma, após leitura dos títulos e resumos dos artigos, foram eliminados sessenta artigos, restando dezassete estudos. Foram ainda acrescentadas 4 publicações através de busca por citação em artigos encontrados na pesquisa das bases de dados. Assim, verificou-se um total de vinte e um artigos, aos quais foram aplicados sequencialmente os critérios de elegibilidade aquando da leitura dos mesmos na íntegra.

Nesta fase, os que não responderam aos critérios de inclusão, ou que apresentavam pelo menos um critério de exclusão, foram removidos, sendo o motivo da exclusão identificado e registado.

Ao longo de todo este processo de seleção, foi sendo elaborado um fluxograma, Figura 7, que demonstra o número total de artigos obtidos na pesquisa, os artigos remanescentes e os artigos excluídos em cada etapa.

Figura 7 - Fluxograma da seleção artigos para a revisões sistemáticas que incluem bases de dados e outras fontes, elaborado a partir da recomendação PRISMA, 2020



Os dados dos estudos e o processo de seleção foram registados numa folha de Excel, para facilitar a sua gestão e evitar a perda de informação. Já as referências bibliográficas e a identificação de artigos duplicados foram realizadas através do software Mendeley®.

#### **4.4.8. Avaliação do risco de viés**

O desenho e o processo de condução dos estudos a ser incluídos na revisão, podem levantar questões sobre a validade dos respetivos resultados alcançados e influenciar os resultados da RSL, fazendo com que a avaliação da qualidade dos estudos seja recomendada (Juni, 2001, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019).

A avaliação da qualidade dos estudos passa então por definir um conjunto de critérios de avaliação, pelo que existem vários instrumentos pré-definidos, como escalas ou *checklists* que permitem questionar a validade interna e externa de cada um dos estudos (Camilo & Garrido, 2019).

#### **4.4.9. Colheita de dados**

A colheita de dados refere-se ao processo que os investigadores usam para recolher e transcrever os dados de cada estudo e vai depender da questão da pesquisa e dos tipos de dados disponíveis em cada estudo (Institute of Medicine of the National Academies, 2011).

As informações a retirar de cada estudo incluído podem ser de dois tipos: características metodológicas (desenho de investigação, tipo de medidas ou instrumentos) e/ou características inerentes ao conteúdo (modelo teórico ou conceptual, tipos de resultados, implicações práticas) (Petticrew & Roberts, 2006, *as cited in* Camilo & Garrido, 2019).

Deste modo, após a seleção dos estudos a analisar e tendo em consideração os critérios de elegibilidade, obtiveram-se três artigos dos quais foi realizada a sua análise, com o objetivo de identificar e categorizar os dados provenientes dos mesmos e extrair os seus principais resultados. Os dados recolhidos foram os seguintes:

- *Informação Geral: nome do primeiro autor, ano de publicação e país de origem.*
- *Características do estudo: tipo de estudo, objetivos do estudo, participantes.*
- *Principais resultados.*

#### 4.5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa consiste no resumo e integração dos resultados da investigação, onde se procura combinar os resultados dos estudos incluídos de forma transversal, identificando diferenças entre os mesmos e analisar de que forma os resultados estão relacionados.

##### 4.5.1. Descrição dos estudos

Dos estudos identificados obteve-se um RCT, um protocolo para a aplicação de um RCT no seguimento do estudo anterior e uma Carta ao Editor (Tabela 3).

**Tabela 3 - Delineamento dos estudos avaliados**

Delineamento do Estudo	n	%
Quantitativo	1	33,3
Protocolo	1	33,3
Carta ao editor	1	33,3
TOTAL	3	100

Os estudos foram desenvolvidos pelo mesmo autor e seus colaboradores, o que revela que a evidência atual sobre os benefícios da intervenção do EEESF na prevenção de obesidade infantil nos primeiros anos de vida é escassa, apesar de ser um importante problema de saúde pública, cuja prevalência está a aumentar em todo o mundo, e cuja prevenção pode ser muito relevante para o estado de saúde do indivíduo a longo prazo.

Foi realizada a avaliação crítica da qualidade do RCT analisado neste trabalho, através dos 13 itens definidos por (Joanna Briggs Institute, 2016, *as cited in* por Apóstolo, 2017), verificando-se o seguinte:

1. A alocação dos participantes nos grupos de estudo foi realizada de forma puramente aleatória, dado que foi realizada uma alocação randomizada da amostra em estudo para cada um dos grupos (telefone, SMS e grupo de controlo) utilizando um programa de randomização através de um site na web (<http://www.randomization.com/>).
2. A alocação aos grupos foi cega dado que os participantes do estudo foram aleatoriamente atribuídos a 1 dos 3 grupos. A mãe participante foi “cega” para os detalhes específicos das hipóteses de pesquisa e foi solicitado que não revelasse a alocação de tratamento durante as entrevistas de avaliação.
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo, dado que possuíam as mesmas características: mulheres em idade fértil, grávidas de 24 a 34 semanas, com

capacidade de falar em inglês, que possuíssem telemóvel e vivessem próximo das zonas do estudo.

4. Foi ocultada o tipo de tratamento disponibilizado a cada braço do estudo, evitando que no grupo de controlo, existisse o risco de se comportarem, responderem ou reagirem de forma diferente à intervenção de interesse.

5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento, qual o grupo a que estavam alocados os participantes, desconhecendo assim as hipóteses de pesquisa e apresentando-se “cegos” quanto à alocação de tratamento.

6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes, encontrando-se assim também “cegos” para o grupo a que estavam alocadas e não tinham conhecimento das hipóteses do estudo.

7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, à exceção da intervenção pré-definida (telefone ou SMS). Ao grupo de controlo foram aplicados os cuidados considerados habituais.

8. Em relação ao follow-up verificaram-se semelhanças relativamente à perda para cada um dos grupos. Procedeu-se à análise dos padrões de perda para o follow-up, tendo-se verificado que as perdas eram mais prováveis de ocorrer em mães mais jovens, desempregadas, solteiras ou em união de facto, e com um nível baixo de escolaridade e económico.

9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados, e os dados foram analisados através do Stata, versão 13 (StataCorpLLC), pelo método de análise Intention-to-Treat. Foram comparados os outcomes com base nas alocações iniciais dos participantes ao grupo, independentemente de terem recebido as intervenções (telefone ou SMS), ou não (grupo controlo).

10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos, dado que se verifica que foi utilizado os mesmos instrumentos e escalas (como por exemplo IMC) e durante o mesmo tempo de avaliação.

11. Os resultados foram medidos de forma confiável através de assistentes de investigação.

12. Foi utilizada análise estatística apropriada, através da utilização de modelos de regressão múltipla, que foram construídos para examinar as diferenças nos principais desfechos entre cada grupo de intervenção (telefone ou SMS) e grupo controle. Modelos de regressão linear múltipla foram usados para resultados contínuos medidos aos 24 meses (por exemplo, IMC infantil, brincadeiras ao ar livre e tempo de exposição a ecrãs). Todos os modelos de regressão múltipla foram ajustados para os locais de recrutamento. A imputação múltipla por equações encadeadas foi usada para lidar com valores ausentes, incluindo variáveis contínuas, binárias e categóricas. Os valores dos resultados em falta foram imputados para uma análise completa da intenção de tratar todos os 1155 participantes recrutados no início do estudo. O número de 20 imputações foi selecionado para atingir uma eficiência relativa superior a 99%. Usando o Stata, calcularam a média e o intervalo de confiança a 95% para resultados contínuos, o número e as proporções para resultados binários, por grupos de tratamento. As diferenças absolutas na percentagem para os resultados binários foram testadas por z-testes de duas proporções. Também calcularam a diferença média de cada um dos desfechos contínuos para os grupos telefone e SMS em comparação com o grupo controle, ajustando modelos de regressão linear múltipla, e adjusted odds ratio para cada um dos resultados binários para aqueles nos grupos telefone e SMS em comparação com o grupo controle.

13. O desenho de estudo foi apropriado ao tópico em análise, e não foi evidenciado nenhum desvio do desenho padrão de um RCT durante as fases de desenvolvimento ou análise.

Foram descritos e apresentados os principais dados retirados dos 3 artigos e que se encontram descritos no seguinte quadro (Quadro 7):

**Quadro 7 - Caracterização e principais resultados dos estudos analisados**

Autor/Ano/País	Wen et al., (2022)/Austrália	Wen et al., (2019)/Austrália	Smith et al., (2020)/Austrália
Tipo de Estudo	Ensaio Clínico Randomizado	Protocolo para Ensaio Clínico Randomizado	Carta ao Editor
Objetivos	Avaliar a eficácia de uma intervenção precoce por telefone ou por SMS, para melhorar o IMC, os comportamentos alimentares e o tempo de exposição a ecrãs, em crianças de 2 anos de idade, em comparação com um grupo de controlo.	Avaliar a eficácia e a relação custo-efetividade de uma intervenção combinada telefone + SMS na promoção de uma alimentação saudável, de atividade física e na redução do IMC infantil aos 3 anos de idade.	

<p><b>Metodologia</b></p> <p><b>Metodologia</b></p>	<p>Um RCT de 3 braços realizado entre 2017-2019. Um braço do estudo envolveu intervenções através de apoio telefónico às mães por Enfermeiros de Saúde Infantil e Saúde Familiar. O segundo braço recebeu intervenções por SMS. O terceiro braço correspondeu ao grupo de controlo, em que as mães receberam os cuidados habituais para a população geral</p>	<p>Será realizada um RCT paralelo ao realizado por Wen et al., (2022) com díades mãe-filho obtidos aos 24 meses. Estes serão aleatoriamente atribuídos entre 2 grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenção combinada de contacto telefónico e de texto;</li> <li>- Grupo de controlo.</li> </ul> <p>A intervenção incluirá três consultas telefónicas e mensagens de texto entre os dois e os três anos de idade (24-28, 28-32 e 32-36 meses). No grupo de controlo as mães receberão os cuidados habituais, que todas as mães recebem.</p>	
<p><b>Participantes</b></p>	<p>No início do estudo 1155 participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte telefónico (n = 386)</li> <li>- Suporte por SMS (n = 384)</li> <li>- Grupo controlo (n = 385)</li> </ul> <p>Aos 2 anos de idade dos filhos (797 participantes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte telefónico (n = 246)</li> <li>- Suporte por SMS (n = 284)</li> <li>- Grupo controlo (n = 267)</li> </ul>	<p>Mães de crianças entre os 2 e os 3 anos, provenientes do RCT de Wen et al. (2022) aos 2 anos. Preveem a necessidade de uma amostra de 506 díades (253 por braço) até ao final do estudo (aos 3 anos de idade). Considerando uma possível perda de 15% durante o acompanhamento entre 2 e 3 anos, referem precisar de cerca de 600 participantes aos 2 anos de idade.</p>	
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Concluíram o estudo 797 díades mãe-filho (69%). O estudo não encontrou diferenças significativas no IMC entre os grupos. O suporte telefónico foi associado a maior probabilidade de não adormecer com biberão, maior número de refeições em família, menos tempo de exposição a ecrãs, e menor frequência de comer em frente à televisão. O suporte por SMS foi associado a menor número de vezes a adormecer com biberão, em comparação com o grupo controlo.</p>	<p>Mães de crianças entre os 2 e os 3 anos, provenientes do RCT de Wen et al. (2022) aos 2 anos. Preveem a necessidade de uma amostra de 506 díades (253 por braço) até ao final do estudo (aos 3 anos de idade). Considerando uma possível perda de 15% durante o acompanhamento entre 2 e 3 anos, referem precisar de cerca de 600 participantes aos 2 anos de idade.</p>	<p>A Enfermagem de Saúde Familiar e Infantil presta apoio, educação e informação sobre desenvolvimento infantil, alimentação, nutrição, sono e promove o bem-estar emocional parental. O papel da telesaúde no apoio à comunidade tornou-se cada vez mais importante. Durante a pandemia, os participantes do estudo ficaram mais vulneráveis à ansiedade e à depressão. As chamadas telefónicas passaram a requerer mais tempo. Este tipo de cuidados de enfermagem passou a incluir maior flexibilidade, relacionamento próximo com os participantes, maior aproximação a populações isoladas e culturalmente e linguisticamente diversas, e possibilitar mais tempo para discussão em torno das questões de saúde materno-infantil.</p>

Assim, esta RSL apenas conseguiu incluir estudos desenvolvidos na Austrália. O RCT e o protocolo para a realização de outro RCT, foram implementados ao nível dos CSP e incluíram intervenções no âmbito da enfermagem de saúde familiar, entregues através de

aconselhamento telefónico programado, *Short Message Service* (SMS) e uma visita domiciliária.

