

6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO EM CRIANÇAS, QUE FREQUENTAM A CONSULTA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rita Franco Vicente

Leiria, 29 de março de 2024

6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO EM CRIANÇAS, QUE FREQUENTAM A CONSULTA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rita Franco Vicente

Unidade curricular: Estágio de
Natureza Profissional: em
Enfermagem de cuidados de
Saúde à Família, em contexto de
USF/UCSP, com Relatório Final
Professora Orientadora: Doutora
Clarisse Louro

Leiria, 29 de março de 2024

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AP – Atendimento Complementar

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

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

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EC's – Ensinos Clínicos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ICN – International Council of Nurses

IDG – Índice Desempenho Global

IMC – Índice de Massa Corporal

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MeSH – Medical Subject Headings

NEP – Núcleo de Estudos e Planeamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAS – Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SBC – Cuidar Baseado nas Forças

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF's – Unidades Funcionais

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE QUADROS	vi
INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	10
2. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES) OESTE SUL	14
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – USF OURICEIRA.....	15
2.2. CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS UTENTES DA USF	19
2.3. CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	20
2.4. INDICADORES DE SAÚDE DA USF OURICEIRA	20
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (EE) E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAUDE FAMILIAR (EEESF).....	22
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	22
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAUDE FAMILIAR.....	29
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	36
4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: EXCESSO DE PESO E OBESIDADE INFANTIL ...	37
4.2. METODOLOGIA	43
4.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
CONCLUSÃO	56
BIBLIOGRAFIA	58
APÊNDICES	
APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO	
APÊNDICE II – FOLHETO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO	
APÊNDICE III – PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL	
APÊNDICE IV – DIA MUNDIAL DA DIABETES	
ANEXOS	
ANEXO I – ARTIGOS BASE DE DADOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Área Geográfica do ACES Oeste Sul. FONTE: Núcleo de Estudos e Planeamento (NEP) da ARSLVT e Departamento de Instalações e Equipamentos da ARSLVT.....	14
Figura 2 - Caracterização demográfica do ficheiro do ACES Oeste Sul (BI-CSP)	15
Figura 3 - Caraterização demográfica do ficheiro da USF Ouriceira (BI-CSP)	19
Figura 4 - Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) nas diferentes rondas COSI Portugal (2008 a 2022) (INSA, 2023).....	39
Figura 5 - Diagrama PRISMA	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - IDF da USF Ouriceira	21
Quadro 2 - Mnemónica PICOD	45
Quadro 3 - Descritores, DeCS, MeSH e Motores Booleanos.....	46
Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão de artigos.....	46
Quadro 5 - Limitadores e Expansores de pesquisa de artigos	47
Quadro 6 - Análise de artigos	49

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), 2º ano, 3º semestre, do ano letivo de 2023/2024, no âmbito da unidade curricular Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 e o Regulamentos de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, ambos da Ordem dos Enfermeiros, serviram como principais guias orientadores para a realização do relatório.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem-se como a base do sistema de saúde português sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, evidenciado as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida. Desta forma, o foco da prática dos enfermeiros está direcionado para a família, enquanto unidade de cuidados (OE, 2015).

A família assume um papel fundamental na vida de cada indivíduo nas diversas fases da vida, sendo a base nos momentos de crise, mudança, realização assim como na saúde e na doença.

Nas USF's, foi instituído o perfil profissional do enfermeiro de família, como elemento facilitador para desenvolver o modelo de trabalho em equipa, assumindo-se a necessidade de clarificação do papel profissional aos utentes e a outros parceiros profissionais. O enfermeiro de família, deve criar uma relação com o cidadão de forma a promover a confiança, que difunda a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, sendo um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde (Silva, Costa e Silva, 2013).

Cuidar a família é um dos primordiais interesses da enfermagem, com ênfase nas relações e reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido para promover a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

O ensino clínico teve como objetivos gerais:

G1. Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista;

G2. Desenvolver competências específicas da enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos.

Como objetivos específicos:

E1. Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de Enfermagem de Saúde Familiar;

E2. Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência;

E3. Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva;

E4. Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas;

E5. Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas da Enfermagem em Saúde Familiar;

E6. Redação de relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados em enfermagem de Saúde Familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde;

E7. Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com apresentação e divulgação de resultados de evidência científica.

Como objetivos transversais:

T1. Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos;

T2. Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Para uma melhor compreensão do presente relatório, o mesmo encontra-se estruturado em quatro partes:

No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico da prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar que serviu de suporte ao desenvolvimento das atividades realizadas durante os Ensinos Clínicos (EC's).

No segundo capítulo é determinado o contexto da prática clínica especializada, no qual se efetua uma descrição do espaço onde este se desenvolveu, a USF Ouriceira e a análise do ficheiro de utentes da enfermeira orientadora.

No terceiro capítulo é efetuada uma análise crítica e reflexiva das atividades e competências desenvolvidas durante os três EC, no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

No último capítulo, na pesquisa da melhor evidência científica e no desenvolvimento da excelência da prática, é apresentada uma revisão sistemática da literatura sobre a temática “o papel do Enfermeiro de Família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários”, a sua concetualização teórica, seguindo-se da apresentação da metodologia usada, que inclui a definição da pergunta PICOD, e o protocolo de pesquisa, finalizando com uma análise crítica dos resultados obtidos/ evidências encontradas, no que respeita às intervenções do enfermeiro de família na prevenção do excesso de peso na criança, nos cuidados de saúde primários.

Por fim, termino com uma breve conclusão, sobre a temática escolhida e todo o percurso que realizei ao longo do mestrado.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centralizada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Os CSP abordam os determinantes da saúde e incidem sobre a saúde física, mental, social e bem-estar; asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário; tornam-se um investimento de grande valia, visto haver evidências de que os cuidados de saúde primários de qualidade reduzem os encargos totais com a saúde e melhoram a eficiência, reduzindo os internamentos hospitalares (WHO, 2021).

A história dos CSP em Portugal é caracterizada por várias reformas resultantes de renovações nas práticas de gestão, todas com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população em constante mudança, melhorando as falhas identificadas nos modelos de organização anteriores (Ramalho, 2021).

A reforma dos CSP de 2005 executou um novo sistema organizativo garantindo a qualidade dos cuidados prestados sustentada em valores como o foco na comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia organizativa e técnica, responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação de desempenho (Biscaia & Heleno, 2017). Esta evolução permitiu a constituição das USF, a reorganização das unidades funcionais em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a existência de um novo sistema de remuneração.

Em cada ACES passou a existir diversas unidades funcionais (UF's), nomeadamente: Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG), passando a ser denominados de Centros de Saúde de 3ª geração.

Esta reforma é sustentada na governação clínica e de saúde, ou seja, “num sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de “pilotagem” clínica individual, de equipas e serviços visando a qualidade dos cuidados” (Biscaia & Heleno, 2017). Uma reforma moderna e inovadora, moderna porque se aliou à tecnologia com a informatização total dos serviços e ao trabalho em rede, e inovadora porque ultrapassou o modelo vertical e hierarquizado tradicional. A mesma apostando em equipas auto-organizadas, com autonomia funcional e responsabilização conseguiu melhorias com maior satisfação de todos e ganhos em saúde (Biscaia & Heleno, 2017). A primeira e mais relevante mudança foi assim a constituição das

USF, com regime jurídico instituído em Decreto-Lei (DL) nº 298/2007 de 22 agosto, com a alteração pelo Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de junho.

De acordo com o artigo 38º do DL nº 52/2022, 4 de agosto, as USF são unidades de cuidados personalizadas, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio.

Neste contexto, pode dizer-se que estas vieram introduzir um modelo inovador organizacional na prestação de CSP, contribuído para uma melhor governação clínica e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente e família.

Segundo o International Council of Nurses (ICN) a família é um grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas unidas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes (CIPE, 2015).

Assim, as famílias definem-se como tendo uma identidade própria, construída ao longo do tempo, transmitida e adaptada por sucessivas gerações, que as torna singulares e irrepetíveis, sendo a base daquilo que são os seus membros, não havendo famílias melhores, nem famílias piores: há famílias diferentes. A família é vista como uma unidade sistémica com funções sociais, de suporte à vida e à saúde dos seus elementos, com capacidade auto-organizativa (Núncio, 2018).

A **família** emerge como foco dos cuidados de enfermagem e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade, que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica. Assim, a conceção de uma enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a ser desenvolvida desde a definição das metas de saúde para o Sec. XXI, no entanto, foi na Declaração de Munique que se estabeleceu a figura do “enfermeiro de família” enquanto pivot no seio de uma equipa multiprofissional e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Ministério da Saúde, 2012).

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2017, a família refere-se a um grupo de indivíduos que estão ligados entre si por fortes laços afetivos e que apresentam um forte sentimento de pertença. Cada individuo é diferente com a sua própria experiencia

biopsicossocial e espiritual. As famílias tem aptidões inerentes e interações próprias que influenciam a percepção de saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos.

O tipo de família é uma classificação importante que tem como finalidade diferenciar a composição da família e os vínculos entre os seus membros. Para Minuchin (1974) citado por Muñoz, et. al (2012) a classificação das famílias foi definida segundo a estrutura familiar, classificando-as de:

- Famílias nucleares simples, em que vivem os cônjuges e menos de 3 filhos;
- Famílias nucleares numerosas, formada por 3 ou mais filhos e os seus pais;
- Famílias extensas e de origem alargada, em que vivem pessoas unidas por laços de consanguinidade (avós, irmãos, tios e primos) sendo a hierarquia valorizada;
- Famílias extensas e compostas, em que vivem outras pessoas, mas sem vínculo sanguíneo;
- Famílias monoparentais constituídas por um cônjuge e seus filhos;
- Famílias homoparentais formadas por cônjuge do mesmo sexo e os seus filhos;
- Famílias binucleares e reconstituídas, em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e que coabitam filhos de pelo menos de um dos progenitores;
- Sem família formada pelo adulto solteiro ou divorciado, bem como o viúvo sem filhos;
- Equivalentes familiares, formada pelas pessoas que vivem no mesmo lugar sem constituir um núcleo familiar tradicional (pessoas que vivem em asilos/residências ou grupo de amigos que moram juntos).

Desta forma, o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família, será o **enfermeiro de família**. A formação especializada constitui-se como imprescindível e o desenvolvimento de competências específicas ou diferenciadas assume especial relevância no desempenho dos profissionais (Ministério da Saúde, 2012).

Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros (OE) propõe uma definição das responsabilidades e tarefas do enfermeiro de família e algumas escolas de enfermagem começam a oferecer programas de especialização nesse campo. Contudo até 2017 esses projetos-pilotos não haviam iniciado, por falta de consenso entre a Ordem, os sindicatos e o Ministério da Saúde. Um ano depois, a OE reconheceu a especialidade de enfermagem de saúde familiar como área de subespecialização da saúde comunitária (Fronteira et. al., 2020).

Assim, tendo em conta o papel atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, foi aprovado pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, a que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção (OE, 2023)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (OE, 2023).

Como forma de compreender e dar sentido à prática, são utilizados os modelos e as teorias de enfermagem de forma a garantir um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico expõe. Assim a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária considerou como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática Clínica, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) (OE, 2023).

Ao nível da terapia familiar, os maiores contributos para a enfermagem de saúde familiar surgem da Teoria Geral dos Sistemas (compreensão da família enquanto unidade sistémica), Cibernética (compreensão do funcionamento evolutivo das famílias) e Teorias da Comunicação Humana.

Relativamente às teorias e modelos de enfermagem, várias foram as teóricas que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem de Família. De acordo com Figueiredo (2012), as mais relevantes para o desenvolvimento da Enfermagem de Família foram: Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen. A mesma autora afirma que já Florence Nightingale evidenciou uma preocupação em integrar a família como foco nos cuidados.

2. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES) OESTE SUL

O ACES Oeste Sul pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e é responsável por gerir os cuidados de saúde à população da sua área de influência no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, tendo uma área geográfica de 1.071 Km². É formado pelos Centros de Saúde de Cadaval, Lourinhã, Mafra, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras (ACES Oeste Sul, 2014). Na figura 1 encontram-se delimitadas as freguesias que compõem o ACES (nº13 da legenda).