Apenas num estudo (Wen et al., 2022), foram descritos resultados de características quantitativas, que se encontravam relacionados com o IMC, tipo de alimentação das crianças, tempo de exposição a ecrãs e tempo despendido a brincar no exterior.

No entanto, dado que os estudos apresentados caracterizam-se pelo facto de terem sido realizados como um continuum de acompanhamento destas mães pelos mesmos autores, através da realização de diversos estudos na mesma amostra de díades mães-filhos, foi pesquisado o último estudo elaborado (Wen et al., 2020). Este, pelo seu título, não se enquadra nesta RSL porque não responde adequadamente aos critérios de elegibilidade, dado que analisa crianças dos 6 aos 12 meses. No entanto, como a amostra é a mesma, e como os autores fizeram a ressalva de que se alterações relativamente aos dados sociodemográficos tivessem ocorrido, estas teriam sido publicadas, esses dados foram utilizados para se perceber que tipo de amostra estava a ser estudada.

Desta forma, a amostra apresenta como características socioeconómicas as descritas na seguinte tabela (Tabela 4):

**Tabela 4 - Características socioeconómicas da amostra em estudo**

Variável	Mães, n (%)			
	Total (n=1155)	Apoio por telefone (n=386)	Apoio por SMS (n=384)	Grupo Controle (n=385)
<b>Idade da mãe</b>				
16-24	97 (8)	33 (9)	33 (9)	31 (8)
25-229	272 (24)	92 (24)	81 (21)	99 (26)
30-34	442 (38)	135 (35)	162 (42)	145 (38)
35-39	270 (23)	102 (26)	87 (23)	81 (21)
40-49	74 (7)	24 (6)	21 (5)	29 (8)
<b>País de nascimento</b>				
Austrália	425 (37)	143 (37)	145 (38)	137 (36)
Outro	730 (63)	243 (63)	239 (62)	248 (64)
<b>Língua materna</b>				
Inglês	622 (54)	207 (54)	204 (53)	211 (55)
Outra	533 (46)	179 (46)	180 (47)	174 (45)
<b>Rendimento anual bruto (dólares australianos)</b>				
<40 000	136 (12)	47 (12)	44 (12)	45 (12)
40 000 – 79 999	252 (22)	82 (21)	80 (21)	90 (23)
≥ 80 000	639 (55)	213 (55)	224 (58)	202 (53)
Não sabe/não responde	128 (11)	44 (12)	36 (9)	48 (12)
<b>Emprego da mãe</b>				

Variável	Mães, n (%)			
	Total (n=1155)	Apoio por telefone (n=386)	Apoio por SMS (n=384)	Grupo Controle (n=385)
<b>Empregada ou de licença de maternidade</b>	711 (62)	244 (63)	247 (64)	220 (57)
Outro	443 (38)	142 (37)	137 (36)	164 (43)
Desconhecido	1 (0.1)	0	0	1 (0.3)
<b>Estado civil</b>				
Casada ou união de facto	1075(93)	353 (91)	360 (94)	362 (94)
Outro	79 (6.9)	32 (8)	24 (6)	23 (6)
Desconhecido	1 (0.1)	1 (0.3)	0	0
<b>Nível educacional da mãe</b>				
Curso profissional	392 (34)	126 (33)	125 (33)	141 (37)
Universitário	761 (66)	260 (67)	258 (67)	243 (63)
Desconhecido	2 (0.2)	0	1 (0.3)	1 (0.3)
<b>EMPREGO DO PAI:</b>				
Empregado	1028 (89)	336 (87)	346 (90)	346 (90)
Outro	100 (9)	36 (9)	31 (8)	33 (8)
Desconhecido	27 (2)	14 (4)	7 (2)	6 (2)
<b>Nível educacional do pai</b>				
Curso profissional	451 (39)	150 (39)	144 (37)	157 (41)
Universitário	653 (57)	211 (55)	229 (60)	213 (55)
Desconhecido	51 (4)	25 (6)	11 (3)	15 (4)
<b>Mãe pela primeira vez</b>				
Sim	531 (46)	177 (46)	170 (44)	184 (48)
Não	624 (54)	209 (54)	214 (56)	201 (52)

Fonte: Wen (2020)

Através da sua análise, verificamos que não existem diferenças significativas nas características socioeconómicas das mães, comparativamente a qualquer um dos 3 braços do estudo. Assim, as mães apresentavam-se maioritariamente na faixa etária dos 30-34 anos (38%), com um rendimento anual bruto superior a 80.000 dólares australianos (55%), empregadas ou a receber subsídio de maternidade (62%), casadas ou em união de facto (93%) e cujo marido/companheiro também se encontrava maioritariamente empregado (89%) e com ensino universitário completo (66%). Verificou-se uma percentagem muito semelhante em relação ao facto de serem mães pela primeira vez (54%) ou não (46%).

As estratégias de intervenção mais utilizadas foram educação a nível de hábitos alimentares, atividade física e alteração de comportamentos (como exposição a ecrãs), com respetiva monitorização à posteriori da sua eficácia pela avaliação do IMC.

Assim, as mães/família foram o alvo destas intervenções antes do nascimento, aos 6 meses e aos 12 meses das crianças, através de telefone e SMS e foi realizada uma avaliação final aos 24 meses através de uma entrevista “face to face” onde foram questionadas sobre os hábitos

alimentares das crianças e das mães, atividade física e exposição a ecrãs da criança e da mãe, padrões de sono da criança e da mãe e realizada medição do peso e da altura da criança, com respetivo cálculo de IMC.

Este estudo foi associado a comportamentos dietéticos melhorados, redução do tempo de visualização de ecrãs e diminuição do IMC médio das crianças aos 2 anos. Contudo, não se verificou diferença significativa no IMC ou do IMC z-score entre os 3 grupos: a média do IMC que recebeu aconselhamento telefónico foi de 16.93 Kg/m<sup>2</sup>, por SMS foi de 16.92Kg/m<sup>2</sup> e do grupo controlo foi de 16.95 Kg/m<sup>2</sup>.

A proporção de crianças que foram classificadas com excesso de peso ou obesidade não foi significativamente menor no grupo que recebeu suporte telefónico (n=33/200, 16.5%), comparativamente com o grupo que recebeu aconselhamento via SMS (n=45/242, 18.6%) e ainda em relação ao grupo de controlo (n=48/220;21.8%).

As mães que fossem mais novas, desempregadas, solteiras ou em união de facto, com menores rendimentos ou de menor nível educacional apresentavam uma maior probabilidade de serem perdidas no *follow-up* e abandonar o estudo.

Relativamente ao protocolo desenvolvido por Wen e seus colaboradores (2019), que pretendia avaliar a influência da intervenção dos enfermeiros de saúde infantil e saúde familiar nas mesmas crianças, dos 3 aos 4 anos, não foi possível aceder aos resultados do mesmo. Como neste protocolo se faz referência que os dados seriam publicados em 2021, foi realizada tentativa de contactar o autor no início de fevereiro através de e-mail (contacto no Apêndice III). Contudo, não foi recebida resposta até à data, pelo que não se conseguiu acesso a esses dados. Esse estudo pretendia avaliar a eficácia e custo-eficiência de uma intervenção combinada telefone e SMS de ensinamentos de enfermeiros de saúde familiar a mães e crianças entre os 2 e 3 anos na promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física e consequente redução do IMC aos 3 anos, avaliar a diminuição da prevalência de comportamentos de risco para a obesidade e avaliar se existiu redução do IMC aos 3 anos de idade.

Dado que durante estes estudos se depararam com a pandemia COVID-19, os autores consideraram importante a elaboração de uma carta ao editor, onde sublinham o papel da tele-saúde como fonte de apoio à comunidade. Os autores relatam que os participantes do

estudo ficaram mais vulneráveis à ansiedade e à depressão, pelo que as chamadas telefónicas passaram a requerer mais tempo. Este tipo de cuidados de enfermagem passou a incluir maior flexibilidade e um relacionamento mais próximo com os participantes. Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar e Infantil continuou a prestar apoio, educação e informação sobre desenvolvimento infantil, alimentação, nutrição, sono e a promover o bem-estar emocional parental.

#### **4.5.2. Discussão dos resultados**

Com esta discussão pretende-se sumarizar os principais resultados obtidos nesta RSL, os seus contributos para o estado da arte, as suas limitações e as suas potenciais aplicações práticas, tentando relacionar com outros estudos neste âmbito.

A obesidade infantil é um importante problema de saúde, de difícil resolução devido a múltiplos fatores influenciadores e ao desconhecimento dos processos que levam à ação ou inação dos pais relativamente a esta problemática, pelo que se pretendeu desenvolver este estudo no sentido de descrever a importância da intervenção do enfermeiro de saúde familiar, ao nível da literacia em saúde sobre obesidade e excesso de peso, nos pais e crianças dos 2 aos 17 anos.

A realização deste estudo demonstrou várias limitações que inibiram uma resposta adequada à questão de investigação, entre eles: a existência de poucos estudos que avaliem o papel do enfermeiro de saúde familiar ao nível da literacia dos pais com crianças obesas ou com excesso de peso. Para colmatar esta lacuna, poderia ter sido realizada uma pesquisa mais abrangente no que respeita ao filtro temporal em que os estudos foram publicados. Assim, em vez de se ter pesquisado por artigos publicados nos últimos 5 anos, poder-se-ia ter alargado para os 10 anos. Contudo, esta decisão foi tomada no sentido de tentar obter informação mais atualizada possível.

Outro fator que poderá ter limitado o número de estudos obtidos, poderá estar relacionada com a quantidade de bases de dados utilizadas. Desta forma, poderia ter sido útil a utilização de mais uma base de dados, como a CINAHL do EBSCO, dado que esta é mais abrangente no que respeita à literatura na área da enfermagem e disciplinas relacionadas com a saúde.

Pesquisando sobre estudos idênticos, encontramos estudos realizados por Cunningham et al. (2017), Matthews et al., (2017) e Cunningham et al., (2014) (*as cited in* Hemmingsson, 2018), que nos revelam que as idades entre 0 e 5 anos são um período crítico no desenvolvimento de hábitos relacionados com excesso de peso e obesidade. Assim, e comparando com o estudo de Wen et al. (2022) analisado nesta RSL, verificamos que este se enquadra nesta faixa etária de maior risco.

Um estudo realizado por Sánchez-Cruz et al. (2013), que pretendeu avaliar a prevalência de obesidade infantil e juvenil em Espanha em 2012, bem como um estudo realizado por García García et al. (2013), que pretendeu calcular a prevalência de obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes dos 2 aos 16 anos na cidade de Almeria, revelaram uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade entre crianças dos 10 aos 11 anos.

Tal como nos estudos identificados nesta RSL, que indicam que o ambiente familiar poderá ser um fator de risco obsogénico para as crianças, também outros estudos, como Formisano et al., (2014) e Nesbit et al., (2014) (*as cited in* Bushaw, 2019), identificaram como fatores de risco para a obesidade infantil aqueles inerentes ao ambiente familiar, como: os pais com estado civil solteiro, divorciado ou viúvo; baixo número de irmãos; aumento do tempo de exposição a ecrãs; atividades sedentárias e a perceção parental da segurança. Relativamente ao tempo de exposição a ecrãs, tal como nestes estudos referidos, também no estudo elaborado por Wen et al. (2022), verificou-se que a redução do tempo de visualização de televisão contribuiu para a diminuição do IMC médio das crianças.

Um estudo levado a cabo por East et al, (2019, *as cited in* Bushaw, 2019), revelou que crianças de famílias em que o pai se encontra ausente, mães com depressão, e crianças que frequentemente se encontram confinadas num parque de jogos durante a infância, possuem maior probabilidade de excesso de peso na idade adulta.

De acordo com um estudo elaborado por Rabbitt e Coyne (2012), os enfermeiros podem ajudar os pais e os filhos através de aconselhamento nutricional e de programas de gestão de peso, oferecendo estratégias para diminuir o consumo calórico e aumentar a atividade física.

Para combater a obesidade infantil, a família deve estar envolvida. A família é central para os cuidados de uma criança e os cuidados centrados na família são fundamentais (Coyne et al., 2010; *as cited in* Rabbitt & Coyne, 2012).

Numa RSL realizada por Perdew et al. (2021), sete dos oito estudos analisados foram bem-sucedidos na melhoria de pelo menos um comportamento alimentar juvenil entre o grupo de intervenção, comparativamente com o grupo controlo. Os autores verificaram ainda que determinados aspetos da intervenção (objetivos da família, modificação de hábitos alimentares familiares, ensinamentos práticos sobre nutrição, atividades baseadas em grupo, entre outros) podem ser mais bem-sucedidos entre as crianças dos 5 aos 12 anos. Esta análise não pode ser comparada à luz do estudo realizado por Wen et al. (2022), dado que este apenas avaliou a eficácia das intervenções dos enfermeiros de saúde familiar aos 2 anos de idade das crianças.

Não existe consenso na literatura sobre a relação entre o excesso de peso e o sexo. Contudo, nos estudos realizados por Sánchez-Cruz et al. (2013), que pretendeu avaliar a prevalência de obesidade infantil e juvenil em Espanha em 2012, bem como um estudo realizado por García García et al. (2013), que pretendeu calcular a prevalência de obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes dos 2 aos 16 anos na cidade de Almeria, foi possível constatar que comparando o IMC por sexo, as percentagens de excesso de peso e obesidade são semelhantes entre meninos e meninas.

No estudo realizado por Inclán-López et al. (2021), no que respeita ao nível de educação dos pais, verificou-se que quanto menor o nível de ensino, maior é a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças. Também num estudo realizado por Almoosawi et al. (2016), foi possível observar uma relação entre o nível de educação das mães e a existência de hábitos alimentares saudáveis, o que os autores consideraram revelar a necessidade de melhorar a sua literacia no que respeita a nutrição e saúde, sobretudo na população de nível socioeconómico mais baixo e a necessidade de adaptar estratégias de intervenção.

Nos estudos elaborados por Ward et al., (2017), Wang e Beydoun (2007) e Magnusson et al. (2014) verificou-se que possuir um nível socioeconómico mais baixo é um dos fatores de risco mais fortes para o desenvolvimento da obesidade infantil (Hemmingsson, 2018).

Existe consenso na literatura no que respeita ao facto de existir associação entre o estatuto socioeconómico e o desenvolvimento da obesidade infantil, existindo taxas de obesidade cada vez maiores nos grupos socioeconómicos mais baixos e nos mais elevados (Hemmingsson, 2018).

Assim, torna-se fundamental a compreensão do contexto cultural, social e económico em que as crianças e as suas famílias estão inseridas no sentido de ajustar as habilidades profissionais do enfermeiro que facilitem o objetivo de mitigar a incidência e prevalência de obesidade infantil (Lopes & Aguiar, 2020).

A enfermagem tem um papel importante no cuidado à criança com excesso de peso ou obesidade, pelo que o enfermeiro deve atuar como educador em saúde que integra uma equipa multiprofissional, intervindo na busca de uma melhor qualidade de vida da população, apoiando a família, a escola e a comunidade para que todos possam participar ativamente da diminuição da obesidade infantil, prevenindo-os dos riscos e impedindo essas crianças de se tornarem um adulto obeso (Bahia et al., 2019, *as cited in* Lopes & Aguiar, 2020).

Na Austrália os enfermeiros de saúde infantil e familiar dão apoio e informação às famílias com crianças entre os 0 e os 5 anos. Aqui o enfermeiro de saúde familiar é considerado um elemento fundamental para o apoio à saúde, desenvolvimento, comportamento e alimentação de um filho, oferecendo informação, apoio e aconselhamento sobre: amamentação, segurança infantil, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, imunização, saúde mental infantil, paternidade, sono, alimentação saudável e planeamento familiar.

O aumento dos níveis de excesso de peso nas crianças está a levar à normalização das categorias de peso mais elevados. Por conseguinte, a deteção do excesso de peso e da obesidade será reduzida em ambientes onde o excesso de peso nas crianças é elevado, o que dificultará os pais de agirem nesta condição. Os profissionais de saúde e, sobretudo, os enfermeiros de saúde familiar têm um papel central na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de doenças crónicas relacionadas com o excesso de peso e obesidade.

Assim, é necessária uma melhor literacia em saúde, dos pais e das crianças sobre o excesso de peso e obesidade. O uso de estratégias inadequadas e a subestimação por parte dos pais e crianças sobre o tema alerta-nos para a necessidade de trabalhar nesta área. Isto deve centrar-se em hábitos alimentares saudáveis e não em gerar preocupação com o peso, nomeadamente com os pais com um baixo nível de educação.

#### 4.6. CONCLUSÃO

Partindo do objetivo de perceber e identificar as estratégias de intervenção do EEESF, na literacia dos pais e crianças, na prevenção da Obesidade Infantil e compreender a sua dinâmica de atuação no que respeita à promoção de hábitos de vida saudáveis, constatou-se que estes possuem um papel essencial na identificação e prevenção da obesidade infantil.

Assim, remetendo para a questão original, verifica-se que não existem evidências suficientes para responder de forma conclusiva à questão de investigação, dada a escassez de artigos encontrados na área.

Contudo, pelos artigos identificados e pela literatura consultada para enquadrar o tema, pode-se afirmar que diante deste estudo, entende-se ser relevante que o EEESF seja possuidor da capacidade de intervir com ações que visam a redução da obesidade infantil através de estratégias de educação para a saúde, incentivando e alertando os pais e crianças para a importância da mudança e aquisição de hábitos alimentares saudáveis e tomada de consciência dos benefícios da atividade física.

Considera-se pertinente a realização de mais estudos primários nesta área, por forma a dar importância e visibilidade às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este relatório espelha-se aquela que foi a aprendizagem e competências adquiridas no decorrer destes três semestres e que em muito contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e novas competências. Através deste trabalho tentou-se dar visibilidade àquilo que é ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Mostrou-se a preocupação de evidenciar um adequado enquadramento teórico na realização deste trabalho, pois considera-se importante a existência de uma base de conhecimentos sólidos para a valorização da enfermagem enquanto ciência. Tais conhecimentos permitirão a prestação de cuidados de excelência. Só com o conhecimento e a validação das atividades de enfermagem se pode realmente prestar os melhores cuidados baseados na evidência científica, sendo esta a base de todo o saber fazer da enfermagem.

Todo este trabalho teve como objetivo a aquisição de novas competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, pelo que em todos os capítulos deste relatório se tentou efetuar a pesquisa considerada importante no sentido de fundamentar o discurso. Foram ainda adquiridas novas competências através da elaboração de uma RSL, com o intuito de aprofundar o conhecimento no âmbito do papel do enfermeiro de família na literacia em saúde de pais e crianças com obesidade.

Apesar de algumas dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho, ele traduz as aprendizagens e as experiências adquiridas e que espero ter a oportunidade de colocar em prática enquanto enfermeiro especialista, através da oportunidade de desempenhar um papel ativo e dinâmico no seio de uma equipa multidisciplinar, com o intuito de conseguir prestar cuidados altamente diferenciados e qualificados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Médio Tejo/USF Beira Tejo. (2019). *Manual de Articulação*.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Quarteto.
- Almoosawi, S., Jones, A. R., Parkinson, K. N., Pearce, M. S., Collins, H., & Adamson, A. J. (2016). Parental Perception of Weight Status: Influence on Children's Diet in the Gateshead Millennium Study. *PLOS ONE*, *11*(2), e0144931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144931>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) (ed.)).
- Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família* [Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/107967.pdf>
- Arpini, L. D. S. B., Barbosa, G. C., Justo, G. F., Salaroli, L. B., & Molina, M. del C. B. (2015). ASSOCIAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO MATERNA DO ESTADO NUTRICIONAL DO FILHO E A QUALIDADE DA DIETA DE ESCOLARES. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, *10*(2), 299–314. <https://doi.org/10.12957/demetra.2015.15112>
- ARS Alentejo. (2022, October 9). *MIM@UF entra em funcionamento*. [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/MIM\\_UFfuncionamento.aspx](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/MIM_UFfuncionamento.aspx)
- Lei n.º 2:011 da Presidência da República, Diário do Governo: I Série, n.º 70 (1946). <https://files.dre.pt/1s/1946/04/07000/02010204.pdf>
- Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. (2022, June 9). *Estatísticas USF*. <http://usf-an.pt/estatisticas-usf/>
- Bagnasco, A., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Catania, G., & Sasso, L. (2020). Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità - Fnopi L'infermiere. *L'infermiere*, *57*(5), 75–93. <https://www.infermiereonline.org/2020/11/14/identificare-e-competenze-fondamentali/>
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar* (Climepsi Editores (Ed.)).
- Buon cristiano, M., Spinelli, A., Williams, J., Nardone, P., Rito, A. I., García-Solano, M., Grøholt, E. K., Gutiérrez-González, E., Klepp, K. I., Starc, G., Petrauskienė, A., Kunešová, M., Hassapidou, M., Pérez-Farinós, N., Pudule, I., Kelleher, C. C., Duleva, V., Rakovac, I., Chatterjee, S., & Breda, J. (2021). Childhood overweight and obesity in Europe: Changes from 2007 to 2017. *Obesity Reviews*, *22*(S6), 1–11. <https://doi.org/10.1111/obr.13226>
- Bushaw, A. (2019). Call for action. *The Nurse Practitioner*, *44*(9), 11–14. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000577956.19725.11>
- Camilo, C., & Garrido, M. V. (2019). A revisão sistemática de literatura em psicologia: Desafios e orientações. *Análise Psicológica*, *37*(4), 535–552. <https://doi.org/10.14417/ap.1546>
- CEIDSS. (2022, December 27). *COSI Portugal*. <https://www.ceidss.com/pt/cosi-portugal/>
- CHMT. (2022, October 10). *CHMT e ACES Médio Tejo*. <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/chmt-aces-medio-tejo/>
- Conselho de Ministros. (2006). Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. *Missão Para Os Cuidados de Saúde Primários*.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: I Série, n.º 149 4069 (2014). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 234/2008 do Ministério da saúde, Pub. L. No. Diário da República: 1ª série, N.º 233, 8600 (2008). <https://files.dre.pt/1s/2008/12/23300/0860008608.pdf>
- Decreto-Lei n.º 254/82 do Ministério dos Assuntos Sociais, Diário da República: I Série, n.º 147 1897 (1982). <https://dre.pt/application/conteudo/395514>

- Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, Diário da República: I Série, n.º 161 5587 (2007). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>
- Decreto-Lei n.º 35:108 do Ministério do Interior, Diário do Governo: I Série, n.º 247 (1945). <https://dre.pt/application/file/466285>
- Decreto-Lei n.º 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência, Diário da República: I Série, n.º 228 1406 (1971). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>
- Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>
- Despacho n.º 24101/2007 do Ministério da Saúde, Diário da República: II Série, n.º 203 30419 (2007). <https://files.dre.pt/2s/2007/10/203000000/3041930419.pdf>
- Despacho Normativo n.º 97/83 do Ministério dos Assuntos Sociais, Diário da República: I Série, n.º 93 1439 (1983). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/97-1983-311838>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227–235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Fechine, Á. D. L., Machado, M. M. T., Lindsay, A. C., Fechine, V. A. L., & Arruda, C. A. M. (2015). Percepção de pais e professores sobre a influência dos alimentos industrializados na saúde infantil. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 28(1), 16–22. <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p16>
- Ferrari, G. L. de M., Araújo, T. L., Oliveira, L. C., Matsudo, V., & Fisberg, M. (2015). Association between electronic equipment in the bedroom and sedentary lifestyle, physical activity, and body mass index of children. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 91(6), 574–582. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2015.07.020>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Repositório Aberto.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusociência.
- García García, E., Vázquez López, M. ángeles, Galera Martínez, R., Alias, I., Martín González, M., Bonillo Perales, A., Cabrera Sevilla, J. E., García Escobar, I., Gómez Bueno, S., López Ruzafa, E., Muñoz Vico, F. J., Oliva Pérez, P., Ortiz Pérez, M., Poveda González, J., Rodríguez Lucenilla, M., Rodríguez Sánchez, F. I., Ruiz Sánchez, A., Ruiz Tudela, L., Sáez, M. I., ... Torrico, S. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de 2 a 16 años. *Endocrinología y Nutrición*, 60(3), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.09.014>
- GÜLÇEK, E. (2022). Family health nursing: A Recent Review. *MAS Journal Of Applied Sciences*, 7(11), 88–95. <https://doi.org/10.52520/masjaps.208>
- Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. de S. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suppl 1), 1497–1508. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (Lusociência (Ed.)).
- Hemmingsson, E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Current Obesity Reports*, 7(2), 204–209. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0310-2>
- Inclán-López, P., Bartolomé-Gutiérrez, R., Martínez-Castillo, D., Rabanales-Sotos, J., Guisado-Requena, I. M., & Martínez-Andrés, M. (2021). Parental Perception of Weight and Feeding Practices in SchoolChildren: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4014. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084014>

- INSA. (2022, November 1). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal – Relatório 2019*. <https://www.insa.min-saude.pt/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2019/>
- Institute of Medicine of the National Academies. (2011). Finding What Works in Health Care. In J. Eden, L. Levit, A. Berg, & S. Morton (Eds.), *Finding What Works in Health Care*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13059>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021, June 10). *Censos 2021 - Resultados Provisórios*. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- International Family Nursing Association. (2017). International Family Nursing Association Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing. In *Journal of Family Nursing* (Vol. 23, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/1074840717726240>
- Karnik, S., & Kanekar, A. (2015). Childhood Obesity: A Global Public Health Crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 3–15. <https://doi.org/10.1201/b18227-3>
- Lei n.º 48/90 da Assembleia da República, Diário da República: I Série, n.º 195 3452 (2005). <https://files.dre.pt/1s/1990/08/19500/34523459.pdf>
- Lei n.º 56/79 do Serviço Nacional de Saúde, Diário do Governo: I Série, n.º 214 2357 (1979). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Lei n.º111/2009 da Assembleia da República, Diário da República n.º180, 1.ª série 6528 (2009).
- Limbers, C. A., Turner, E. A., & Varni, J. W. (2008). Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidology*, 2(3), 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2008.03.003>
- Lopes, I. K. dos S., & Aguiar, R. S. (2020). Contribuições da Enfermagem na prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(8), e162985626. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5626>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. In *INESCTEC*. INESCTEC. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesc\\_tecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesc_tecabril2018.pdf)
- Lusiadas. (2022, December 21). *Sabe o que é ambiente obesogénico?* <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/nutricao-dieta/sabe-que-ambiente-obesogenico>
- Machado, N. D. J. B. (2013). *Gestão Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem - Um Modelo De Melhoria Contínua Baseado Na Reflexão-Ação* (Vol. 53).
- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A. T., Waidman, M. A. P., Oliveira, M. L. F. de, & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crónica de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14, 116–124. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500015>
- Ministério da Saúde. (2020). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf)
- Ministério da Saúde. (2022, June 10). *História do Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>
- Minuchin, S., & Fishman, C. H. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar* (A. Médicas (Ed.); 2ª).
- Miranda, L. S. M. V. de, Vieira, C. E. N. K., Teixeira, G. A., Silva, M. P. M. da, Araújo, A. K. C., & Enders, B. C. (2020). Theoretical model of nursing care for children with obesity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180881. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0881>
- Moreira, M. de S. F., Oliveira, Fabiana Maciel de; Rodrigues, Washington; Oliveira, Luis Carlos Nobre de; Mitidiero, J., Fabrizzi, F., & Bernardo, D. N. D. (2014). Doenças associadas à obesidade infantil. *Rev.*

- Odontol. Araçatuba*, 35(1), 60–66.
- OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020 State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Oliveira, L. M. N., & Queirós, P. (2015). Tradução , Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale ( Ncs ) Para a População. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 77–89.
- OMS. (2016). Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: Report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity. In OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206549>
- OMS. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022* (CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- OMS. (1978). Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*, 1–3. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_spública.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2022, September 2). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>
- Paes, S. T., Marins, J. C. B., & Andreazzi, A. E. (2015). Metabolic effects of exercise on childhood obesity: A current vision. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.11.002>
- Perdew, M., Liu, S., & Naylor, P. J. (2021). Family-based nutrition interventions for obesity prevention among school-aged children: A systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, 11(3), 709–723. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa082>
- Pires, E. da I. F. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. In *Progress in Anesthesiology*.
- Portaria n.º 1368/2007 do Ministério da Saúde, Diário da República: I Série, n.º 201 (2007). <https://files.dre.pt/1s/2007/10/20100/0765507659.pdf>
- Porto, A. C. V., Pires, B. D. A. B., & Coelho, S. C. (2013). Frequência de consumo de fast food em crianças de uma escola pública e uma escola privada do município de Nova Iguaçu no Rio de Janeiro e sua influência no perfil nutricional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 301–305.
- Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: Nurses’ role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731–735. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.12.731>
- Regulamento n.º 126/2011 da Assembleia Geral, Diário da República: 2ª série, n.º 35 8660 (2011). [https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/3477015/details/normal?serie=II&search=Pesquisar&ano=2011&parte\\_filter=33&types=DR&\\_advancedPublicSearch\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_dreId=7415083477091](https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/3477015/details/normal?serie=II&search=Pesquisar&ano=2011&parte_filter=33&types=DR&_advancedPublicSearch_WAR_drefrontofficeportlet_dreId=7415083477091)
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2ª série, n.º 26 4744 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: 2ª série - n.º 124 17384 (2015). <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II Série, n.º 135 19354 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros, (2022). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (Edições Afrontamento (Ed.)). Edições Afrontamento.
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: A implementação da Formação em Serviço na Unidade de Saúde Familiar Quinta da Prata* [Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde]. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Sánchez-Cruz, J. J., Jiménez-Moleón, J. J., Fernández-Quesada, F., & Sánchez, M. J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Espanola de Cardiologia*, 66(5), 371–376. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.10.016>
- Sarni, R. O. S., Kochi, C., & Suano-Souza, F. I. (2022). Childhood obesity: an ecological perspective. *Jornal de Pediatria*, 98(51), S38–S46. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.10.002>
- Sawin, K. J. (2016). Measurement in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 287–297. <https://doi.org/10.1177/1074840716656038>
- Sehn, A. C., Braz, M. E. E., & Rozeno, R. F. (2019). A Família como unidade de cuidados na Saúde e na Doença: em relato de experiência. *Revista de Saúde Dom Alberto*, 4(1), 54–61.
- Serviço Nacional de Saúde. (2022, June 10). *BI-CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/Pages/default.aspx>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2022). *BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Simionato, M. A. W., & Oliveira, R. G. (2003). Funções e Transformações da Família ao Longo da História. *I Encontro Paranaense de Psicopedagogia*.
- Smith, W., Taki, S., & Wen, L. M. (2020). The role of telehealth in supporting mothers and children during the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 37–38. <https://doi.org/10.37464/2020.373.168>
- Sousa, L. M. M. De, Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–54. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25938/1/rperv1n1%2Cp.45-54.pdf>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública* (Lusodidacta (Ed.); 7ª).
- Teixeira, A., Costa, N., Mendes, J., Franchini, B., & Póinhos, R. (2019). *Anthropometric Assessment and Self-Perception*. 18, 14–18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21011/apn.2019.1803>
- Terracciano, E., Gentili, S., Madaro, O., Curti, E., Inzerilli, M. C., Albanese, L., Accarino, N., Tardi, A., Orlando, S., Riccardi, F., Palombi, L., Marazzi, M. C., & Liotta, G. (2021). The effect of community nurse on mortality and hospitalization in a group of over-75 older adults: a nested case-control study. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunita*, 33(5), 487–498. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2398>
- USF Beira Tejo. (2019). *Regulamento Interno*.
- USF Beira Tejo. (2022). *Plano de Ação*.
- Wen, L. M., Rissel, C., Xu, H., Taki, S., Buchanan, L., Bedford, K., Phongsavan, P., & Baur, L. A. (2020). Effects of Telephone and Short Message Service Support on Infant Feeding Practices, “tummy Time,” and Screen Time at 6 and 12 Months of Child Age: A 3-Group Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 174(7), 657–664. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0215>
- Wen, L. M., Rissel, C., Xu, H., Taki, S., Smith, W., Bedford, K., Hayes, A. J., Phongsavan, P., Simpson, J. M., Shaw, M. J., Moreton, R., & Baur, L. A. (2019). Linking two randomised controlled trials for Healthy Beginnings©: optimising early obesity prevention programs for children under 3 years. *BMC Public Health*, 19(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7058-9>
- Wen, L. M., Xu, H., Taki, S., Buchanan, L., Rissel, C., Phongsavan, P., Hayes, A. J., Bedford, K., Moreton, R., & Baur, L. A. (2022). Effects of telephone support or short message service on body mass index,

eating and screen time behaviours of children age 2 years: A 3-arm randomized controlled trial. *Pediatric Obesity*, 17(5), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12875>

Whall, A., & Fawcett, J. (1991). *Family Theory Development in Nursing: State of the Science And Art* (F.A.Davis (Ed.)).