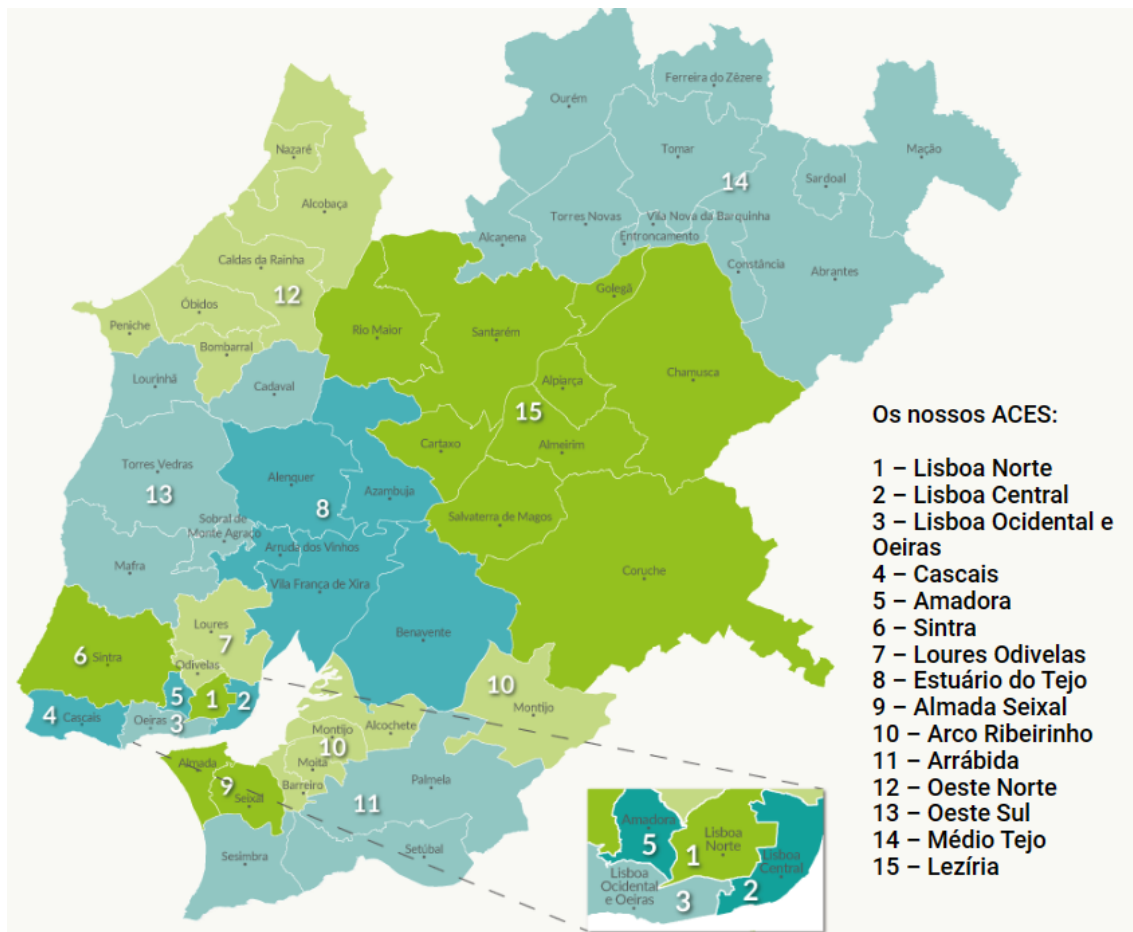


Figura 1- Área Geográfica do ACES Oeste Sul (nº13 da legenda). FONTE: Núcleo de Estudos e Planeamento (NEP) da ARSLVT e Departamento de Instalações e Equipamentos da ARSLVT.

Conforme os dados fornecidos no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), consultado em maio de 2023, o ACES Oeste Sul tem 218.442 utentes inscritos. Na figura 2 é possível interpretar os dados referentes ao número de utentes do ACES, bem como a sua distribuição pelas diversas unidades de saúde.

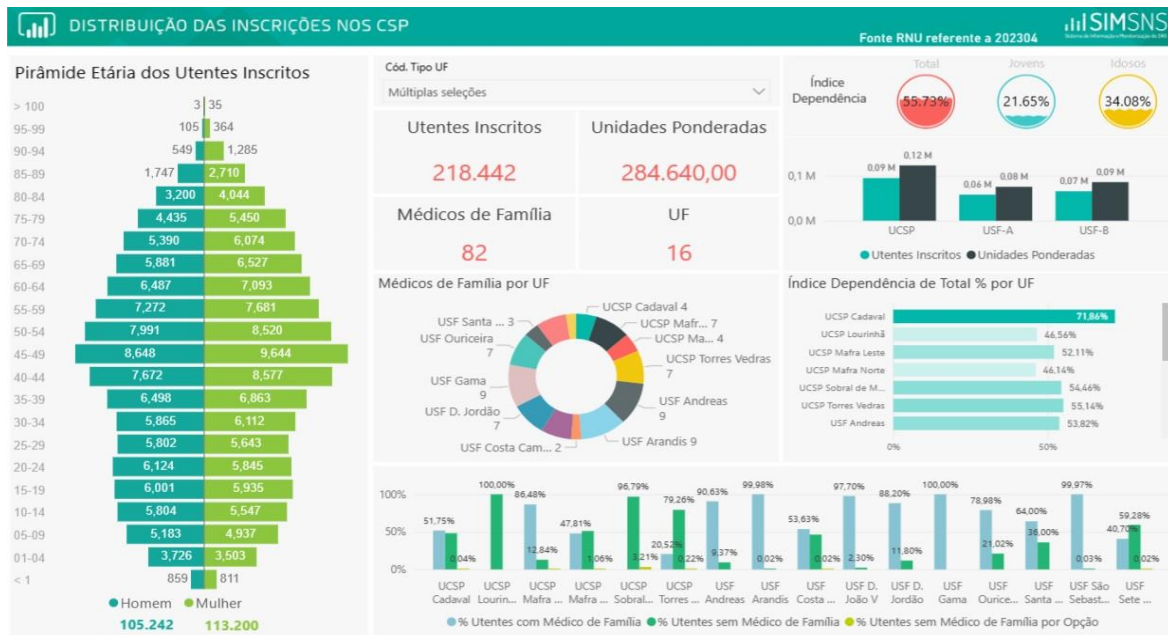


Figura 2 - Caracterização demográfica do ficheiro do ACES Oeste Sul (BI-CSP)

O ACES Oeste Sul, fica localizado no concelho de Torres Vedras e segundo dados da ARSLVT 2023, este é constituído por:

- 10 USF's (6 USF's Modelo A e 4 USF's Modelo B);
- 6 UCSP;
- 5 UCC;
- 5 Atendimentos Complementares (AC);
- 1 USP;
- 1 URAP;
- 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Quanto aos recursos humanos, fazem parte deste ACES, 1 diretor executivo, 92 médicos, 39 médicos internos, 157 enfermeiros, 2 técnicos superiores de saúde, 13 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 4 técnicos de informática, 127 assistentes técnicos e 55 assistentes operacionais.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE – USF OURICEIRA

As USF são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (ACSS, 2023).

A Unidade de Saúde Familiar Ouriceira, é uma unidade funcional que integra o ACES Oeste Sul, pertencente à ARSLVT. É constituída pela Sede, localizada na Vila da Ericeira e por um Polo, localizado na freguesia de Santo Isidoro. A sua atividade teve início em 15-06-2011.

A USF Ouriceira (2022) tem como **missão** prestar cuidados de saúde globais de forma personalizada a uma população definida, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento e acompanhamento das situações de doença. Realizar as suas atividades de forma cordial e atenta, apostando na eficiência, no rigor e na qualidade técnica e científica. Garantir o atendimento e satisfação dos utentes, assim como a satisfação da equipa multiprofissional.

Quanto à **visão**, a equipa propõe-se constituir uma unidade de referência na acessibilidade, continuidade e equidade dos cuidados, prestados com eficácia e eficiência, de modo a determinar a melhoria do estado de saúde e aumento da satisfação dos utentes assim como a sua participação responsável nos próprios cuidados de saúde, mas também o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores e conseqüente satisfação pessoal e profissional.

Os **valores** pelos quais a mesma se norteia são a competência, dinamismo, inovação e rigor. Garantindo acessibilidade, globalidade, personalização e continuidade de cuidados de saúde ao cidadão, num ambiente solidário de responsabilização mútua, respeito pelos valores éticos e humanos, tolerância e exigência.

Na carta de compromisso da unidade, realizada em 2023, foram estabelecidos três objetivos, sendo eles:

- Estudar a prevalência de obesidade na idade pediátrica e elaborar o plano de atuação;
- Realizar de formação interna sobre a obesidade na idade pediátrica;
- Elaborar manuais de procedimentos em áreas chave;
- Criar uma pasta comum a documentos da unidade através do *One drive* para possibilitar o acesso de todos os elementos da USF a documentos de trabalho.

A USF Ouriceira é considerada modelo A, que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. No entanto como forma de motivação dos profissionais de saúde da USF Ouriceira, à retenção de novos profissionais para colmatar as falhas existentes, e conseqüentemente a existência de listas de utentes sem médico e enfermeiro de família, foi decidido em equipa multidisciplinar proceder à candidatura para USF modelo B, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde. Este processo encontra-se atualmente em execução por parte de toda a equipa.

Relativamente à **estrutura interna** esta é constituída pelo Coordenador (eleito em sede de Conselho Geral), Conselho Geral (composto por todos os profissionais da unidade), Conselho Técnico (composto por um Médico, um Enfermeiro e um Secretário Clínico, eleitos respetivamente pelos elementos de cada grupo profissional), um Enfermeiro em funções de chefia, interlocutores de cada grupo profissional. A orgânica de trabalho assenta numa hierarquia horizontal de autonomia e responsabilização, sendo realizadas reuniões da equipa multidisciplinar semanalmente, à sexta feira no período da manhã.

A equipa multidisciplinar da USF Ouriceira é constituída por 8 enfermeiros, 7 médicos (+ 2 internos) e 7 secretários clínicos. Dentro da equipa multiprofissional estão definidas as equipas nucleares (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico), ficando as mesmas responsáveis pela prestação de cuidados médicos e de enfermagem aos indivíduos e famílias do seu respetivo ficheiro. A cada utente é atribuído, um médico e um enfermeiro de família, sendo utilizada uma metodologia de trabalho em que a totalidade dos cuidados é prestada pela equipa afeta ao utente/famílias. Não obstante, está preconizada a intersubstituição de elementos, para dar continuidade dos cuidados ao utente e famílias.

Quanto ao compromisso assistencial, o horário de funcionamento da USF é das 8:00 às 20:00, nos dias úteis. Está encerrado aos Sábados, Domingos e Feriados. No Polo Santo Isidoro o horário é às 2^a, 3^a e 5^a das 9h às 16h. No que respeita às alternativas assistenciais, fora do horário de atendimento da unidade, os utentes podem recorrer ao AC de Mafra ou ao serviço de urgência do Centro Hospitalar do Oeste (CHO).

Relativamente à oferta de serviços, a USF personaliza os cuidados, promovendo a acessibilidade, continuidade e a globalidade dos cuidados a todos os utentes que residem permanente ou temporariamente na sua área de influência e tem como atividades assistenciais:

- Consulta Programada Saúde Infantil;
- Consulta Programada Saúde da Mulher (Planeamento Familiar ou Saúde Materna);
- Consulta Programada de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial;
- Consulta Programada Saúde do Adulto (Doença Mental, Asma, Osteoartroses, entre outros);
- Rastreio Oncológico (Rastreio Cancro do Colo do Útero, do Colo Retal e da Mama);
- Tratamentos;
- Consulta Não Presencial (atendimento telefónico, e-mail, teleconsulta, prescrição de exames, receituário crónico, atualização registos vacinais, entre outros);
- Visitas Domiciliárias (doença aguda, programada ou preventiva);

As visitas domiciliárias são consultas da equipa de saúde, efetuadas no domicílio do utente, sendo o único serviço que não é realizado por enfermeiro de família nesta USF. Como critério de visita domiciliária é necessário que o utente se encontre em situação de dependência física ou funcional reconhecida, permanente ou temporária, impedindo a sua deslocação à USF. No caso da visita domiciliária ser considerada urgente, esta será realizada no prazo de 24 horas úteis (excluindo o fim de semana e feriados).

Também é realizada a avaliação de dependência através da escala de Barthel como complemento do critério de acesso para consulta no domicílio do utente. Após a solicitação de visita domiciliária, o enfermeiro/ equipa desloca-se ao domicílio do utente e nessa primeira visita, aplica-se também a escala de Morse e escala de Braden de forma a validar a necessidade de visita domiciliária. Para utentes que necessitem de cuidados mais que 3 vezes por semana, medicação via endovenosa com periodicidade superior a 1 vez dia e sempre que se considere vantajoso para o utente, este é avaliado em visita domiciliária pela equipa multidisciplinar por Enfermeiro, Médico e Assistente Social para posterior referenciação para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

- Consulta Doença Aguda (Consulta Aberta ou Consulta de Intersubstituição);

Os utentes ao recorrerem à unidade em situação de urgência/emergência têm atendimento garantido, sendo feita uma triagem das necessidades de cuidados, prestados os cuidados adequados à situação clínica e/ou referenciação para outras unidades de saúde. A consulta é realizada no próprio dia.

Na USF Ouriceira existe uma carteira adicional de serviços que são: as consultas de cessão tabágica, o apoio à UCSP Mafra Norte – Polo Ericeira e o apoio ao AC Mafra.

2.2. CARATERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS UTENTES DA USF

A USF disponibiliza cuidados de saúde a utentes residentes nas freguesias da Ericeira, Carvoeira e Santo Isidoro, do Concelho de Mafra.



Figura 3 - Caraterização demográfica do ficheiro da USF Ouriceira (BI-CSP)

De acordo com o BI-CSP, em Maio de 2023, esta unidade tinha 14.835 utentes inscritos, correspondente em 18.987 unidades ponderadas, divididos de acordo com a figura seguinte (SPMS, 2023).

- 51.7% são mulheres e os restantes 48.3% são homens;
- cerca de 3.119 não tinham médico de família, o que corresponde a um percentagem de cerca de 21%;
- Índice de Dependência Total foi de 54.92%, sendo de 31.31% o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 23.61% de dependência de jovens (< 15 anos);
- o grupo etário com maior percentagem de acordo com DL 298/2007 é dos 07- 64 anos representando 10.992 utentes;
- as faixas etárias 40–44 anos, 45-49 anos, 50 – 54 anos, 55- 59 anos, 60 – 64 anos são as faixas etárias com mais utentes. Desta forma, podemos afirmar que a população da USF é maioritariamente uma população adulta;
- existem cerca de 90 crianças com menos de 1 ano de idade;
- no que respeita à população feminina, 3.291 estavam em período fértil.

2.3. CARATERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Para que o enfermeiro de família possa direcionar intervenções como forma de ir ao encontro das necessidades de saúde da população, é necessário conhecer detalhadamente as características de cada ficheiro. Com recurso ao médico e à plataforma MIM@UF foi possível retirar dados que me permitirão fazer uma breve caracterização do ficheiro.

O atual Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros define a norma para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem indicando como limite máximo o número de 1.550 utentes ou 350 famílias de uma determinada área geodemográfica para cada enfermeiro de família, indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela OMS.

O ficheiro da enfermeira orientadora era composto por 1811 utentes. De acordo com os programas de saúde podemos observar que no ficheiro existiam:

- 3 Grávidas;
- 85 Diabéticos;
- 303 Hipertensos (249 não cumpridores);
- 473 Crianças/Adolescentes - Saúde Infantil;
- 423 Mulheres em Idade Fértil (Planeamento Familiar);
- 467 Mulheres elegíveis para Rastreio do Cancro do Colo do Útero (281 não cumpridoras).

2.4. INDICADORES DE SAÚDE DA USF OURICEIRA

A gestão interna da USF é uma gestão por objetivos explicitamente discutidos em equipa e contratualizados anualmente com a Direção Executiva do ACES e com a ARSLVT e formalizados em Carta de Compromisso.

A avaliação das USF é realizada com base em indicadores nas diferentes áreas: desempenho assistencial, serviços assistenciais, serviços não assistenciais, melhoria contínua de qualidade e formação interna. Da avaliação destes parâmetros resulta um Índice Desempenho Global (IDG).

Dos indicadores contratualizados uns são mais sensíveis aos cuidados de Enfermagem, sendo que a filosofia da instituição assenta numa perspetiva colaborativa e de complementaridade de trabalho em equipa multidisciplinar.

Ao consultar o BI-CSP podemos encontrar os indicadores por UF e visualizá-los por área de desempenho e dimensão. Os indicadores são operacionalizados sendo contratualizado um

mínimo aceitável, um mínimo esperado, um máximo esperado e um máximo aceitável. Para resultados dos indicadores fora do intervalo de variação aceitável: 0 pontos, para resultados dos indicadores pertencentes ao intervalo esperado: 2 pontos e, por ultimo, para resultados dos indicadores compreendidos entre os limites do intervalo esperado e de variação aceitável: valorização contínua entre 0,00001 e 1,99999 pontos.

A monitorização do desempenho é efetuada principalmente através do portal do BI-CSP e do MIM@UF (que possibilita informação por ficheiro médico e de enfermagem). Estas plataformas disponibilizam de forma continuada a publicação dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores (ACSS, 2023).

Quadro 1 - IDG da USF Ouriceira

Data	IDG
01.2023	35,60
05.2023	38,90
11.2023	39,60

Foi possível observar através do quadro 1 que houve um aumento ainda significativo em 4 meses, de um IDG de 35.60 em janeiro de 2023 para um IDG de 38.60 em maio de 2023, altura de início de estágio. Mais recente, em novembro de 2023 a USF tinha um IDG de 39,60 o que significa que houve um cuidado crescente na equipa no aumento do IDG, com o objetivo de que a USF passe para modelo B.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (EE) E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EEESF)

O Enfermeiro Especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado, num domínio específico de enfermagem e, atentando nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, revelar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas, relativas a um campo de intervenção. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é o enfermeiro que reúna competências especializadas comuns e as competências específicas a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar (OE, 2018).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído.

O perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definida pela Ordem dos Enfermeiros encontra-se no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República, estabelecendo desta forma um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades comuns em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, bem como nos diferentes níveis de prevenção, independentemente da área de especialidade. Assim, o enfermeiro especialista deve deter quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foram proporcionados vários momentos de observação participativa, planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família, ao longo do seu ciclo de vida, com ênfase nas respostas das famílias a problemas de saúde.

- **Domínio Responsabilidade Profissional Ética e Legal**

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes: Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019).

Durante a prática clínica somos diariamente confrontados com questões ético-legais para a tomada de decisão. No Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), artigo 99º, os enfermeiros deverão exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015).

Para mim é essencial uma prática de excelência respeitando sempre quem está a ser cuidado. Para tal, quando senti lacunas de conhecimento em alguns dos programas nomeadamente Saúde Infantil, Saúde Materna e Obstetrícia, realizei pesquisa bibliográfica e sistematizei informação de forma a poder colaborar de maneira mais enriquecedora e na melhoria da capacidade de tomada de decisão.

Também, o facto de conhecer todo o contexto do local de estágio, desde a estrutura física, a dinâmica organizacional do serviço, bem como a caracterização dos utentes do ficheiro clínico da enfermeira orientadora, permitiu-me realizar uma prática mais autónoma e responsável, com juízo crítico e tomada de decisões baseadas nos princípios, valores e normas deontológicas.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 8º, refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015). São direitos dos doentes, a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelo outro e pelas suas crenças e valores. Ao longo do estágio preocupei-me sempre com a manutenção da privacidade dos utentes e respeito pelo sigilo profissional. Também os valores e crenças dos utentes foram respeitados e não realizei juízos de valor, uma vez que também tenho as minhas crenças e valores e respeito cada pessoa como tal.

De acordo com o OE, 2015, artigo nº 106 o enfermeiro tem obrigação de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento do exercício da sua profissão, assumindo o dever de a) considerar toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a sua fonte; b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

As questões relacionadas com o sigilo e garantia da confidencialidade foram uma preocupação que tive ao longo de todo o ensino clínico. Durante as consultas sempre tive em consideração a privacidade do utente, estando apenas eu e a enfermeira orientadora no

gabinete e, se fosse o caso, o cuidador/familiar responsável, sendo que a informação apenas era partilhada por nós e pelo médico de família.

Por último, destaco a questão dos registos de enfermagem dos cuidados prestados à família, pois nem sempre foi possível realizar os registos da avaliação e intervenção à família, nomeadamente a avaliação inicial e processo familiar, ficando apenas o registo no processo individual da pessoa alvo dos cuidados. De acordo com o CDE (OE, 2015), alínea d) do Artigo 104.º, do direito ao cuidado, o enfermeiro, assume o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas. No entanto, identifiquei que o tempo que está definido para uma consulta de enfermagem na unidade (30 minutos), independentemente do programa de saúde, é muito curto para poder fazer a avaliação e intervenção do enfermeiro de família, principalmente quando nos deparamos com situações mais complexas, por exemplo a 1ª consulta do bebé recém nascido ou os primeiros ensinos à pessoa com diabetes. Apesar de termos alguma flexibilidade, pois há consultas que demoram mais ou menos que outras, é necessário ter em atenção que a pessoa/família é atendida primeiramente pelo enfermeiro e, posteriormente pelo médico, ou seja, caso haja algum atraso por parte do enfermeiro, este interfere diretamente com a prática do outro profissional de saúde. Em muitas situações como estas, era realizada a intervenção conjunta do enfermeiro e médico, valorizando então o trabalho em equipa.

Neste sentido considero ter desenvolvido ações no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no meu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- **Domínio da Melhoria da Qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade; e garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019).

A qualidade nos cuidados de saúde é justificada por existir cada vez mais uma maior exigência e expectativas por parte dos utentes, exigência também ao nível da formação e conhecimento dos profissionais, do desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados, a racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura de Qualidade em Saúde.

O acesso dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade em todos os níveis da prestação, como um direito fundamental, é garantido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

2015-2020, pelo que os cuidados prestados devem basear-se na equidade, efetividade, eficiência, segurança e nas necessidades e expectativas dos cidadãos (Despacho n.º 1400-A/2015).

A formação profissional é cada vez mais reconhecida pelo seu poder de atualização de conhecimento e melhoria na qualidade de cuidados. Esta deve ser contínua e dinâmica. O enfermeiro especialista tem um papel primordial na atualização de conhecimento, colaborando nos programas de melhoria de qualidade, sendo capacitado para partilhar experiências e estimular a mudança, com vista ao crescimento e desenvolvimento da sua equipa.

Tive oportunidade de consultar o plano de formação da unidade, tendo em conta as necessidades formativas. Uma vez que nem todos os elementos podem realizar no mesmo momento, adotaram a estratégia de alternar por cada um dos elementos da equipa de enfermagem a presença na formação. Neste sentido, todos têm acesso a nova informação que é posteriormente partilhada para todos os enfermeiros. Desta forma, conseguem garantir um maior conhecimento por parte de toda a equipa, para uma melhor qualidade de cuidados.

Para além disso, existe um grupo de partilha de informações em que os enfermeiros vão partilhando formações que irão decorrer fora do serviço. Ao me facultarem este tipo de informações consegui realizar alguns *webinar* online, nomeadamente nas áreas que senti maior dificuldade durante as consultas, como é o caso da alimentação do bebé no 1º ano de vida, a importância da amamentação, prevenção de infeção no local cirúrgico, reconhecer o pé diabético, entre outras. Estas pequenas formações ajudaram-me a adquirir conhecimento para por em prática nas consultas que realizei e futuramente nas que irei realizar.

Também participei nas atividades de formação realizadas no serviço, nomeadamente acerca da Comunicação em Saúde e Intervenção Precoce na Infância que se mostraram muito úteis na prestação de cuidados.

Colaborei no plano de formação da unidade, tendo sido eu, juntamente com a enfermeira orientadora a realizar a formação sobre “Prevenção de Úlceras de Pressão” à equipa multidisciplinar, apresentando as novas *guidelines* e a utilização das escalas de avaliação de risco por parte dos profissionais de saúde (Apêndice I). Colaborei na criação do manual de prevenção de úlceras por pressão, também realizei um folheto para os cuidadores sobre os cuidados na prevenção de úlceras por pressão (Apêndice II) e na criação do folheto sobre prevenção da obesidade infantil (Apêndice III). Seria também oportuno dar seguimento a esta temática com a formação presencial dirigida aos cuidadores (no caso das UPP) e às famílias e crianças (no caso do excesso de peso/obesidade). Como forma de chegar a mais população

e intervir precocemente, colaborei na realização do Rastreio da Diabetes na unidade, no dia mundial da diabetes (Apêndice IV).

Estas atividades contribuíram para a minha formação e proporcionaram uma melhor qualidade e segurança na prestação de cuidados.

- **Domínio da Gestão de Cuidados**

O EE “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019).

Neste domínio de especialidade foi primordial conhecer os processos organizacionais da unidade, nomeadamente o regulamento interno, o plano de ação, protocolos, a dinâmica da equipa e os distintos papéis e funções de cada um dos seus elementos. Ao conhecer a dinâmica organizacional da unidade, o enfermeiro terá uma visão mais ampla de todo o processo de gestão de cuidados.

Assim, importa abordar a metodologia de trabalho utilizada. Por cada enfermeiro de família existe um ficheiro de utentes atribuído. Deste forma, é fundamental que cada enfermeiro faça a gestão do ficheiro tendo em conta as características da população, as necessidades de saúde e os indicadores definidos. No caso de ausência de um trabalhador existe intersubstituição, com o objetivo de garantir o acesso das pessoas aos cuidados de saúde. No entanto, aquilo que verifiquei na prática, foi um número desajustado de utentes por enfermeiro de família, face ao que é preconizado, de acordo com o Regulamento nº 743/2019, em que é recomendado um enfermeiro por 1500 utentes ou um enfermeiro por 350 família.

Durante a prática clínica, realizei juntamente com a equipa de família (enfermeiro, médico e administrativo) a lista de utentes por programa, nomeadamente diabéticos, hipertensos, planeamento familiar e vacinação. Uma vez que o nosso ficheiro teve algum tempo sem médico de família, verificámos que existem muitos utentes não cumpridores, tendo sido feita a chamada dos mesmos para consultas de seguimento que acordo com cada programa de saúde. Isto permitiu-me ter a perceção da importância da gestão dos cuidados e do trabalho em equipa, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Como referido anteriormente, o tempo atribuído para a consulta de enfermagem é escasso, para mim como primeira passagem pelos CSP mas também, como tive oportunidade de confirmar, para os enfermeiros que exercem funções nesta USF. Assim, é necessário que haja uma correta gestão de tempo, através de um correto planeamento do tempo de consultas. Desta forma, comecei a preparar atempadamente as consultas, por exemplo ver no dia

anterior as marcações de consultas, as idades e informar-me com a enfermeira orientadora sobre questões familiares, para que pudesse estruturar de melhor forma a entrevista.

Tive ainda possibilidade de articular com a equipa multiprofissional situações que requeriam articulação com outros profissionais. Mostrei-me sempre disponível e dei resposta a pedidos de colaboração na gestão dos cuidados de saúde a utentes e famílias. Colaborei na gestão do processo de implementação/operacionalização da vacinação da gripe sazonal e vacinação covid-19.

Por último, tive ainda contacto com a grelha de avaliação do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), que segundo a Portaria nº 242/2011 de 21 de Junho, do Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2011) em Diário da República, 1.ª série — N.º 118, refere que a avaliação do desempenho dos enfermeiros integra-se no ciclo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e, tendo por referência padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem previamente definidos. Tem como base os seguintes parâmetros: objetivos individuais, estabelecidos em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica, avaliados com base em indicadores de medida previamente estabelecidos pelo conselho coordenador da avaliação; comportamentos profissionais, que visam avaliar capacidades técnicas e comportamentais adequadas ao exercício das funções do avaliado.

Tendo em conta que a enfermeira orientadora exerce funções de chefia na USF, foi-me possível contactar com a realização de horários, plano de férias e divulgação de circulares informativas e normas de trabalho.

- **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Segundo o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”.

Segundo, Fernandes e Vareta (2019) existem várias dificuldades numa prática de enfermagem que integre o pensamento reflexivo, nomeadamente, a limitação do tempo para realização de todas as intervenções do cuidar e a capacidade de cada um refletir sobre si e sobre a sua intervenção. De outra forma, os ganhos que sucedem são essenciais para o desenvolvimento profissional, pois constituem um meio de transformação do indivíduo e do contexto, através do seu potencial para ser um instrumento de capacitação e superação. Desta forma, é essencial a formação contínua.