World Obesity Federation. (2019). Atlas of Childhood Obesity. In *Atlas of Childhood Obesity*. [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996\\_Childhood\\_Obesity\\_Atlas\\_Report\\_ART\\_V2.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf)

Yektatalab, S., Seddigh Oskouee, F., & Sodani, M. (2016). Efficacy of Bowen Theory on Marital Conflict in the Family Nursing Practice: A Randomized Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1261210>


## APÊNDICES

**APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
RELATIVAS À USF BEIRA TEJO**

DECLARAÇÃO

Eu, João Carlos Amaral Matias, Coordenador da USF Beira Tejo, autorizo que Paulo Miguel Rodrigues Ferreira, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde de Leiria, que realizou estágio clínico nesta USF entre maio de 2022 e janeiro de 2023, utilize e publique informações de carácter geral, relativas à USF Beira Tejo, obtidas a partir das fontes BI-CSP, MIM@UF e SClínico, na sua dissertação para obtenção do grau de mestre, assegurando a privacidade e confidencialidade da informação clínica dos utentes.

Abrantes, 31 de março de 2023

31/03/23   
ARSLVT, I.P. - ACES Médio Tejo  
USF BEIRA TEJO  
Coordenador

## **APÊNDICE II – DADOS ENVIADOS PELO ACES MÉDIO TEJO**

19/06/22, 20:16

Gmail - Reencaminhar: RE:



Paulo Ferreira <pukus.ferreira@gmail.com>

---

**Reencaminhar: RE:**

---

**Paulo Miguel Rodrigues Ferreira** <pmiguel.ferreira@chmt.min-saude.pt>  
Para: Paulo Ferreira <pukus.ferreira@gmail.com>

17 de junho de 2022 às 14:10

---

**De:** ACES XIV - Médio Tejo | Carla Martins <aces.mediotejo@arslvt.min-saude.pt>

**Enviado:** 17 de junho de 2022 12:58

**Para:** Paulo Miguel Rodrigues Ferreira <pmiguel.ferreira@chmt.min-saude.pt>

**Cc:** Diana Faria dos Santos Leiria | ACES Médio Tejo - Direção Executiva <diana.leiria@arslvt.min-saude.pt>;  
Madalena Monteiro Barreto | Resp. UAG Médio Tejo <madalena.barreto@arslvt.min-saude.pt>; Maria José Mota | Vogal CCS Médio Tejo <mjose.mota@arslvt.min-saude.pt>

**Assunto:** RE:

Exmº Sr. Enfº Paulo Ferreira

Bom dia.

Em resposta ao solicitado, envio em anexo o organograma 2022 do Aces Médio Tejo e o respetivo mapa.

O Aces Médio Tejo abrange a área territorial de 11 municípios ( Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha) com 2.706,10 km2 e com cerca de 225 275 utentes inscritos.

Foi criado em 2012, após a fusão do ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire com o ACES do Médio Tejo II - Zêzere.

Poderá obter mais dados no site da ARSLVT, através do link:

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031>

Votos de bom trabalho!

Com os melhores cumprimentos

Carla Martins  
Secretariado

**Agendamento de Centros de Saúde do Médio Tejo** | Grouping of Health Centers of the Middle Tagus  
Rua Dr. Rivotti - 2350-365 Riachos | Portugal  
Tel : 249 830 610

[aces.mediotejo@arslvt.min-saude.pt](mailto:aces.mediotejo@arslvt.min-saude.pt)  
[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

19/06/22, 20:16

Gmail - Reencaminhar: RE:



**De:** Paulo Miguel Rodrigues Ferreira <[pmiguel.ferreira@chmt.min-saude.pt](mailto:pmiguel.ferreira@chmt.min-saude.pt)>

**Enviado:** quarta-feira, 15 de junho de 2022 11:34

**Para:** ACES XIV - Médio Tejo | Carla Martins <[aces.medioejo@arslvt.min-saude.pt](mailto:aces.medioejo@arslvt.min-saude.pt)>

**Assunto:**

Bom dia. Sou enfermeiro Paulo Ferreira a trabalhar no CHMT, unidade de Abrantes, serviço medicina intensiva, contudo estou a fazer estagio na USF Beira Tejo e precisava caso seja possível que ajudassem e me disponibilizassem os seguintes dados para a elaboração de relatório de estágio.

- Mapa da Área do ACES Médio Tejo
- Ano de criação
- extensão da área em KM2
- número de utentes
- ornoograma do ACES

Obrigada Enf. Paulo Ferreira

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



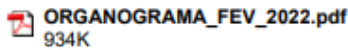
**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



2 anexos



Mapa Aces Médio Tejo.png  
314K



ORGANOGRAMA\_FEV\_2022.pdf  
934K

### **APÊNDICE III - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

## **MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

FACES II - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar

MACF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>104</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>104</b>
<b>1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA.....</b>	<b>105</b>
1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL .....	106
1.1.1. Estrutura Interna .....	107
1.1.2. Estrutura Externa .....	108
1.1.3. Contexto .....	111
1.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO.....	113
1.2.1. Etapas .....	113
1.2.2. Tarefas.....	114
1.2.3. Vínculos .....	115
1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	115
1.3.1. APGAR Familiar .....	116
1.3.2. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe. ....	117
1.3.3. Escala FACES II.....	118
<b>2 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>125</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família .....</b>	<b>106</b>
<b>Figura 2 – Tipo de Família .....</b>	<b>1077</b>
<b>Figura 3 - Genograma da Família F .....</b>	<b>109</b>
<b>Figura 4 - Escala de Graffar da Família F .....</b>	<b>112</b>
<b>Figura 5 - Tipo de habitação da Família F.....</b>	<b>112</b>
<b>Figura 6 - Ciclo Vital de Duvall da Família F.....</b>	<b>113</b>
<b>Figura 7 – Respostas do elemento MF ao questionário de APGAR Familiar .....</b>	<b>117</b>
<b>Figura 8 – Preenchimento da Escala de Readaptação Social de Holmes &amp; Rahe pelo elemento MF.....</b>	<b>118</b>
<b>Figura 9 – Preenchimento da Escala FACES II pelo elemento MF .....</b>	<b>120</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Identificação dos Membros da Família F .....</b>	<b>107</b>
<b>Quadro 2 - Ecomapa da Família F .....</b>	<b>110</b>
<b>Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II.....</b>	<b>119</b>

## 1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

O processo de Enfermagem é o ponto chave da prática diária dos enfermeiros nos cuidados de saúde, sendo inquestionável a importância que adquiriu no desenvolvimento da profissão. Em Portugal, conforme o regulamentado para o exercício profissional de enfermagem, na resposta às necessidades de cuidados dos clientes está subjacente uma abordagem sistemática e intencional. Esta abordagem só é possível através do recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao processo de enfermagem (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

Este método é composto por cinco etapas que ocorrem de forma sequencial: a avaliação inicial ou recolha de dados, o diagnóstico, o planeamento, a intervenção e a avaliação final.

Toda a avaliação e intervenção de enfermagem, necessita de modelos que nos permitam realizar uma colheita de dados precisa e minuciosa, possibilitando a elaboração de um correto planeamento, de acordo com os diagnósticos aferidos.

Na enfermagem dispomos de vários modelos de avaliação das famílias, que nos facultam um plano de referência permitindo a planificação de fenómenos de enfermagem e as suas respetivas intervenções como forma de resposta aos fenómenos identificados. Um dos principais modelos de avaliação familiar é o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). Este modelo foi elaborado tendo como base a teoria geral dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação e a teoria da mudança. O seu foco é a complexidade da família, e não apenas o indivíduo, tendo sempre em consideração o meio em que esta se encontra inserida. Apresentando uma perspetiva multidimensional, avalia a família em três grandes categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

Assim, tendo em consideração estes pressupostos e o MCAF, apresenta-se de seguida uma avaliação familiar, realizada a uma das famílias da Unidade de Saúde Familiar (USF) Beira Tejo, da lista de utentes do enfermeiro orientador do Estágio II, e denominada por Família F, no sentido de manutenção da confidencialidade da informação recolhida.

### 1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Na avaliação estrutural da família, considera-se a existência de 3 subcategorias, sendo elas: a estrutura interna, a estrutura externa e a estrutura de contexto, conforme se pode verificar pela Figura 1. Esta avaliação possibilita a identificação da composição da família, os vínculos existentes entre eles e entre o meio e subsistemas com quem ela interage. A avaliação da estrutura interna de uma família refere-se à sua composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites familiares. No que respeita à avaliação da estrutura externa da família, aqui iremos identificar a família extensa e a existência de sistemas mais amplos com quem a família interage, possibilitando perceber qual a sua relação com eles.

Na avaliação da estrutura externa, o Genograma é a forma mais adequada para retratar a informação da família extensa. Para a interpretação dos sistemas mais amplos, a realização do Ecomapa permite a sua melhor visualização e interpretação.

Com a avaliação da estrutura de contexto torna-se possível perceber qual a etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente (Wright & Leahey, 2009).

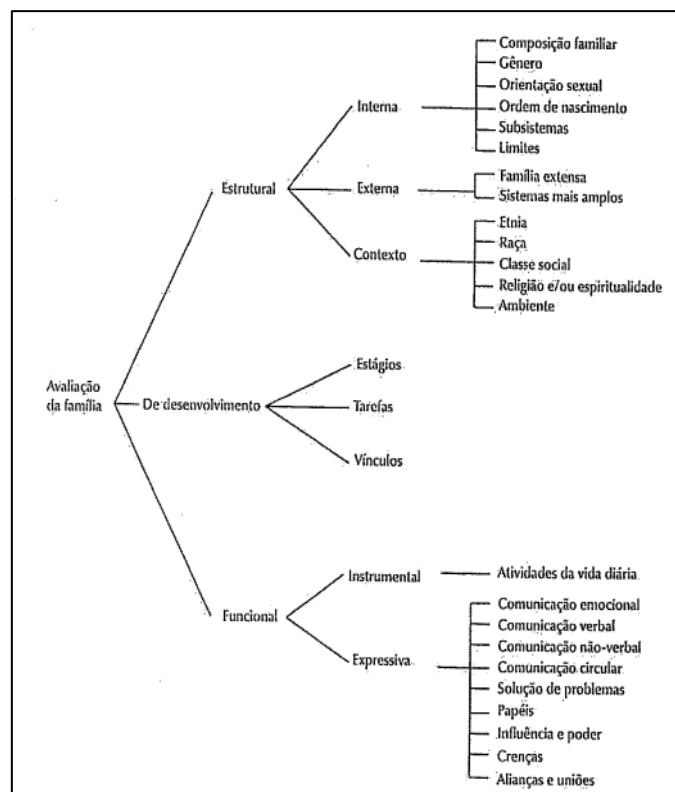


Figura 1 - Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Avaliação da Família

### 1.1.1. Estrutura Interna

A Família F é constituída por 3 elementos, identificados no Quadro 1, sendo eles a MF, o TF e a AF. Trata-se de uma família do tipo nuclear (neste caso temos presente um casal com filho). O registo da identificação do tipo de família foi realizado em SClínico, conforme se visualiza na Figura 2.