Segundo a alínea a) do artigo 109º do CDE (Lei 156/2015) de 16 de setembro, o enfermeiro tem o dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que

mereçam mudança de atitude” e, de acordo com a alínea c) “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Em contexto clínico, é fundamental a interação do estudante sob a orientação de profissionais de forma a auxiliar e desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspetiva de construção da sua identidade profissional, através da mobilização dos conhecimentos.

Reconheço que a minha limitação no contexto dos cuidados de saúde primários enquanto enfermeira é o facto de trabalhar em cuidados geriátricos, e como tal não ter o mesmo nível de conhecimentos comparativamente às enfermeiras que trabalham nesta área há mais tempo, o que me conduziu a uma mudança de atitude. Fui à procura de conhecimento científico para as questões que tinha dúvidas, integrando formações externas online e questionando a equipa sempre que surgiam dúvidas ou dificuldades.

Procurei ter momentos de discussão com enfermeiros que detêm maior experiência e formação na área, o que me proporcionou momentos de grande aprendizagem, proporcionando a análise crítica e reflexiva, de forma a garantir a qualidade de cuidados prestados.

Sinto que, apesar de ter sido uma limitação, trabalhei para melhorar, e com a experiência e o investimento na aquisição de saberes foi-me possível aumentar os meus conhecimentos nas diferentes áreas.

Foi notório o respeito e reconhecimento entre os elementos da equipa e as funções que cada um desempenha, garantindo uma relação profissional sólida baseada na confiança, promovendo a manifestação de ideias e opiniões distintas tendo sempre como objetivo prestar cuidados de qualidade.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEESF é o enfermeiro que reúna competências especializadas comuns e as competências específicas a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar, de acordo com o regulamento da ordem dos enfermeiros n.º 428/2018, sendo elas:

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

- **Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, aos diferentes níveis de prevenção**

O descritivo de competência (OE, 2018) indica que o EE, “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo, e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições”. Neste caso, é possível identificar oito unidades de competência:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica;
- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar;
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

Para que o enfermeiro de família cuide da família enquanto unidade de cuidados, tem de desenvolver competências específicas como estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir as doenças e controlar situações complexas. O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, envolvendo um processo interpessoal e terapêutico. Neste contexto considero ter

desenvolvido relação terapêutica com utentes e famílias, nos diversos contextos de cuidados, nomeadamente com a família selecionada para realização do processo de enfermagem.

Tendo em consideração os níveis da prática em Enfermagem de Saúde Familiar de Friedemann (1998, citado por Hanson, 2005), o nível I aborda os cuidados de enfermagem de família concentrando-se na avaliação e nos cuidados a um cliente individual na qual a família é o contexto para o indivíduo como um recurso ou um fator de stress para a sua saúde e doença; o nível II que se centra na avaliação de todos os membros da família (alvo de cuidados) e onde o foco de atenção está em cada indivíduo; o nível III, em que o foco são os subsistemas familiares, trabalhando com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos; e o nível IV, em que o alvo é a família como sistema interativo, sendo o foco as dinâmicas internas da família, as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Deste modo, posso afirmar que na USF verifica-se um nível III de prática de enfermagem, em que o foco são os subsistemas familiares, integrando 2 ou mais elementos nas intervenções de enfermagem, no entanto também verifiquei que em certas situações como no caso dos cuidados domiciliários existe uma intervenção ao nível das dinâmicas internas da família tendo em conta a sua estrutura, relações e funcionamento das mesmas.

Para tal e, de forma obter os melhores resultados na intervenção familiar, é necessário realizar uma avaliação adequada à família. Existem vários instrumentos de avaliação familiar que fornecem informações relevantes, tendo em consideração uma colheita de dados completa e pertinente, realizada com o auxílio da família e outros meios disponíveis como o sistema de registo informático. Considero ser de maior importância a aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, uma vez que este nos orienta para a obtenção de informações em três dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da família. Este é um dos modelos mais bem aceites na comunidade de enfermagem e, considerado pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática clínica (OE, 2023).

Durante o estágio realizei a avaliação familiar através do MCAIF (Apêndice IV), em contexto de consulta do programa de saúde infantil, a uma família monoparental. A realização desta avaliação permitiu-me obter informações relativamente a problemas que até então ainda não tinham sido identificados. A família monoparental selecionada,

é composta pela mãe e dois filhos em idade infantil. O pai das crianças faleceu à cerca de 2 anos por diagnóstico clínico de melanoma, com uma evolução muito rápida. Senti ser uma situação complicada a abordar, visto ser um acontecimento relativamente recente e o facto de ainda haver uma situação de luto que estão a tramitar. Deste modo, em concordância com a mãe foi proposta a realização de 2 entrevistas, uma em domicílio e outra online.

Antes do contacto com as famílias, procurei recolher o máximo de informação possível, nomeadamente através da consulta dos processos clínicos. Este momento foi importante na medida em que me orientou em algumas questões, nomeadamente sobre experiências anteriores no âmbito de processos de saúde-doença com foco no impacto da saúde/doença na família.

O luto é uma resposta adaptativa a uma perda significativa. Este envolve um processo dinâmico de mudança a nível físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o vivencia (Barbosa 2016, citado por Sousa, 2019). Em regra, a perda de uma pessoa próxima, independentemente do motivo, é uma experiência traumática. Face a essa realidade, cada um sofre de forma particular (Fegg et al, 2013, citado por Sousa, 2019). Os profissionais não devem perder a oportunidade de intervir na família e facilitar-lhe os resultados positivos do luto, tais como o reforço/fortalecimento das relações (Sousa 2019).

Reconheço que a avaliação e intervenção familiar é um processo longo, e que tem de ser reavaliado e discutido com a família de forma sistemática ao longo do tempo, para avaliar o progresso da mesma, dar feedback, e compreender quais vão sendo os novos desafios que ela enfrenta.

Ao enfermeiro especialista compete ainda: monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, facilitar a resposta da família em situação de transição complexa.

Ao longo do seu ciclo vital, as famílias vivenciam situações complexas que exigem mudanças na sua dinâmica e/ou estrutura familiar. As etapas do ciclo vital descrevem a trajetória típica das famílias ao longo da vida, o que permite compreender que tipo de transições as pessoas estão a vivenciar, as transformações esperadas na família, na estrutura, assim como as tarefas correspondentes a cada etapa. É da competência do enfermeiro de família identificar os processos de transição das famílias e auxiliá-las durante os mesmos.

A transição de um período do ciclo vital para outro gera stress, ainda que esta transição seja esperada e normativa (Alarcão, 2000). Minuchin (1979), citado em Alarcão (2000), refere que existem quatro fontes de stress: quando um membro da família está em contacto com uma fonte de stress extrafamiliar, quando toda a família tem contacto com uma fonte de stress extrafamiliar, o stress relacionado com as fases de transição do ciclo vital e o stress causado por problemas particulares. A mesma autora refere ainda que existem crises naturais e acidentais no sistema familiar. As crises naturais são expectáveis e estão associadas às diferentes etapas do ciclo vital, designando-se também por normativas. As crises acidentais são inesperadas e estão relacionadas com as restantes fontes de stress mencionada

O enfermeiro especialista ao envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, numa situação de crise, identifica as necessidades da família e o ajuste da mesma face à situação de mudanças, avalia a sua resiliência e as suas forças individuais e em conjunto, assim como as suas relações afetivas.

Foi possível acompanhar algumas famílias em processo de crise normativa, como o caso do nascimento do primeiro filho, no qual foi possível intervir, por exemplo, no papel parental. O nascimento de um filho corresponde a uma transição do ciclo familiar, onde a díade se transforma em tríade, de forma permanente e onde o casal, agora pais, necessita de definir os papéis parentais e adaptar-se às responsabilidades (Figueiredo, 2012).

Durante a avaliação do processo familiar e durante as consultas na unidade conclui que existe uma grande complexidade de cada sistema familiar, associada à sua unicidade, tornando o contacto com cada família uma oportunidade única de aprendizagem. Cada família torna-se uma experiência enriquecedora, nomeadamente na avaliação da interação entre os seus elementos, aspeto fundamental na abordagem à família.

A criação de um ambiente solidário e seguro numa atitude de respeito e valorização pela história e perspetivas da família, com recurso a instrumentos de avaliação adaptados, demonstraram ser facilitadores para a relação terapêutica, nomeadamente para descobrir e descultar forças. A avaliação familiar deve evidenciar as suas forças e potenciais, requerendo uma abordagem colaborativa num processo de co-evolução processual (Figueiredo, 2012).

Após a avaliação, o enfermeiro intervém tendo em conta os diagnósticos de enfermagem selecionados durante a avaliação da família e, por fim, formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

A cada consulta foi-me possível fazer o registo dos dados colhidos acerca da família no programa SClinico, embora existam limitações do programa no âmbito de enfermagem de saúde familiar, foi possível preencher algumas das escalas existentes, nomeadamente, escala de Graffar, Ciclo de Duvall e Tipo de Família.

- **Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

De acordo o Regulamento n.º 428/2018, o enfermeiro de família articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Neste ponto é de referir duas unidades de competência:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

O enfermeiro de família apesar de ser um recurso necessário no acompanhamento da família, é o responsável por encaminhar a família para outros recursos que lhe possam trazer benefícios. Este tem um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem. Neste âmbito é fundamental a articulação com os várias unidades funcionais e serviços na comunidade no sentido da capacitação das famílias. É fundamental conhecer os recursos disponíveis bem como os meios para os ativar.

Desde o primeiro dia de ensino clínico que foi realizada a análise do contexto de forma a conhecer as especificidades da USF (estrutura física da unidade, missão, valores, a equipa multidisciplinar). Desta forma, consegui identificar os recursos disponíveis para encaminhamento de situações mais complexas. Exemplo disso foi uma situação de uma consulta de saúde juvenil, um rapaz de 14 anos apresentava alterações ao nível da coluna, com uma escoliose evidenciada e um desnível da bacia. Foi possível perceber na consulta que a mãe estava bastante assustada com a situação do filho, ao qual foi tranquilizada e explicada a necessidade de encaminhamento para um outro recurso, neste caso a consulta de desenvolvimento no CHO, realizada pelo médico de família. Para além desta referenciação foram feitos ensinamentos sobre a importância de exercício físico regular e de uma alimentação equilibrada.

Uma outra situação surgiu durante uma consulta de saúde infantil. Esta situação teve como figura principal uma criança de 5 anos, obesa, que durante a consulta ao ser

questionada acerca da sua alimentação (juntamente com a mãe) refere não ter hábito alimentares saudáveis. A mãe transmite iliteracia em relação às consequências da malnutrição e sedentarismo. Apesar de realizados ensinamentos e explicados os riscos à mãe e criança, esta foi referenciada para a equipa de nutrição do ACES. Nesta situação foi ainda feita intervenção ao nível familiar, neste caso com a mãe mas fazendo abordagem ao pai e irmão.

Nesta situação em específico, tal como outras que foram surgindo ao longo do estágio senti que a obesidade era uma situação complexa, pois deparei-me com muitas crianças acima do peso ideal para a idade. Também aliado o facto de os pais ou outros progenitores terem um grande impacto no desenvolvimento deste problema achei pertinente abordar esta temática. Assim, realizei pesquisa bibliográfica, e posteriormente uma revisão sistemática da literatura que abordo no capítulo 4.

Tive oportunidade de realizar cuidados domiciliários, e houve uma situação que me marcou neste EC. Uma senhora, cuidadora informal do marido que era utente paliativo a aguardar vaga em Unidade de Cuidados Paliativos. No entanto, este senhor já não reconhecia a esposa e estava dependente em todas as atividades de vida diárias. A esposa, não obtinha qualquer ajuda por parte dos filhos do senhor e evidenciando um grande desgaste físico e mental, apresentando períodos de labilidade emocional em praticamente todas as visitas domiciliárias. Desta forma, penso que através da teoria do Cuidar Baseado nas Forças (SBC) foi possível ajudar esta senhora ultrapassando esta fase menos boa por que estava a passar.

O SBC é uma abordagem de enfermagem desenvolvida por Gottlieb, que propõe que a enfermagem se foque nas forças da pessoa/família e as ajude a consolidar essas forças, mobilizando-as de forma a recuperar e a lidar com as situações porque estas passam para que possam retomar a sua vida.

Esta abordagem reside em descobrir e valorizar as forças humanas no meio de problemas e fraquezas, e como trabalhar com as forças para mitigar a vulnerabilidade, numa parceria colaborativa e de *empowerment*. Trata-se de atingir o equilíbrio vital entre as forças e fraquezas, pois estas coexistem e compreender como estas interagem para promover a saúde, a recuperação e a doença. O SBC “trabalha com o que está bem e a funcionar melhor” e vai ajudar a procurar e descobrir potencialidades, possibilidades e oportunidades, para ajudar as pessoas a gerir a sua doença e a lidar com os eventos de vida. Os enfermeiros e os profissionais de saúde estão incumbidos da responsabilidade de ajudarem os indivíduos a encontrarem as suas próprias forças, para

lidarem tanto com os desafios do quotidiano, como com as adversidades que ameaçam a sua integridade e as suas vidas (Gottlieb, 2016).

Estas situações permitiram-me ter uma visão mais ampla dos cuidados de saúde primários, da complexidade da sua gestão, da complexidade da abordagem à família e da importância do Enfermeiro de Família como profissional próximo e capacitado para a gestão dos problemas da família através da intervenção e referenciação para outros profissionais.

A outra unidade de competência refere que o enfermeiro especialista gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, sendo que os critérios de avaliação fazem referencia a: promover e dar visibilidade da enfermagem de saúde familiar através das tecnologias, ao desenvolvimento e avaliação de programas de saúde familiar, ao desenvolvimento de políticas sociais e à melhoria dos resultados em enfermagem e saúde familiar.

Durante a minha prática tive a perceção de que o enfermeiro de família é visto como fundamental na USF pelos trabalhadores das várias disciplinas, no entanto, no decorrer na especialidade vejo que em termos de indicadores estes não estão adequados àquilo que é suposto ser o enfermeiro de família mas sim à quantidade de consultas e objetivos propostos a serem realizados. Sinto que os tempos de consulta são muito curtos para conseguirmos atingir os indicadores e fazer uma consulta de enfermeiro de família, em que deveríamos fazer a avaliação da família de forma a intervir nos diferentes níveis de prevenção. No entanto, consegui intervir de forma autónoma nos diferentes níveis de prevenção no cuidado ao utente e família.

Utilizei e explorei os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, nomeadamente o SClínico.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

No contexto da enfermagem, a investigação assume extrema importância, uma vez que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível das intervenções de enfermagem.

Nas competências comuns no EE está estabelecida a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem, devendo basear a sua práxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). Já nas competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde comunitária na área de saúde familiar, este promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais e integra a investigação e a evidência clínica no planeamento e intervenções dos cuidados de enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

Segundo Pearson et al, 2012, citado por Apóstolo, 2017, a melhor prática é uma característica central de todos os serviços de saúde com base em evidências. É importante basear as políticas de saúde e práticas de cuidados de saúde na melhor evidência internacional disponível e traduzir o conhecimento ou evidência em ação (Pearson et al., 2012).

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é uma tentativa de integrar os dados empíricos, provenientes dos estudos primários, com a finalidade de descobrir a evidência internacional e produzir declarações que devem orientar a tomada de decisões clínicas (Higgins & Green, 2011 e JBI, 2014a, citado por Apóstolo, 2017). Assim, para qualquer RSL devem seguir-se os pontos seguintes: formular uma pergunta de revisão; definir critérios de inclusão e exclusão; localizar os estudos; selecionar os estudos; avaliar a qualidade metodológica dos estudos; extrair os dados; analisar/resumir e sintetizar os resultados relevantes; apresentar os resultados; interpretar os resultados e determinar a aplicabilidade dos resultados (JBI, 2014a, citado por Apostolo, 2017).

Neste contexto, seguindo o propósito de uma prática especializada baseada na evidência, com desenvolvimento de competências na área de investigação, identifiquei como uma temática de interesse a obesidade infantil, pois durante a prática clínica verifiquei a existência de várias crianças com excesso de peso/obesidade infantil e a falta de literacia dos pais em relação a esta temática. Desta forma, procuro abordar o

papel do enfermeiro de família, na prevenção desta problemática, em crianças que frequentam a consulta em CSP.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: EXCESSO DE PESO E OBESIDADE INFANTIL

A World Health Organization (WHO), 2023, define excesso de peso e obesidade como a acumulação anormal ou excessiva de gordura no organismo, representando um risco para a saúde. Resulta de um desequilíbrio entre as calorias ingeridas, através dos alimentos, e a quantidade de calorias gastas com exercício físico ou atividades quotidianas (Direção Geral de Saúde (DGS), 2023)

O diagnóstico da obesidade é habitualmente medido e classificado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) obtido, dividindo o peso pelo quadrado da estatura ($IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$). Em Portugal, adotaram-se as curvas de padrão de crescimento preconizadas pela OMS, onde podemos considerar:

- baixo peso: $IMC < \text{Percentil 5}$ para a idade e sexo;
- peso normal: IMC entre Percentil 5 e Percentil 85 para a idade e sexo;
- excesso de peso: IMC acima Percentil 85 até Percentil 95 para a idade e sexo;
- obesidade: IMC maior que Percentil 95 para a idade e sexo;
- obesidade grave: (classe II ou III): $IMC \geq 35 \text{ Kg/m}^2$ (DGS, 2023).

A nível global, a prevalência de crianças e adolescentes entre os 5 e os 19 anos, com IMC acima dos 25 aumentou de 4% em 1975, para 18% em 2016 (WHO, 2023). Em Portugal, em 2022 a percentagem de crianças com excesso de peso era de 31,9% e de obesidade de 13,5% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2023)

A malnutrição em todas as suas formas (alimentação inadequada, excesso de peso e obesidade) é o principal fator de risco para carga de doenças em Portugal. A alimentação inadequada contribuiu para 7,3% dos anos de DALYs (Disability-adjusted life years-anos de vida perdidos por incapacidade) e para 11,4% da mortalidade no ano 2019 (DGS, 2022).

A principal causa da obesidade e do excesso de peso está relacionada com o desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas. Normalmente existe um aumento da ingestão de alimentos ricos em energia e ricos em gorduras e açúcares e um aumento da inatividade física (WHO, 2021).

As alterações nos padrões alimentares e de atividade física resultam frequentemente de mudanças ambientais e sociais associadas ao desenvolvimento e à falta de políticas

de apoio em setores como saúde, agricultura, transporte, processamento de alimentos, distribuição, marketing, educação etc...(WHO, 2021)

Para além destes fatores, também a genética, por predisposição familiar, os distúrbios hormonais e a toma de alguns medicamentos como corticoides estão associados ao aumento de peso (DGS, 2023).

Segundo a DGS, 2023, as principais consequências da malnutrição, a curto e longo prazo, são o desenvolvimento de diferentes doenças:

- Doenças cardiovasculares: como a hipertensão, dislipidemia ou doença aterosclerótica prematura;
- Doenças respiratórias: asma, apneia obstrutiva do sono;
- Doenças ortopédicas: como problemas articulares ou deformidades;
- Disfunções endócrinas: como diabetes, síndrome do ovário poliquístico ou excesso de hormonas masculinas (hiperandrogenismo);
- Doença do fígado gordo não alcoólica: esteatose hepática não-alcoólica, devido à acumulação de gordura;
- Alterações dermatológicas como estrias ou furúnculos.

Apesar do impacto negativo na saúde, a obesidade é muitas vezes fator de desenvolvimento de problemas psicossociais, como o *bullying*, baixa autoestima, ansiedade, isolamento social, depressão ou distúrbios alimentares.

Em Portugal, e segundo a estudos COSI 2022, entre a primeira (2008) e a quinta (2019) ronda o estudo houve uma tendência ligeiramente invertida na prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade). No entanto, de 2019 para 2022 essa tendência alterou-se, sendo possível constatar um aumento de 2,2 pontos percentuais na prevalência de excesso de peso infantil (29,7% para 31,9%), como se pode verificar na figura 4. Relativamente à prevalência de obesidade, verificou-se igualmente um aumento de 11,9% em 2019 para 13,5% em 2022 (mais 1,6 pontos percentuais). Durante estes 2 anos, Portugal e o resto do mundo esteve sobre o período pandémico que resultou em medidas de isolamento social, fecho de escolas, espaços livres, de lazer, etc. Durante o período da **Pandemia Covid-19**, verificou-se um aumento de casos de crianças com excesso de peso.

Também em países como China, Estados Unidos e Grécia, foi possível comprovar o aumento da obesidade infantil, comparando o período pré pandémico com o período pandémico. Por exemplo, a China, foi o primeiro país a implementar medidas de isolamento restritas como estratégia para eliminação da transmissão do vírus. O índice

da obesidade aumentou de 10,5% para 12,6% em crianças durante o isolamento (Santos et al., 2021)

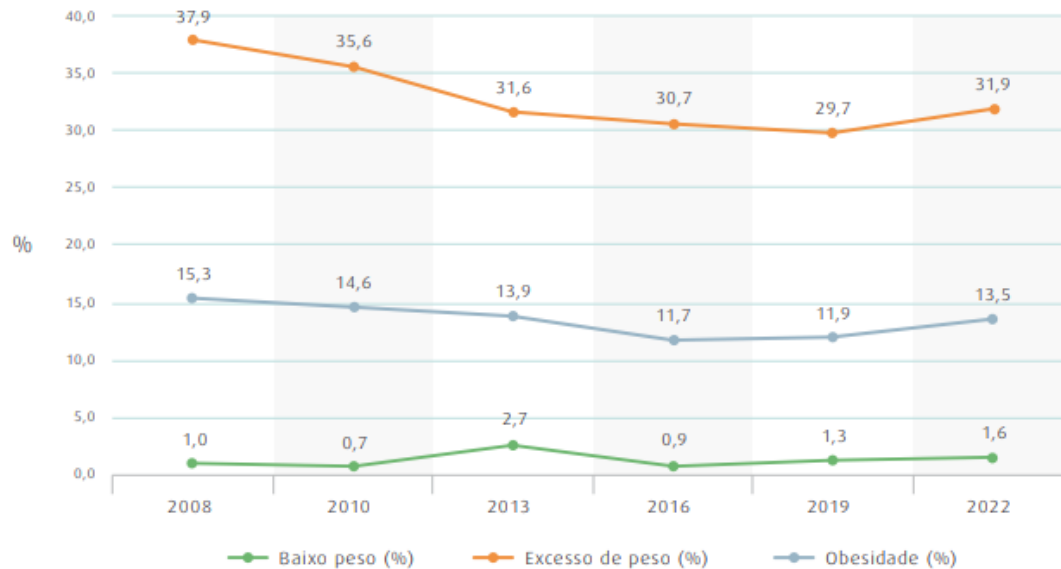


Figura 4 - Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) nas diferentes rondas COSI Portugal (2008 a 2022) (INSA, 2023).

Estes 3 anos de pandemia resultou em profundas mudanças no modo de vida da sociedade, tendo impacto significativo nas crianças, destacando o problema da obesidade infantil. Durante este período, o isolamento social e as mudanças nos hábitos de vida podem ter influenciado o aumento do índice de obesidade em crianças e adolescentes, bem como no aparecimento de sintomas, tais como o aumento de peso, aumento nos níveis de colesterol e glicose (Silva, et al. 2023).

Para Santos et al. 2021, o isolamento levou ao desequilíbrio do peso, e a um contexto de vida stressante, contribuindo a que as crianças se alimentassem com produtos de baixa qualidade, aumentando o índice de obesidade infantil. O consumo foi direcionado para os alimentos mais calóricos, além da diminuição da atividade física.

Segundo Kim, et. al, 2021, a atividade física diminuiu drasticamente, enquanto os hábitos alimentares permaneceram inalterados ou não conseguiram compensar a inatividade física. Com o fecho das escolas verificou-se a redução da atividade física e consequentes aumentos notórios no peso corporal, IMC e resultados laboratoriais relacionados a doenças metabólicas, como AST, ALT, triglicérideos e LDL.

Em Portugal, verificou-se durante a pandemia um maior consumo de snacks doces (20%) e snacks salgados (14.4%) pelas crianças, no entanto houve um decréscimo do consumo de refrigerantes açucarados relativamente ao período pré pandémico (13.7%). No que diz respeito aos comportamentos sedentários, 49% das crianças aumentaram o tempo a ver televisão, utilização de redes sociais, jogos de computador, etc. (INSA, 2023).

O estudo realizado por Santos et. al, 2021, mostrou que o confinamento também proporcionou uma maior ingestão de alimentos tidos como não saudáveis, como batatas fritas, carnes vermelhas em excesso e bebidas açucaradas. Também foi notória a redução do tempo gasto com as atividades desportivas e o aumento do tempo com ecrãs.

Com o aumento de tempo despendido pelas crianças com as tecnologias, é mais facilitador para o **marketing alimentar digital** chegar ao seu publico alvo, as crianças. O consecutivo avanço tecnológico favoreceu o aumento do tempo em que as crianças passam em contato com as telas, aumentando o investimento em propagandas do marketing alimentar (Lima et al., 2023).

Segundo a DGS, 2023, a evidência científica revela que é muito frequente a exposição das crianças ao marketing alimentar, especialmente a alimentos não saudáveis, influenciando as preferências e hábitos alimentares das crianças e jovens.

De acordo com a American Marketing Association, a empresa interliga os seus interesses aos desejos do consumidor, fazendo com que a população insira os produtos nos seus hábitos alimentares, aumentando o seu consumo. Ao colocar como alvo as crianças, o marketing alimentar está relacionado com o excesso de peso e obesidade, utilizando estratégias lúdicas que despertam nas crianças o desejo de consumir alimentos que, na sua grande maioria, são processados e ultra processados (Lima et al., 2023)

O marketing alimentar digital tem tido um crescente desenvolvimento, utilizando estratégias cada vez mais persuasivas. Desta forma, tem havido uma maior atenção por parte das políticas de saúde. Portugal, introduziu em 2019 um conjunto de restrições no que diz respeito à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos, que consta na Lei nº 30/2019, 23 de abril (DGS, 2023).

No entanto, após a introdução destas restrições é possível perceber que de acordo com o estudo piloto da ferramenta CLICK da Organização Mundial de Saúde Europa, as crianças entre os 3 e os 16 anos estão expostas a múltiplos anúncios publicitários em diferentes plataformas sociais (por tablet ou smartphone), sendo que 1 em cada 12

anúncios se referiam a alimentos e bebidas e destes, cerca de 80% eram de alimentos não saudáveis, não cumprindo os critérios de perfil nutricional definidos pelo Despacho nº7450-A/2019 publicados na Lei nº30/2019 (DGS, 2023).

Sendo o ambiente familiar um elemento-chave para a promoção e manutenção de comportamentos associados a um estilo de vida saudável (Mahmood, 2021), é importante abordar o **papel da família** na prevenção do excesso de peso infantil.

O Programa de Saúde Infantil e Juvenil, da DGS (2013) apresenta como aspetos prioritários o “reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados”, uma vez que a família constitui o principal ambiente de aprendizagem para as crianças. Desta forma, melhorar os resultados das intervenções preventivas implica que estas sejam sensíveis e adequadas à população-alvo.