**Quadro 1 - Identificação dos Membros da Família F**

Nome	Papel Familiar	Género	Idade	Data Nascimento	Escolaridade	Profissão
MF	Esposa	Feminino	42	22-01-1980	Mestrado psicologia	secretaria
TF	Marido	Masculino	35	23-03-1987	12º Ano	Gestor empresas
AF	Filho	Feminino	1 mês	22-05-2022	-	-

The screenshot shows a software interface with several tabs at the top: 'Habituação', 'Graffar', 'C.Duvall', 'Tipo de Família', 'Risco Familiar Garcia-Gonzalez', and 'Risco Familiar Segovia Dreyer'. The 'Tipo de Família' tab is active, displaying a list of radio button options for family types. The selected option is 'Nuclear - Casal com ou sem filhos'.

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstituída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

**Figura 2 – Tipo de Família**

Fonte - SClínico

Analisando a composição da família, verificamos que dos 3 elementos que a compõem, 2 são do género feminino (MF e AF), existindo apenas 1 elemento (TF) do género masculino. A orientação sexual do elemento MF e TF é heterossexual, enquanto o elemento AF, dada a sua idade, ainda não possui orientação predefinida.

Relativamente à ordem de nascimento MF é o elemento mais velho da família com 42 anos, seguido do seu companheiro TF com 35 anos. AF é o elemento mais novo com 1 mês, sendo filha dos elementos anteriores.

A estrutura e dinâmica familiar muitas vezes é representada através da análise dos subsistemas familiares, sendo que cada indivíduo pode participar num ou em vários subsistemas ao mesmo tempo. Em cada subsistema terá funções e poderes específicos, aprenderá novas habilidades e terá relações complementares diferentes.

Esta família, de acordo com Alarcão (2000), apresenta como subsistemas familiares o subsistema individual, o subsistema conjugal e o subsistema parental. O subsistema individual refere-se ao indivíduo e tem em consideração as funções e papéis que ele desempenha dentro e fora da família. Nesta família, o subsistema conjugal surgiu aquando da união do elemento MF e TF. Neste subsistema terá de prevalecer a complementaridade do eu de cada indivíduo, do eu do outro elemento e ainda do nós (união dos dois elementos). Deste modo surge uma relação interdependente e complementar, com uma readaptação recíproca, com necessidade de estabelecimento de limites e fronteiras do casal, evitando a intrusão de outros elementos. Com o nascimento do elemento AF, proveniente da união de MF e TF, surge o subsistema parental, com funções mais executivas, de fazer crescer, socializar, educar, proteger e autonomizar o novo elemento (filho).

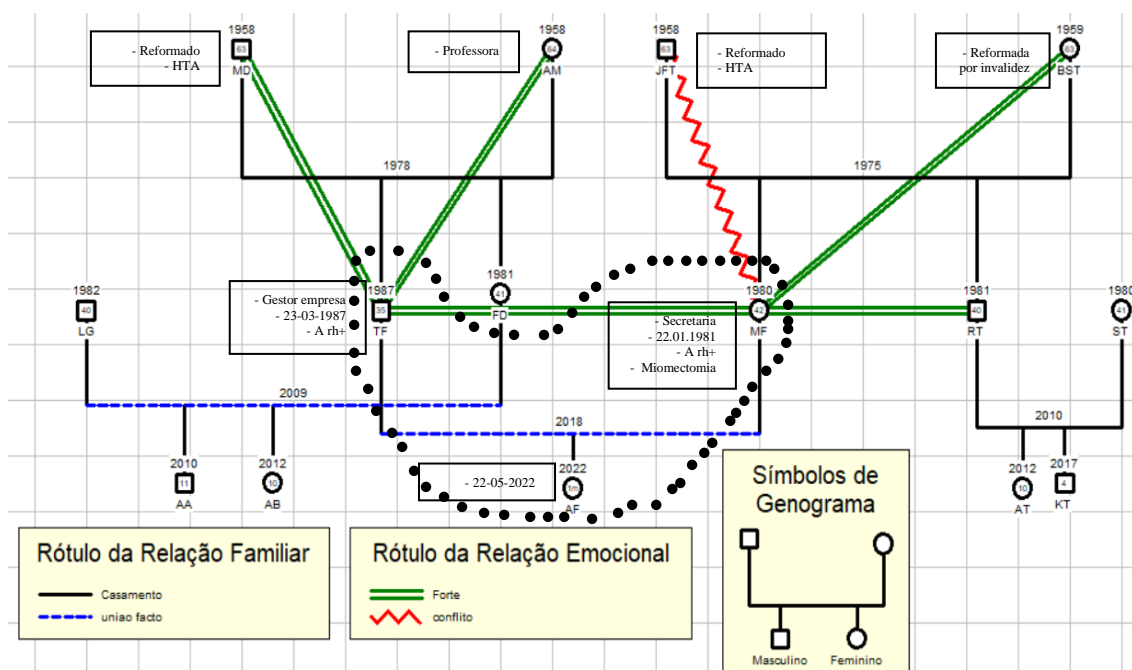
Estes subsistemas apresentam funções diferentes, mas estão estritamente relacionados, caracterizando-se por apresentarem limites e fronteiras próprios, que levam ao cumprimento das funções de cada elemento e regulação das trocas estabelecidas entre eles. Esses limites deverão ser flexíveis, no sentido de permitirem uma intercomunicação entre os elementos familiares.

Referente a esta família estamos perante limites claros, em que cada elemento sabe o espaço e funções que desempenha em cada subsistema, contactando com os outros elementos dos subsistemas sem interferência indevida sobre estes.

### **1.1.2. Estrutura Externa**

De acordo com o MCAF, a estrutura externa da família é caracterizada por duas subcategorias: a família extensa (que se refere a família de origem e alargada/adotiva e os laços afetivos entre eles) e os sistemas mais amplos.

Como método, para representar a família extensa, recorri à utilização de um Genograma, que é uma representação gráfica da estrutura familiar, que retrata o lugar ocupado por cada membro na estrutura familiar e os relacionamentos de pelo menos três gerações da família em estudo. Permite perceber os membros que compõem a família, se existem vínculos sanguíneos entre eles, idades, ocupação e profissão. Aquando da sua realização foram utilizados símbolos padronizados, de modo a melhorar a interpretação dos elementos constituintes da família e a relação entre cada um deles. O Genograma da família em estudo foi desenhado utilizando como recurso o programa informático GenoPro, e o mesmo pode ser visualizado na Figura 3. Na sua análise podemos aferir que MF e TF apresentam uma relação forte entre eles. O elemento TF com os seus pais apresenta uma relação forte. No que concerne ao elemento MF a sua relação com o pai é conflituosa, segundo ela desde a juventude e com a mãe a relação é forte.



**Figura 3 - Genograma da Família F**

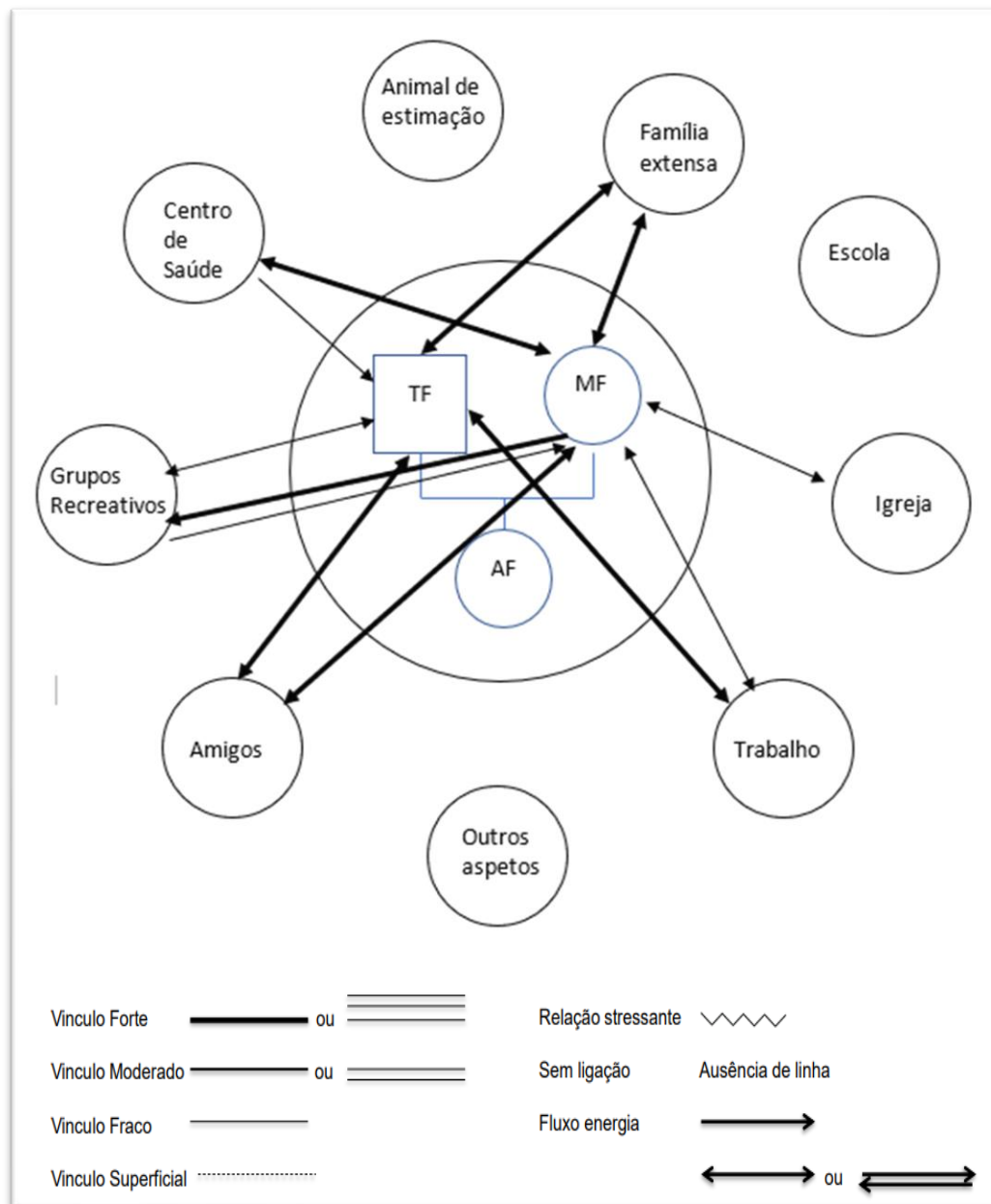
Fonte: GenoPro

Referente à subcategoria sistemas mais amplos, é necessário ter em consideração que a família é um sistema em constante interação social, com o meio que a rodeia. Esta subcategoria inclui as interações sociais ou pessoas significativas que não pertencem à família extensa. Logo, é de extrema importância conseguir compreender quais as

relações mais significativas que caracterizam a rede social familiar e situar as relações mais importantes que compõem a rede familiar no mesossistema (Figueiredo, 2012).

No sentido de realizar e representar esta avaliação, foi elaborado um Ecomapa, sendo este uma exposição gráfica onde são expostas as ligações entre a família, o meio, e as estruturas sociais em que esta está inserida. O Ecomapa permite fazer uma leitura dos recursos de que a família em estudo dispõe, facilitando uma visão mais completa e holística desta, por parte do enfermeiro, onde este se apercebe das conexões de apoio ou de stress familiar com o meio exterior (Agostinho, 2007).