Vários fatores parentais influenciam os hábitos alimentares de uma criança e interagem reciprocamente, por isso não podem ser considerados em separado. O ambiente familiar que envolve a criança tem um papel fundamental no estabelecimento e promoção de comportamentos que a irá acompanhar ao longo da vida (Mahmood, 2021)

Neste sentido, é essencial que sejam implementadas medidas com objetivo de prevenir a obesidade nas crianças. Estas medidas podem ser iniciadas ainda na vida intra uterina, a partir da promoção da saúde da gestante, identificando os fatores de risco para a sua saúde e da criança, orientando para hábitos de vida saudáveis (Noletto e Silva, 2022).

De acordo com Penedo et al., 2023, o aleitamento materno é importante para o desenvolvimento adequado dos recém-nascidos a curto e longo prazo, por isso é fundamental que seja ofertado desde o nascimento até o primeiro semestre de vida. O aleitamento materno exclusivo tem um fator de proteção contra a obesidade infantil, sendo importante mantê-lo em exclusivo até os seis meses. Um estudo nos EUA com mais de 800 crianças, confirma a relação do aleitamento materno até os seis meses de idade associada a um menor índice de massa corporal, menor espessura de dobras cutâneas e menor probabilidade de obesidade nas crianças com menos de três anos.

Os primeiros anos de vida são essenciais na orientação da alimentação adequada e específica. Desta forma, é necessário que a família, a escola e a comunidade como um todo, estejam interligadas nas mesmas orientações de forma a melhorar a saúde da população infantil (Noletto e Silva, 2022).

Segundo Tosatti et al., 2012, é importante a realização de refeições em família, pois promove efeitos benéficos no seio familiar e previne alterações comportamentais e nutricionais. Estas experiências fortalecem o vínculo familiar, autorregulação do

apetite e favorece um IMC adequado. É importante ressaltar que utilizar estratégias como o horário das refeições em família definido, facilita a efetividade da intervenção porém, pode tornar-se um desafio devido às rotinas familiares atuais.

Outro aspeto fundamental prende-se com o facto de os pais evitarem pressões ou restrições excessivas, uma vez que podem criar um impacto social e negativo afetando a aceitação do alimento pelas crianças. Em vez disso, os pais devem incentivar os seus filhos a optar por alimentos saudáveis. Isto pode ser conseguido através de uma modelação social positiva e ativa, bem como de restrições moderadas (Mahmood, 2021).

Assim, é importante que sejam realizadas intervenções psicoeducativas nas crianças/pais focadas no ensino, no aconselhamento, no incentivo à adoção de comportamentos saudáveis, no esclarecimento de dúvidas às crianças, adolescentes e pais, além de especial atenção às interações com a comunidade no desenvolvimento de parcerias, visitas domiciliares e atividades ao ar livre. Neste sentido, podemos focar-nos nos **cuidados de enfermagem**. Os enfermeiros deverão ter capacidade de detetar problemas, interromper trajetórias de desenvolvimento negativo, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e melhorar a inclusão social com fortalecimento da participação da comunidade (Silva, et al, 2020).

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023, o enfermeiro de família concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Toma-se como cliente a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade. Este, contribui na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, acompanhando, também, a pessoa e a sua família no processo de gestão da doença crónica, da deteção precoce de doenças não transmissíveis e da visitação domiciliária, entre outras atividades (Silva, et al, 2020).

Em Portugal existe uma notável resposta e ação no âmbito do combate à obesidade infantil, através do Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) 2022-2030 a dar continuidade ao trabalho iniciado no ano de 2012, promovendo a saúde da população, prevenindo e controlando todas as formas de malnutrição, através de um conjunto concertado e integrado de ações, ao nível dos ambientes alimentares, a nível individual e a nível dos cuidados de saúde

O foco do PNPAS tem sido a prevenção, sendo os CSP essenciais na temática da malnutrição. No entanto, o aumento de casos na população portuguesa obriga a uma

intervenção imediata e mais abrangente sobre os serviços de saúde, assegurando mais respostas, de maior qualidade, capacitando uma resposta integrada nos seus diferentes atores (DGS, 2022).

Por último, visto que atualmente as respostas estruturadas dos serviços de saúde para o tratamento da obesidade têm sido essencialmente asseguradas pelos Cuidados Hospitalares e dirigidas para fases mais avançadas da doença e, tendo em conta a complexidade da obesidade e do seu tratamento, reconhece-se que a efetividade da intervenção será maior quanto mais precocemente for iniciada. Assim, o Despacho n.º 12634/2023 define a implementação de um novo modelo de cuidados específicos para a pessoa com pré-obesidade ou obesidade - O Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade, no âmbito de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários - nomeadamente nas ações de promoção e vigilância da saúde em particular, neste caso: na implementação de ações de prevenção da obesidade no âmbito das ações de Saúde Escolar.

4.2. METODOLOGIA

Uma revisão de literatura tem como principal objetivo resumir o estado da arte sobre determinado assunto, fenómeno ou campo de interesse. Poderão ser utilizadas várias metodologias dependendo da questão de investigação, das metas atingir, do campo de pesquisa, do tempo disponível e do grau de profundidade que se pretende com a mesma. Quanto ao tipo de revisão de literatura esta pode ser sistemática, narrativa, integrativa, de scoping, ou de metanálise, metassíntese metassummarização (Vilelas, 2020).

As revisões sistemáticas, segundo Vilelas, 2020, são importantes para integrar as informações de um conjunto de estudos publicados, realizados separadamente, de determinado fenómeno de investigação, aqueles com melhor qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática.

Existem vários tipos de RSL, segundo o Joanna Briggs Institute (JBI) (citado por Vilelas, 2020) estas podem ser: de evidência de significado, de prevalência e incidência, de precisão de teste de diagnóstico, métodos mistos revisões de revisões e de scoping. Para o mesmo autor uma RSL responde a uma questão de investigação bem definida, metodologicamente abrangente, transparente e replicável. A mesma deve conter apenas uma questão de partida que deverá conter o acrónimo /mnemónica (PI(C)OS ou PICOD ou PIO ou PICo), atendendo ao tipo de revisão que se pretende fazer.

O protocolo de revisão sistemática segundo Vilelas (2020) é constituído por nove etapas:

1. Definir a questão PI(C)OS/ PICO/ PIO e os objetivos;
2. Elaborar os critérios de elegibilidade, estabelecendo o tipo de estudos, de participantes, de intervenções e resultados a serem examinados;
3. Executar uma pesquisa global de todas as fontes relevantes para os estudos potencialmente elegíveis;
4. Examinar os estudos para decidir da sua elegibilidade, sempre que possível utilizando dois revisores independentes;
5. Desenhar uma tabela para descrever as características dos estudos que foram incluídos;
6. Apreciar a qualidade metodológica dos estudos, sempre que possível utilizando dois revisores independentes;
7. Extrair os dados;
8. Analisar os resultados dos estudos, utilizando a síntese estatística dos dados (metanálise), se apropriado;
9. Preparar um relatório da revisão, estabelecendo objetivos, recursos, métodos, e descrevendo os resultados e conclusões a publicar.

Para elencar a temática escolhida recorri a uma revisão sistemática de literatura de RSL de evidência de eficácia com a metodologia: PICOD (População, Intervenção, Comparador (se for caso disso), Resultado (Outcome)).

- **Título**

O título é um elemento essencial no processo da RSL, no entanto tem de ser bem articulado definindo o âmbito da revisão, de forma a auxiliar no desenvolvimento da estratégia de pesquisa com o intuito de localizar a evidência relevante (Apóstolo, 2019). O título selecionado para a RSL é: “O papel do Enfermeiro de Família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários”.

- **Questão de Investigação**

A questão de norteadora da investigação é: “Qual é o papel do Enfermeiro de Família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários?”.

- **Objetivos**

- Identificar as intervenções do enfermeiro de família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários;
- Avaliar a eficácia das intervenções do enfermeiro de família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários.

- **Mnemónica**

A mnemónica definida foi a PICOD (**P**opulação, **I**ntervenção, **C**omparador (se for caso disso), **R**esultado (**O**utcome) e a eficácia procurada.

Quadro 2 - Mnemónica PICOD

Questão: PICOD		
P	População	Crianças com excesso de peso
I	Intervenção	Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção do excesso peso em crianças
C	Comparador	Não existe
O	Resultados	Eficácia das intervenções na prevenção do excesso peso em crianças

- **Palavras chave**

Podemos considerar como um termo simples ou uma expressão composta escolhida pelo próprio pesquisador no momento da busca (e pelos autores no momento da submissão do artigo à revista) para definir os assuntos abordados na procura e facilitar a sua pesquisa. As palavras chave referentes à nossa RSL são: Enfermagem, Cuidados de Saúde Primários, Excesso de Peso, Criança e Prevenção.

- **Descritores DeCS, MeSH e Motores Booleanos**

Os descritores devem ser avaliados quanto há sua existência nas bases de dados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou no Medical Subject Headings (MeSH). As

palavras chave a utilizar na pesquisa foram definidas conforme a questão de investigação e validadas como descritores.

Quadro 3 - Descritores, DeCS, MeSH e Motores Booleanos

Palavras Chave	Keywords	DeCS	MeSH	Motores Booleanos
Enfermagem	<i>Nurse</i>	Enfermagem	<i>Nurs*</i>	AND
Cuidados de Saúde Primários	<i>Primary health care</i>	Cuidados Saúde Primários; Atenção primária à saúde	<i>Primary health care</i>	AND
Excesso de Peso	<i>overweight</i>	Excesso peso	<i>Overweight</i>	AND
Criança	<i>child</i>	Criança	<i>Child*</i>	AND
Prevenção	<i>prevention</i>	prevenção	<i>Prevention</i>	AND

Nota: o * na palavra *nurse* e *child* corresponde a uma palavra truncuntada, por forma a abranger todas as palavra começadas por *nurs** e *child**.

- **Crítérios de inclusão e exclusão**

Quadro 4 - Crítérios de inclusão e exclusão de artigos

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Estudos publicados entre 2018 e 2024	Duplicação de artigos
Estudos que identifiquem a intervenção dos enfermeiros de Saúde familiar na prevenção do excesso de peso na criança	Todos os artigos que não se enquadrem nos critérios de inclusão
Idiomas: português, inglês ou espanhol;	
Tecto completo em pdf	
Texto com resumo disponível	

- **Limitadores da pesquisa**

Quadro 5 - Limitadores e Expansores de pesquisa de artigos

Base de Dados	Limitadores/Expansores
MEDLINE	Data de publicação até 5 anos Texto integral Resumo disponível
CINHAL	Data de publicação até 5 anos Texto integral Resumo disponível
B-ON	Data de publicação até 5 anos Texto integral Idioma: inglês, português e espanhol AB Resumo
PUBMED	Data de publicação até 5 anos Texto integral Resumo disponível
Scielo	Data de publicação até 5 anos Texto integral

Tendo por base os critérios estabelecidos procedeu-se à seleção dos artigos através do diagrama Preferred Reporting Items for Sysrematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA), que possibilita a identificação, análise, elegibilidade e inclusão dos estudos incluídos na revisão, apresentado na figura seguinte:

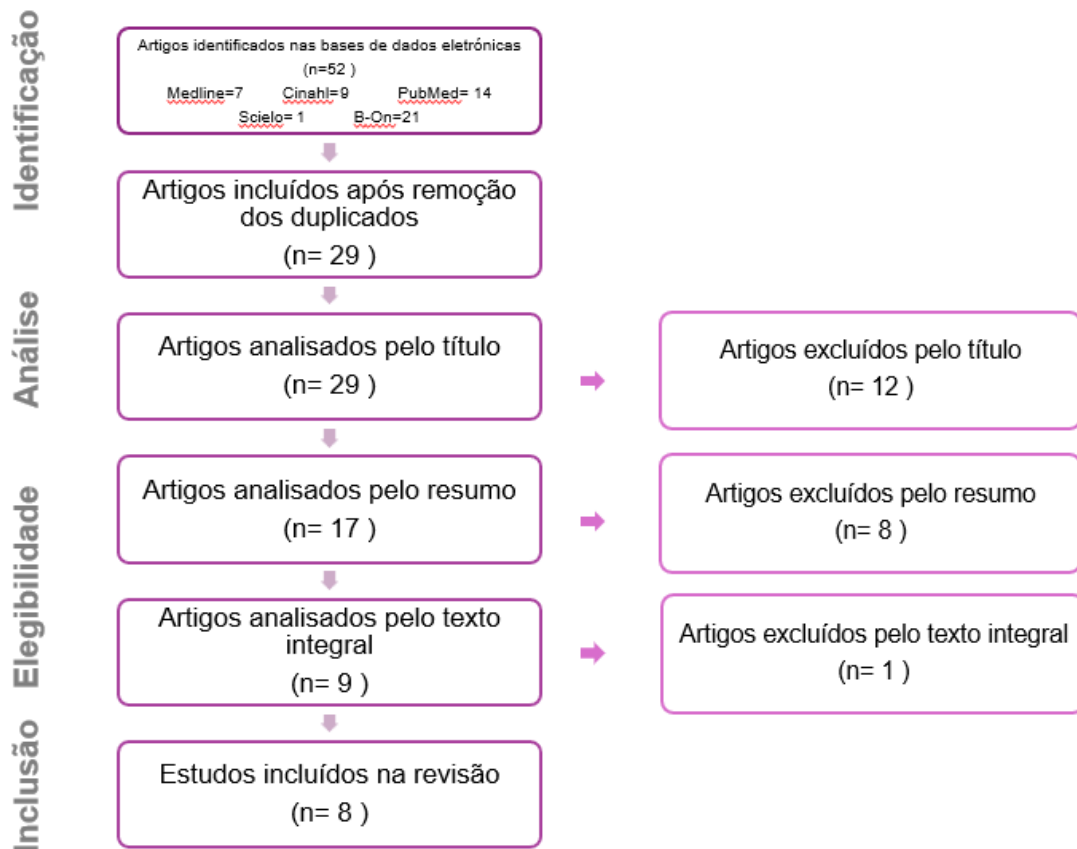


Figura 5 - Diagrama PRISMA

A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitava dúvidas, do texto integral, com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente foram identificados 52 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais 23 se encontrava duplicados, 12 foram excluídos pelo título, 8 pela leitura do resumo e 1 foram rejeitados pela leitura integral do texto, uma vez que era um protocolo de estudo com interesse, mas ainda sem resultados. Sintetizando, foram incluídos nesta revisão sistemática de literatura oito artigos que satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

4.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma fácil compreensão e análise dos artigos incluídos na revisão, a colheita de dados será sistematizada sob a forma de quadro. A extração dos estudos apresentados nos quadros seguintes é norteado conforme as orientações de JBI considerando: o título, autores, ano e país onde foi publicado o estudo, a metodologia, participantes, análise de dados, conclusões do autor e do revisor.

Quadro 6 - Análise de artigos

Artigo	Título, Ano publicação, País	Autor(es)	Tipo de estudo	População	Objetivos	Resultados
1	Management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses: a mixed-method study, 2022, Brasil	Oliveira, R., Souto, R., Santos, J., Reichert, A., Ramalho, E. Collet, N.	Método misto paralelo convergente	98 enfermeiros	Analisar o gestão do excesso de peso e da obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família	A maioria dos enfermeiros raramente verificava o perímetro abdominal (77,6%), dislipidemia (55,7%), glicemia (42,3%) e a pressão arterial (75,3%). Nos resultados qualitativos, identificamos que há enfermeiros que não classificavam o índice de massa corporal segundo sexo e idade. As orientações sobre atividade física e alimentação foram dadas de forma básica ou atribuídas a outros profissionais
2	Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them, 2020, Austrália	Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., Denney-Wilson, E.	Método misto	126 enfermeiros	Analisar os fatores que influenciam as práticas de prevenção da obesidade infantil de e identificar oportunidades para apoiá-los na promoção do crescimento infantil saudável.	Embora os enfermeiros pesassem e medissem as crianças, nem sempre usavam gráficos de crescimento para identificar o risco de se tornarem obesas ou com excesso de peso. Os enfermeiros identificaram várias barreiras incluindo: a limitação do reconhecimento por parte parental do excesso de peso nos filhos, a falta de motivação para mudar a dieta ou estilo de vida, os fatores socioeconômicos e as crenças e atitudes sobre o peso infantil e a importância da atividade física na família.
3	Child-Centred Health Dialogue for primary prevention of obesity in Child Health Services – a feasibility study, 2021, Suécia	Derwig, M., Tiberg, I., Björk, J., Hallström, I.	estudo de viabilidade quase-experimental não aleatorizado	203 crianças participaram no Diálogo de Saúde Centrada na Criança, e 582 crianças receberam cuidados habituais	Analisar um modelo de Diálogo de Saúde Centrada na Criança para prevenção primária da obesidade em crianças de 4 anos em Serviços de Saúde Infantil.	Um ano após a intervenção, ao comparar o grupo de controlo com o grupo de intervenção, houve menos crianças a desenvolver excesso de peso no grupo de intervenção, sendo que nenhuma desenvolveu obesidade.

4	The effectiveness of nurse-led interventions to prevent childhood and adolescent overweight and obesity: A systematic review of randomised trial, 2021, Austrália	Whitehead, L., Kabdebo, I., Dunham, M., Quinn, R., Hummelshoj, J., George, C., Denney, W. E.	Qualitativa	26 estudos	Determinar a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção do excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes.	A maioria dos estudos não determinou que as intervenções lideradas por enfermeiros sejam mais eficazes do que o(s) seu(s) comparador(es) na prevenção do sobrepeso e da obesidade na infância e na adolescência.
5	Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study, 2021, Noruega	Westergren, T., Fegran, L., Jørstad Antonsen, A., Timenes Mikkelsen, H., Hennig, C. B., Stamnes Köpp, U. M.	Método misto	676 crianças com 2, 4 ou 6 anos	Avaliar o impacto do módulo "The First Steps" nos cuidados de saúde primários, incluindo a avaliação antropométrica da altura/peso e dieta, seguido de aconselhamento parental de hábitos na prevenção de excesso de peso e obesidade em crianças de 2 a 7 anos.	O z-score médio do IMC diminuiu em crianças com excesso de peso durante os 2 anos após o início do módulo "The First Steps"
6	The Healthy Homes/Healthy Kids 5-10 Obesity Prevention Trial: 12 and 24-month outcomes, 2019, EUA	Sherwood, N. E., Levy, R. L., Seburg, E. M., Crain, A. L., Langer, S. L., JaKa, M. M., Kunin-Batson, A., Jeffery, R. W	Ensaio clínico randomizado e controlado	Crianças de 5 a 10 anos com IMC entre o percentil 70 e 95 e os seus pais. 212 no grupo de intervenção e 209 do grupo de controlo	Avaliar a eficácia do aconselhamento de prestadores de cuidados primários pediátricos por orientação telefónica direcionada aos pais na prevenção da obesidade.	A intervenção teve impacto positivo na redução do índice de massa corporal e na promoção de comportamentos saudáveis.
7	Childhood Obesity: Improving Outcomes Through Primary Care-Based Interventions, 2021, EUA	Henderson, N. N.	Qualitativa - RSL	9 estudos	Fornecer às enfermeiras intervenções eficazes e baseadas em evidências que sejam viáveis de serem incorporadas na prática clínica no nível dos cuidados primários.	A identificação precoce, a implementação de intervenções contra a obesidade, o incentivo às famílias e o apoio e aconselhamento promoveu mudanças no estilo de vida saudável, prevenindo comorbilidades e reduzindo as complicações a longo prazo do excesso de peso e da obesidade infantil.
8	Evaluation of Adherence to Childhood Obesity Guidelines and the Use of a Screening Tool in the Primary Care Setting, 2023, EUA	Harding, S.	Quantitativa	6 médicos e 2 enfermeiros	Implementar e avaliar uma ferramenta de triagem para obesidade infantil com o objetivo de melhorar a adesão à triagem de crianças em risco de excesso de peso/obesidade.	O estudo concluiu com significância estatística ($p \leq 0,05$) que a ferramenta de triagem aumentou a forma de identificação de crianças em risco, documentadas durante as visitas.

Os enfermeiros que contactam frequentemente com pais, crianças ou adolescentes num ambiente escolar, comunitário ou clínico são de especial interesse na prevenção de excesso de peso em crianças, uma vez que fornecem cuidados ao longo da vida, podendo intervir desde o nascimento até à adolescência (Whitehead, et al, 2020).

Podem existir algumas barreiras no papel do enfermeiro na prevenção do excesso de peso. O facto dos enfermeiros não se sentirem confortáveis na abordagem do tema, a falta de motivação e de tempo pode dificultar as práticas de avaliação e aconselhamento de melhores hábitos, a falta de acesso a serviços e respetivo encaminhamento de casos de crianças com excesso de peso, são algumas das barreiras que põem em causa as intervenções nesta problemática (Harding, 2023). Oliveira et al., 2022, referiu fragilidades no conhecimento e na prática clínica de enfermagem durante a sua pesquisa.

Também a nível familiar podem existir barreiras para a intervenção o enfermeiro, nomeadamente a falta de interesse por parte dos familiares em discutir questões relacionadas com o peso da criança (Harding, 2023; Cheng et al, 2020), falta de motivação da família para mudança de estilos de vida, falta de preocupação ou ação em relação ao peso da criança, a falta de prioridade atribuída ao problema e a não consideração dos conselhos transmitidos pelos profissionais (Cheng et al, 2020).

Para Westergren et al, 2023, acompanhar crianças em que as composições familiares e cultura são diferentes, torna dificultador, nomeadamente em pais divorciados, referindo um maior desacordo, uma vez que a continuidade de cuidados era, por vezes, um desafio. A nível cultural e de acordo com Cheng et al, 2020, os pais acreditam que uma criança com excesso de peso tem um tamanho “normal”, é uma norma familiar ou indicativo de saúde ou riqueza. O impacto de fatores socioeconómicos, como o custo de alimentos saudáveis nas decisões alimentares, também foi uma das barreiras atribuídas pelos enfermeiros aquando a entrevista a famílias (Cheng et al, 2020).

Para superar estas barreiras, é imprescindível que os enfermeiros estejam bem informados sobre as diretrizes atuais, sobre as estratégias de prevenção de excesso de peso, e que tenham acesso a ferramentas e recursos que os ajudem a integrar essas diretrizes na sua prática (Kahan, 2018, citado por Harding, 2023).

Sherwood et al, 2019, avaliou crianças entre os 5 e os 10 anos em ambiente de CSP. A intervenção foi baseada em teorias cognitivas sociais e de motivação, incluindo o uso de entrevistas motivacionais, resultando num impacto positivo na redução do IMC e na promoção de comportamentos saudáveis, como o aumento da atividade física e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Além disso, a intervenção ajudou a melhorar a autoeficácia e a adesão

ao tratamento. Este estudo permitiu destacar a importância de abordagens baseadas em teorias comportamentais para prevenir a obesidade infantil e ressaltar a eficácia das intervenções realizadas em ambientes de cuidados primários.

Henderson, 2021, procurou responder à pergunta sobre quais as intervenções em cuidados primários que podem afetar o IMC em crianças, com excesso de peso ou obesidade, até aos 6 meses. Dos resultados, foi possível concluir que intervenções personalizadas, mensagens de texto, educação e tecnologia de baixo custo favorecem a diminuição de IMC nestas crianças. Além disso, este autor também conclui que é favorável a abordagem preventiva, de avaliação e tratamento, com ênfase na capacitação dos pais para esta problemática.

O estudo de Harding, 2023, foca a necessidade de uma ferramenta de triagem como intervenção significativa, no ambiente de cuidados de saúde primários, como forma de prevenir o excesso de peso. Com crianças entre os 5 e 17 anos esta ferramenta foca-se na documentação do IMC, atividade física e aconselhamento/educação por parte dos enfermeiros/provedores de CSP. Para além disso, avalia a ingestão nutricional, tempo de sedentarismo e uso de telas ou leitura.

Tal como Sherwood et al. (2019), este autor discute a importância das intervenções comportamentais que podem melhorar a perda de peso em crianças a partir dos 6 anos de idade. Ainda assim reforça que a educação das crianças sobre promoção da saúde para manter um peso saudável e a deteção precoce são importantes neste processo, concluindo assim que aumentou a forma de identificação de crianças em risco, documentadas durante as consultas nos cuidados primários. No entanto, alguns provedores expressaram dificuldades em identificar crianças com excesso de peso ou obesidade devido a limitações de tempo e recursos.

Outro método utilizado foi o método "*The First Steps*", implementado por Westergren et al., 2021, na Noruega, em que aborda a implementação do método em crianças de 2 a 7 anos, bem como as experiências dos enfermeiros com o método. Apesar de que, a prevalência de excesso de peso e obesidade entre crianças não apresentou mudanças significativas durante o período analisado, o escore z do IMC médio diminuiu entre as crianças com excesso de peso, concluindo uma melhoria neste grupo específico de crianças. O enfermeiro inicia o método pelo mapeamento da dieta da criança seguido por sessões de aconselhamento com os pais. Durante o processo, se houver aumento de peso avança-se para as fases seguintes como: o mapeamento de 4 dias do comportamento alimentar da criança e da ingestão dietética e o aconselhamento especializado por um pediatra ou nutricionista clínico. Foram ainda utilizados cadernos com informações e fotografias de alimentação saudável, dando aos pais

uma visão geral das escolhas alimentares recomendadas, sendo esta forma mais acessível e mais fácil dos pais entenderem ao contrário dos textos escritos, ajudando-os a desenvolver novas competências.

Este autor ressaltou a comunicação eficaz com os pais, como sendo crucial na orientação para uma alimentação saudável, no entanto, tal como Harding, 2023, e Cheng et al, 2020, referem, podem existir barreiras para a intervenção o enfermeiro, e neste caso, este autor também sentiu a vulnerabilidade dos pais ao discutir questões de peso dos seus filhos.

Whitehead et al., 2021, analisa intervenções lideradas por enfermeiros para prevenir o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes. O estudo identificou que poucas intervenções exploraram o potencial dos enfermeiros nesse contexto, apesar da capacidade demonstrada em liderar programas em diversas configurações. Foram destacadas questões metodológicas a serem abordadas para determinar a eficácia de programas de prevenção primária e secundária nessa área. O mesmo autor destaca a necessidade de mais pesquisas e intervenções lideradas por enfermeiros para abordar o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes. A colaboração entre enfermeiros, profissionais de saúde, formuladores de políticas e pesquisadores é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção nesta área.

Outro artigo, de Oliveira et al, 2022, aborda a gestão do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras de família. Os dados revelaram fragilidades no conhecimento e na prática das enfermeiras em relação à gestão da problemática. Nomeadamente, durante o estudo foi identificado que a orientação quanto à prática de atividade física e alimentação saudável era abordada de forma básica pelos enfermeiros e encaminhada para outro profissional. Desta forma, foi destacada a importância de protocolos específicos e educação continuada em saúde.