**Quadro 2 - Ecomapa da Família F**



É possível interpretar, através do Quadro 2, correspondente ao Ecomapa realizado para a Família F, que esta apresenta várias relações fortes com os sistemas mais amplos. Tal pode ser verificado se olharmos para o elemento MF, onde se observam fortes relações com a família extensa, mais propriamente com o irmão e a mãe, com o centro de saúde e com o grupo recreativo. Estas relações são percecionadas como recíprocas, exceto no que se refere ao grupo recreativo que tem uma relação normal para com ela. O elemento TF apresenta como relações fortes o trabalho, a família extensa e os amigos. De referir ainda neste contexto que os pais do elemento TF vivem e trabalham em Lisboa e os pais da MF estão emigrados na Suíça.

### **1.1.3. Contexto**

No que se refere ao contexto, segundo o MCAF, este é composto por cinco itens que são a etnia, a raça, a classe social, a religião/espiritualidade e o ambiente.

Tendo em consideração o parâmetro etnia, a família em estudo é de etnia ibérica, sendo todos os seus elementos de raça caucasiana e nacionalidade portuguesa. No que respeita à religião, MF e TF afirmam ser católicos não praticantes.

A classe social é um ponto que extrema importância na avaliação da família, visto que, de acordo com Figueiredo (2012), ela irá afetar a organização familiar, a priorização e o modo como são estabelecidos os valores e as crenças, e ainda como irão usufruir dos sistemas sociais, tais como sistemas de saúde e ensino.

De acordo com este modelo, a escala preconizada para a avaliação da classe social é a Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001, *as cited in* Figueiredo, 2009), em que as famílias são classificadas em cinco categorias, tendo em conta a profissão, a instrução, a fonte principal de rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência.

A cada um dos critérios em análise é atribuída um coeficiente de ponderação de 1 a 5 e através do somatório destas pontuações iremos incluir a família numa das seguintes posições sociais (Figueiredo, 2009):

- Classe I Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9;
- Classe II Média Alta – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13;
- Classe III Média – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17;
- Classe IV Média Baixa – Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21;

- Classe V Baixa– Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

A escala permite avaliar as condições socioeconómicas da família, identificar a sua classe social e avaliar condições de risco, alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

Após a aplicação da Escala de Graffar para a Família F, esta foi classificada como uma família de classe média alta. A realização do seu registo pode ser observada através da Figura 4.

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	

Classe Social  
MÉDIA ALTA

**Figura 4 - Escala de Graffar da Família F**  
Fonte: SClínico

No que se refere ao ambiente, foi realizada uma avaliação da habitação da Família F, conforme se pode visualizar na Figura 5. Esta reside na Bemposta e apesar do hospital mais próximo ficar em Abrantes, a cerca de 16 Km de distância, a família possui acessibilidade aos serviços de primeira necessidade tais como farmácia, papelaria, café e supermercado. A sua habitação corresponde ao primeiro andar de uma moradia bifamiliar, composta por dois quartos, uma sala, uma casa de banho e uma cozinha. A casa apresenta bom estado de conservação, com bom conforto e bem cuidada. Tem aquecimento local, através de radiadores, com bom mobiliário e equipamento básico. A rede de água, saneamento e eletricidade é pública. Não possuem nenhum animal de estimação.

**Figura 5 - Tipo de habitação da Família F**  
Fonte: SClínico

## 1.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

De acordo com MCAF, a avaliação do desenvolvimento da família agrega a avaliação do ciclo vital (etapas), tarefas e vínculos, possibilitando conhecer as mudanças que condicionam o funcionamento da família, tanto a nível dos processos de estrutura como de interação.

Assim, o desenvolvimento familiar refere-se às mudanças ocorridas na família enquanto grupo, bem como às mudanças que cada um dos seus membros sofre. Esta abordagem prevê a identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, tendo em conta tarefas bem definidas, sendo que a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital, enquanto que as tarefas caracterizam cada uma das suas etapas (Alarcão, 2000).

### 1.2.1. Etapas

A família, sendo um sistema, encontra-se constantemente num processo de desenvolvimento, sendo que as mudanças vivenciadas não são só referentes ao todo familiar, mas também a cada indivíduo em particular. O processo de mudança está associado ao sentido da sua evolução, dependendo do cumprimento de tarefas bem definidas e claras para cada etapa do ciclo vital. O número de etapas do ciclo vital vai variar de autor para autor, contudo os critérios de diferenciação são consensuais e vão depender da entrada e saída de novos elementos, do aparecimento novos subsistemas, de mudanças estruturais e funcionais na família (Alarcão, 2000).

Na avaliação do desenvolvimento da família em estudo, foi utilizada a escala de estádios de Ciclo Vital de Duvall, visível na Figura 6. Verifica-se que a Família F se encontra na Etapa II – família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos).

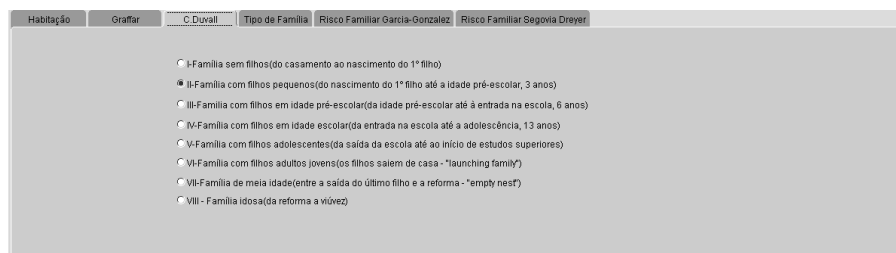


Figura 6 - Ciclo Vital de Duvall da Família F

Fonte: SClínico

### 1.2.2. Tarefas

Nesta etapa II do Ciclo vital de Duvall, existe a necessidade de um enorme ajustamento às exigências do desenvolvimento de uma criança pequena. Esta etapa é marcada pelo aparecimento do primeiro filho, surgindo o subsistema parental que conduz a uma reestruturação da família. Os seus elementos assumem novas tarefas e funções, existindo uma redefinição dos papéis de cada um e a definição de novos limites. Esta transição no ciclo vital, leva a que os pais assumam a responsabilidade da parentalidade, sendo-lhes incumbida a função de cuidado físico e afetivo para com a criança, e a promoção do seu desenvolvimento.

É de extrema importância que a família consiga manter uma diferenciação do subsistema conjugal em relação ao subsistema parental, enquanto promove uma abertura com o exterior, família de origem e comunidade. Nesta fase os pais deverão simultaneamente ser possuidores de uma atitude de líderes e ainda de poder, transmitindo aos filhos o sentido da autoridade inerente às relações verticais (Alarcão, 2000).

No que respeita á distribuição de tarefas, a Família F refere que estas são distribuídas por todos os membros, existindo entreajuda, onde TF encontra-se maioritariamente responsável pela parte das reparações, bricolage e trabalhos pesado, enquanto MF se ocupa da lide doméstica, com entreajuda sempre que necessário. O cuidar de AF também é partilhado pelos dois. A mãe de MF (BST), no primeiro mês de vida de AF, virá ajudar a prestar cuidados, dado que TF por vezes está ausente de casa por motivos de trabalho.

Nesta fase do ciclo vital, existe um constante ajuste do sistema conjugal, em que o casal mantém a necessidade de manter a sua individualidade, sem nunca esquecer a sua responsabilidade de pais. Neste subsistema, que foi formado aquando da união do casal, a complementaridade e a adaptação recíproca são fatores de extrema importância para o seu funcionamento, permitindo o desenvolvimento de limites e fronteiras, que vão proteger o casal da intrusão de outros elementos. Assim, funciona como plataforma de suporte intra e extrafamiliar (Alarcão, 2000).

Existe nesta família uma readaptação pela intimidade sexual e emocional, readaptação social e do espaço pessoal de cada progenitor, sendo que estas tarefas têm vindo a ser bem desempenhadas pelos dois.

Através da entrevista com a família, também foi possível verificar que neste momento apresentam concordância e união no que se refere às tarefas da educação e às questões financeiras, semelhante ao que acontece nas lides domésticas, onde existe uma cooperação entres os dois progenitores.

Com a vinda da mãe de MF, para ajudar a cuidar do recém-nascido, inicia-se um novo reajuste, agora no que se refere ao relacionamento com a família extensa.

### **1.2.3. Vínculos**

Relativamente aos vínculos desta família, sabemos que entre o casal existe uma ligação forte, que foram incentivados a preservar através da manutenção do diálogo sobre o lado conjugal, o lado parental, e a partilha de sentimentos e emoções, tentando desta forma evitar o afastamento no subsistema conjugal, comum nesta fase.

Do que foi percecionado, os pais demonstram uma ligação forte, segura e de amor para com o filho.

### **1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

Segundo o MCAF, a avaliação funcional da família refere-se ao modo como os indivíduos que constituem a família se comportam entre eles, sendo avaliadas duas dimensões elementares do seu funcionamento: a instrumental e a expressiva (Figueiredo & Martins, 2010)

A dimensão estrutural refere-se às atividades de vida da família, estando esta mais evidenciada quando um elemento que a compõe, não a consegue desempenhar, o que origina a necessidade de redefinição de papéis (Figueiredo & Martins, 2010). Nesta família a única pessoa dependente é o recém-nascido (AF) que necessita de ajuda total em todas as atividades de vida diárias, sendo que ela desempenha sem dificuldade todas as tarefas inerentes ao cuidado do recém-nascido.

A avaliação funcional expressiva avalia a família em nove subcategorias: a comunicação emocional, verbal, não verbal, circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e uniões.

Como meio complementar para a avaliação funcional da família, foram aplicadas três escalas: a escala de APGAR Familiar de Smilkstein, a escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) e a Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.

### **1.3.1. APGAR Familiar**

O recurso à escala de APGAR Familiar de Smilkstein, permite avaliar as relações familiares, mostrando a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar, sendo assim possível descobrir se a família é ou não considerada um recurso para cada um dos elementos. Esta avaliação é consistente num questionário de 5 perguntas sobre as principais funções da família, em que cada pergunta apresenta um score de acordo com a resposta do elemento familiar. Posteriormente realiza-se o somatório da pontuação obtida nas 5 perguntas, que irá estar compreendida entre 0 e 10 pontos. O valor obtido corresponderá a uma das três classificações familiares possíveis:

- família altamente funcional (7 a 10 pontos);
- família com moderada disfunção (4 a 6 pontos);
- família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

A Figura 7 representa as respostas do elemento MF a esse mesmo questionário, onde ao realizarmos o somatório verificamos que obtemos um total de 9 pontos, o que corresponde à classificação de uma família altamente funcional. Assim, esta família é caracterizada por um sistema que funciona satisfatoriamente, e as dificuldades que possam ocorrer ao longo do tempo serão facilmente resolvidas.

APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)			
A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Figura 7 – Respostas do elemento MF ao questionário de APGAR Familiar

### 1.3.2. Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe.

A Escala de Readaptação Familiar de Holmes e Rahe, faz a correlação entre o surgimento de doenças de qualquer tipo e os eventos de vida, no que se refere a momentos de stress e doença, ocorridos num passado recente. Os autores constataram que o risco de doença aumentava à medida que as unidades de mudança de vida se acumulavam (Figueiredo, 2009).

A operacionalização da escala é efetuada através de um questionário com 43 eventos de stress ou crise, ocorridos durante o último ano, sendo selecionados os que ocorreram. A cada uma das situações de vida é atribuída uma pontuação, numa escala de 11 a 100. Posteriormente, procede-se ao somatório do valor de cada acontecimento assinalado e obtém-se um score. De acordo com o score obtido, obtém-se a seguinte classificação:

- 37% de probabilidade de ocorrência de doença (como 150 a 199 pontos);
- 50% de probabilidade de ocorrência de doença (200 a 300 pontos);
- 80% de probabilidade de ocorrência de doença (>300 pontos) (Figueiredo, 2009).

O elemento MF respondeu ao questionário que compões a Escala de Readaptação Familiar de Holmes & Rahe, conforme consta na Figura 8. De acordo com as suas respostas, os acontecimentos de crise/stress que ocorreram no último ano foram: a morte de um familiar próximo, a gravidez, o aumento do agregado familiar e as mudanças nos hábitos de sono, o que perfaz um total de 158 pontos. Podemos assim afirmar que, nesta fase, a família apresenta 37% de probabilidade de incidência de uma doença caso necessite de um reajuste à sociedade depois das mudanças significativas na sua vida.

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE					
Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Figura 8 – Preenchimento da Escala de Readaptação Social de Holmes & Rahe pelo elemento MF

### 1.3.3. Escala FACES II

De modo a avaliar a coesão, adaptabilidade familiar e o tipo de família, optei por utilizar a escala FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar - versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes – 1995). Esta escala é um questionário individual, com 30 perguntas de autoavaliação, que irá classificar o funcionamento da família nas dimensões da coesão familiar, adaptabilidade familiar permitindo-nos

perceber a forma como os seus membros percecionam as suas vivências no seio da própria família.

Modo de aplicação da escala:

- Escala tipo Likert, com 5 alternativas de resposta entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre) nos 30 itens;
- Itens cotados inversamente: 3, 9, 15, 19, 24, 25, 28 e 29;
- Para avaliar a coesão, realizar a seguinte subtração: 36 menos a soma dos itens 3, 9, 15, 19, 25 e 29. Posteriormente somar os outros itens ímpares e o item 30;
- Para adaptabilidade: subtrair de 12 a soma dos itens 24 e 28. Posteriormente somar os restantes itens pares (exceto o 30);
- Os resultados da categoria Coesão familiar variam entre 15 e 80. Os resultados da categoria de Adaptabilidade variam entre 15 e 70. Somando as pontuações correspondentes da coesão e adaptabilidade (entre 1 e 8) e dividindo por dois  $(C+A/2)$ , obtém-se o resultado da escala, que varia entre família extrema, família intermédia, família moderadamente equilibrada e família equilibrada.

**Quadro 3 - Interpretação linear da FACES II**

(Continua)

Coesão		Adaptabilidade			Tipo de Família		
8	80	Muito Ligada	8	70	Muito Flexível	8	Equilibrada
	74			65			
7	73	Ligada	7	64	Flexível	7	Equilibrada
	71			55			
6	70	Ligada	6	54	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
	65			50			
5	64	Ligada	5	49	Flexível	5	Equilibrada
	60			46			
4	59	Separada	4	45	Estruturada	4	Meio Termo
	55			43			
3	54	Separada	3	42	Estruturada	3	Meio Termo
	51			40			
2	50	Desmembrada	2	39	Rígida	2	Extrema
	35			30			
1	34	Desmembrada	1	29	Rígida	1	Extrema

(conclusão)

	15			15			
--	----	--	--	----	--	--	--

A figura 9 revela a avaliação da escala FACES II pelo elemento MF. Após a sua análise podemos verificar que esta família, a nível de coesão, obteve um score de 51, sendo classificada como uma família separada, de acordo com o Quadro 3. A nível da adaptabilidade é uma família muito flexível (58 pontos). No que se refere ao tipo de família esta é uma família moderadamente equilibrada (5 pontos).

**ESCALA FACES II** (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

**[1]** - Quase Nunca   **[2]** - De vez em quando   **[3]** - Às vezes   **[4]** - Muitas Vezes   **[5]** - Quase sempre

		1	2	3	4	5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 9 – Preenchimento da Escala FACES II pelo elemento MF**

## 2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem de família é um processo contínuo e em constante reavaliação, onde existe subjacente uma comunicação bidirecional de interação entre enfermeiro e indivíduo/família. Este é um processo dinâmico e sistémico, tendo como finalidade promover o cuidado orientado para o indivíduo/família, com vista à obtenção de resultados desejáveis. Compreende 5 etapas que se encontram sempre interrelacionadas e executadas de forma contínua: a investigação/história/avaliação, a realização de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de enfermagem, a sua implementação e por fim a avaliação de resultados.

De referir que todo este processo se baseia no enquadramento conceptual da ordem dos enfermeiros, no que se refere à definição de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, tendo em conta que se procura:

“ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Todos estes cuidados assentam também nos enunciados descritivos da OE, onde se incluiu a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados.

Através da avaliação da família F, realizada com base no MCAF e com os dados/dúvidas que foram expostas pela família, foi possível compreender as dificuldades e necessidades sentidas por ela, percebendo quais os seus apoios e a quem poderiam recorrer de maneira a promover a saúde da mesma. Esta avaliação foi executada em dois momentos, uma primeira entrevista aquando da consulta do programa nacional de saúde infantil e juvenil do elemento AF e, posteriormente, uma nova entrevista em contexto de visita domiciliar. Esta avaliação carece de constante reavaliação com a família ao longo do tempo, devendo ainda, se possível, ser mais detalhada e aprofundada através de novas escalas como, por exemplo, escalas da resiliência, questionário das forças familiares, entre outras. Assim, será possível uma melhor

compreensão de todo o sistema familiar possibilitando uma melhoria da saúde desta família.

Com base na avaliação familiar realizada, foram identificados os seguintes focos de enfermagem, de acordo com os problemas prioritários identificados, e elaborados os respetivos diagnósticos e intervenções de enfermagem que permitem dar resposta aos problemas encontrados que serão expostos seguidamente. A elaboração do plano de cuidados à família, através da identificação dos focos, dos diagnósticos e das intervenções familiares, foi realizada através da adaptação ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Data	Foco de Atenção	Diagnóstico	Dimensão
07/07/2022	Satisfação conjugal	- Satisfação conjugal não mantida	Satisfação do casal com o padrão de sexualidade não adequado
	<b>Intervenções de enfermagem</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar para a redefinição de divisão /partilha das tarefas domésticas;</li> <li>- Promover a comunicação expressiva das emoções;</li> <li>- Promover a comunicação do casal;</li> <li>- Motivar para atividades em conjunto;</li> </ul>		
	<b>Foco de Atenção</b>	<b>Avaliação/reformulação do diagnóstico</b>	
	Satisfação conjugal		

Data	Foco de Atenção	Diagnóstico	Dimensão
29/06/2022	Planeamento familiar	- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos não adequado	Uso de contraceptivo
	<b>Intervenções de enfermagem</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento sobre métodos contraceptivos;</li> <li>- Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos;</li> <li>- Motivar para o uso de contraceptivo;</li> </ul>		
29/06/2022	<b>Foco de Atenção</b>	<b>Avaliação/reformulação do diagnóstico</b>	
	Planeamento familiar	- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos adequado	

Data	Foco de Atenção	Diagnóstico	Dimensão
	Papel Parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical não demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno não demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono /repouso não demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes não demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil não demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes não demonstrado</li> <li>- Comportamento de adesão à realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança não demonstrado</li> <li>- Comportamento de adesão à vacinação da criança não demonstrado</li> </ul>	<p>Conhecimento do papel ao recém-nascido</p> <p>Comportamento de adesão</p>
<b>Intervenções de enfermagem</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical;</li> <li>- Avaliar conhecimento dos pais sobre aleitamento materno;</li> <li>- Ensinar/instruir/treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical;</li> <li>- Ensinar os pais sobre o aleitamento materno;</li> <li>- Instruir/treinar os pais sobre técnicas de aleitamento materno;</li> <li>- Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológico;</li> <li>- Ensinar os pais sobre vigilância de saúde;</li> <li>- Ensinar os pais sobre processo de vinculação;</li> <li>- Ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil;</li> <li>- Avaliar adesão á vacinação;</li> <li>- Motivar os pais para a adesão a vacinação;</li> <li>- Planear vacinação;</li> <li>- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes;</li> <li>- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil;</li> <li>- Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social;</li> </ul>			

29/06/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar as dimensões não consensuais de papel;</li> <li>- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros de família;</li> <li>- Negociar a redefinição das tarefas parentais, papéis pelos membros da família;</li> </ul>	
	<b>Foco de Atenção</b>	<b>Avaliação/reformulação do diagnóstico</b>
	Papel Parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono /repouso demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes demonstrado</li> <li>- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil demonstrado</li> <li>- Comportamento de adesão à realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança demonstrado</li> <li>- Comportamento de adesão à vacinação da criança demonstrado</li> </ul>

Data	Foco de Atenção	Diagnóstico	Dimensão
07/07/2022	Relação dinâmica	- Relação dinâmica disfuncional	Relação dinâmica
<b>Intervenções de enfermagem</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar padrão de ligação;</li> <li>- Promover a comunicação expressiva das emoções;</li> <li>- Promover o envolvimento familiar;</li> <li>- Otimizar a comunicação da família;</li> <li>- Otimizar padrão de ligação;</li> </ul>			
<b>Foco de Atenção</b>		<b>Avaliação/reformulação do diagnóstico</b>	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 327–330. <https://doi.org/doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Quarteto.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (Lusociência, Ed.). Loures.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar* (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Repositório Aberto.
- Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12559>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Sousa, F. G. M., Figueiredo, M. do C. A. B. de, & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60–63. <https://doi.org/ISSN-2179-6238>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família* (4ª; Roca, Ed.).

## **APÊNDICE IV – CONTACTO EFETUADO COM AUTOR**

Dear Prof Li Ming Wen,

My name is Paulo Ferreira, I am a student at the Polytechnic Institute of Leiria (School of Health Sciences) in Portugal. At the moment I am doing a Systematic Literature Review, to conclude my master's degree in Family Health Nursing.

I have Included your researches in my study (Contribution of family nurses in health literacy on obesity and overweight to parents of children aged 2 to 17 years: a literature review), but would like to perform additional analyses based on a more complete set of data that I am struggling to find, and need more information about your study “(Effectiveness and cost-effectiveness of maternal telephone support with Short Message Service (SMS) in preventing obesity of children aged 2-4 years: a randomised controlled trial)”.

I am trying to find the next data (explained in the Registration number ACTRN12618001571268) to enrich the study:

- Child's Body Mass Index at 2, 3, and 4 years of age;
- Child's Body Mass Index Z-score at 2, 3, and 4 years of age;
- Child's Fruit and Vegetable intake. Mothers will report their child's eating habits using a validated short food frequency questionnaire (FFQ) specifically designed to assess children's eating habits at 2, 3, and 4 years of age;
- Child's screen-based activities: mothers will report the total time their child spends doing screen-based activities per day in a usual week at 2, 3, and 4 years of age;
- Child's outdoor play time: Mothers will report the total time their child spends doing outdoor play time as a proxy for active play time per day in a usual week at 2, 3, and 4 years of age.

I understand that I am requesting a lot of information and that you may not have time to satisfy my request, but it would be most helpful for me and I would be extremely grateful and appreciate any assistance you could give me with this matter. I would be happy to answer any questions you may have regarding my modest first research.

Thank you.

Sincerely,

Paulo Ferreira (Nurse)

pukus.ferreira@gmail.com

Phone +351 965 099 669

Portugal