O mesmo autor, destaca a importância de outras ações para contribuir para melhorar as práticas nas ações de gestão da problemática como a elaboração de protocolos específicos para cada categoria profissional, para que cada grupo possa perceber quais são as suas condutas nos cuidados a essa morbilidade, bem como o aumento de recursos humanos a fim de que os profissionais tenham maior disponibilidade e tempo para a realização da gestão deste tema.

Derwing et al., 2021, aborda a importância da prevenção primária da obesidade em crianças de 4 anos por meio de um modelo de Diálogo de Saúde Centrado na Criança, demonstrando a viabilidade de uma intervenção interativa e multicompetente para promover estilos de vida saudáveis e prevenir a obesidade. Este estudo contém 2 partes, uma direcionada a todas as

crianças e cuidadores e outra direcionada a famílias onde a criança é identificada com excesso de peso. Nas sessões de orientação familiar os enfermeiros auxiliam as famílias a identificarem os seus pontos fortes e recursos para capacitá-las a desenvolver rotinas saudáveis de forma independente, com menos dependência do sistema de saúde. Embora não significativa, notou-se que no grupo de intervenção houveram menos crianças a desenvolver excesso de peso comparada com o grupo de controlo.

Dentro deste tema, Cheng et al, 2020, explora as perceções de enfermeiros de saúde infantil e familiar sobre as barreiras para promover o crescimento saudável de bebés e como superá-las. As enfermeiras oferecem frequentemente suporte profissional às famílias de crianças pequenas, sendo especialistas em alimentação infantil e crescimento. A existência de grupos culturais que valorizam tamanhos corporais maiores destaca a importância de apoiar os enfermeiros de forma a fornecer suporte culturalmente apropriado a famílias de diferentes origens. Este autor aborda o desenvolvimento de recursos culturais escritos e visuais, disponíveis em idiomas comunitários, para melhorar a alfabetização em saúde e a criação de um aplicativo móvel com vídeos sobre as melhores práticas em alimentação infantil.

Desta forma existe uma complexidade do trabalho de prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade infantil, enfatizando a importância da abordagem colaborativa e do uso de ferramentas inovadoras no contexto do sistema de saúde (Westergren et al., 2021)

Assim, após a leitura dos artigos foram percebidas várias intervenções utilizadas pelos enfermeiros na prevenção do excesso de peso em crianças que frequentem a consulta em CSP, nomeadamente:

- mensagens de texto;
- educação;
- tecnologia de baixo custo;
- abordagens baseadas em teorias comportamentais;
- deteção precoce através de ferramentas de triagem;
- comunicação eficaz com os pais;
- recursos culturais escritos e visuais, disponíveis em vários idiomas;
- elaboração de protocolos específicos para cada categoria profissional;
- formações contínuas para enfermeiros;
- o uso do modelo de Diálogo de Saúde Centrado na Criança.

O enfermeiro de família atua numa relação de parceria efetiva com as famílias (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023) contribuindo na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, acompanhando, também, a

pessoa e a sua família no processo de gestão da doença crónica e da deteção precoce de doenças não transmissíveis (Silva, et al, 2020). Assim, promover comportamentos saudáveis em cada consulta de enfermagem é importante para promover mudanças no estilo de vida (Henderson, 2021).

Através deste tipo de intervenções é possível prevenir e identificar crianças com excesso de peso, pois este tipo de intervenções não apresentam custo e são de fácil intervenção (Henderson, 2021).

Será útil o envolvimento das várias partes interessadas para que a mudança seja bem sucedida, de forma a fornecer ferramentas necessárias para a integração consistente dos hábitos saudáveis. Deste modo, incluir a equipa multidisciplinar é necessária para alcançar resultados positivos (Henderson, 2021). Também Westergren et al., 2021, ressaltou a importância da colaboração entre profissionais de saúde primária e especialistas para prevenir e tratar o sobrepeso e a obesidade infantil de forma eficaz.

A abordagem precoce na infância é crucial para prevenir a obesidade, pois uma vez estabelecida, tende a persistir na vida adulta. A intervenção familiar e multicompetente durante os primeiros anos de vida é eficaz neste processo (Derwing et al., 2021).

Desta forma, é importante que na equipa de CSP esteja integrado enfermeiro de família, com conhecimento especializado para que possa intervir a nível familiar, na mudança de estilo de vida, na prevenção de excesso de peso em crianças ao nível dos CSP.

CONCLUSÃO

O presente relatório refere-se à aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, que englobou a prática de cuidados especializados à família em contexto de estágio e a metodologia de investigação através da realização de uma revisão sistemática de literatura intitulada “O papel do enfermeiro de família na prevenção do excesso de peso, em crianças que frequentam a consulta em Cuidados de Saúde Primários.

Os Ensinos Clínicos possibilitaram um longo processo de aprendizagem desenvolvendo de forma efetiva os objetivos traçados, nomeadamente a aquisição de competências como EEESF, a prestação de cuidados com a família, a realização do projeto de avaliação de uma família segundo o Modelo de Calgary e a realização de uma sessão de formação em serviço dirigida aos enfermeiros. Estas atividades foram bastante importantes, pois permitiram a consolidação de competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Familiar.

Relativamente ao contexto de estágio, este revelou-se facilitador no processo de aprendizagem. É de enaltecer o acolhimento, a integração e a disponibilidade da equipa multidisciplinar, principalmente da equipa de enfermagem, particularizando a profissional que me supervisionou. Como inexperiente na área de Cuidados de Saúde Primários, todos os profissionais da USF foram determinantes para a concretização dos ensinos clínicos, ajudando-me a crescer como profissional e como pessoa.

Cuidar a família é um dos primordiais interesses da enfermagem, com ênfase nas relações e reciprocidade, sendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar o profissional que interage com as famílias ao longo do seu ciclo de vida familiar, tendo como base um método organizado, dinâmico e sistematizado. Sendo que cada família tem as suas características, as intervenções de enfermagem têm em consideração cada uma dessas características, diferenciando-se assim cada família como única.

O enfermeiro especialista na área de saúde familiar deve estabelecer uma relação terapêutica com a família, através da comunicação, identificando e avaliando os seus problemas e necessidades. Este processo deve ser colaborativo com o objetivo de auxiliar as famílias na resolução das crises de forma a capacitar as mesmas a realizar mudanças e/ou transições a nível afetivo, cognitivo e/ou comportamental do funcionamento familiar. Assim, é possível que as famílias retornem ao nível de funcionamento a que se encontravam ou que atinjam um nível de funcionamento superior ao anterior à crise.

Com a pesquisa realizada foi possível identificar, através da revisão sistemática da literatura, que existem várias estratégias de intervenção que o enfermeiro de família deve adotar na prevenção de excesso de peso em crianças nos CSP.

Como pontos fortes nos ensinamentos clínicos, destaco a orientação, a autonomia e confiança disponibilizada pela enfermeira orientadora em todo o processo de aprendizagem, bem como a disponibilidade de toda a equipe da USF, especialmente à equipe de enfermagem, que me fizeram sentir bem auxiliando-me em tudo o que precisei.

A grande dificuldade sentida ao longo do mestrado foi a exigência física e mental na conciliação do mestrado com a vida profissional e familiar.

Por fim, considerando os objetivos traçados de início, estes foram atingidos na medida em que me permitiu refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados e desenvolvidos ao longo do ciclo vital da família. Numa perspectiva global, os conhecimentos desenvolvidos e as capacidades adquiridas ao longo do ensino clínico e do projeto final, foram fundamentais para a aquisição de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Apesar das dificuldades sentidas ao longo deste ano e meio, são evidentes as aprendizagens e as experiências que irei levar para a minha prática diária enquanto enfermeira especialista, desempenhando assim um papel ativo e dinâmico, no seio da equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos, sempre com o objetivo de uma melhor prestação de cuidados altamente qualificados.

BIBLIOGRAFIA

- ACES Oeste Sul. (2014). Obtido em 16 de maio de 2023. doi: <http://oestesul.arslvt.min-saude.p>
- Administração Central dos Sistemas de Saúde (2023). Otimizar recursos. Gerir eficiência. Modelos organizacionais. doi: [modelos organizacionais \(min-saude.pt\)](https://modelosorganizacionais(min-saude.pt))
- Alarcão, M. (2002). (Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica. 2ª ed. Coimbra : Quarteto. Psicologia clínica e psiquiatria. ISBN 972-8717-30-X
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- ARS. (2020). Carteira adicional de serviços / Atividade suplementar. Doi: [Carteira-Adicional-de-Servicos-Atividade-Suplementar-Quadro-de-referencia.pdf](https://carteira-adicional-de-servicos-atividade-suplementar-quadro-de-referencia.pdf) (min-saude.pt)
- Biscaia, A. e Heleno, L. (2017). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3). pag.:701-711. doi: 10.1590/1413-81232017223.33152016
- Carta de Compromisso. (2023). Plano de Ação: USF Ouriceira.
- Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC nursing*, 19, 84. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z>
- DECRETO-LEI N.º298/2007, DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). Diário da República n.º 161/2007, Série I. páginas 5587-5596. Doi: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- DECRETO-LEI Nº 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). Diário da República, 1ª série - Nº118, 3128. Doi: [Decreto-Lei n.º 73/2017 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt)
- DECRETO-LEI Nº52/2022 DE 4 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2022). Diário da República n.º 150/2022, Série I. Doi: [Decreto-Lei n.º 52/2022 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt)
- Derwig, M., Tiberg, I., Björk, J., & Hallström, I. (2021). Child-Centred Health Dialogue for primary prevention of obesity in Child Health Services - a feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(4), 384–392. <https://doi.org/10.1177/1403494819891025>
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 fevereiro do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, Série II. N.º 28. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/66457154>.
- Despacho n.º 7450-A/2019, de 21 de agosto. (2019) Diário da República n.º 159/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-08-21, páginas 2 - 5. Doi: [Despacho n.º 7450-A/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt)
- Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro (2023) Diário da República n.º 237/2023, Série II de 2023-12-11, páginas 99 -101. Doi: [Despacho n.º 12634/2023 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://diariodarepublica.pt)
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa de Saúde Infantil e Juvenil. N 10/2013. Ministério da Saúde. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2022). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2022-2030. Ministério da Saúde. Lisboa. Doi: [PNPAS2022_2030_VF.pdf](https://pnpas2022_2030_VF.pdf) (nutrimento.pt)
- Direção Geral da Saúde (2023). Exposição das crianças portuguesas ao marketing digital de alimentos e bebidas: estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS Europa. Doi: [DGS_PNPAS_MarketingDigital](https://dgs_pnpas_marketingdigital) (nutrimento.pt)
- Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada (1a Edição)*. Lisboa: Papa-Letras.
- Figueiredo M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fronteira, I., Jesus, E.H. & Dussault, G. (2020). “A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde”. *Ciências & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: LUSODIDACTA - Soc. Port. de Material Didático, Lda.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação (2a Edição)*. Lusociência
- Harding, S. (2023). Evaluation of Adherence to Childhood Obesity Guidelines and the Use of a Screening Tool in the Primary Care Setting. *Pediatric Nursing*, 49(1), 21–31.

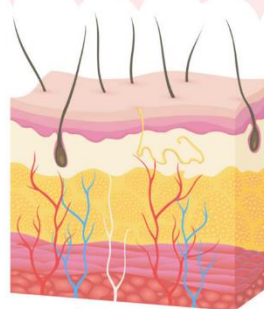
- Henderson, N. N. (2021). Childhood Obesity: Improving Outcomes Through Primary Care-Based Interventions. *Pediatric Nursing*, 47(6), 267–300.
- ICN (2011). CIPE® 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: INSA (2023). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022. ISBN: 978-989-8794-92-5 (online). Doi: Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde: Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022 (insa.pt)
- KIM, E., Kwon, Y., Chloe, Y. Kim, M. (2021). COVID-19-related school closing aggravate obesity and glucose intolerance in pediatric patients with obesity. *Scientific Reports*. v.11. n.5494. doi: 10.1038/s41598-021-84766-w
- Lima, A., Silva, G., Oliveira, I., Santos, Q. (2023) A influência do marketing na obesidade infantil no brasil: uma revisão sistemática. *Revista PsiPro*. Vol. 2. n1. ISSN 2763-8200
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L., Manios, Y., Gonzalez-Gil, E. (2021). The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. 2021. 13. 1138. doi: 10.3390/nu13041138.
- Ministério da Saúde (2012). Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Versão 2012
- Muñoz, S. C., Granados, F.C., Lezcano, M. E., Olmos, L. G., Velasco, G. G. & Torre, G. G., (2012). *Medicina de Familia y Comunitaria*. Volume II. 2ª Ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Noletto, I. e Silva, M. (2022) Aspectos nutricionais na obesidade infantil: uma revisão de literatura. ID on line. *Revista de psicologia*. ISSN 1981-1179. Doi: 10.14295/online.v16i60.3460
- Núncio, M. J. (2018). *Famílias felizes sem segredos*. Porto: Ideias de Ler
- Oliveira, R., Souto, R., Santos, J., Reichert, A., Ramalho, E. e Collet, N. (2022). Management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses: a mixed-method study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 30. 30(spe):e3790. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3789>
- Ordem dos Enfermeiros (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. doi: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitaria-e-de-saude-publica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019. Diário da República n.º 184/2019. Série II. páginas 128 – 155. Lisboa, Portugal. Doi: Regulamento n.º 743/2019 | DR (diariodarepublica.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária. Leiria
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Assembleia extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Leiria Doi: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_familia_r_sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Lei nº 156/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ouriceira, U. (2022). Regulamento Interno da USF Ouriceira. Ericeira
- Penedo, M., Pinto, P., Beja, G., Oliveira, G., Gonçalves, M. e Anderi S. (2023) A importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa. *Rev de Saúde*. Vol. 14. N1.pag.33-40. Doi: 10.21727/rs.v14i1.3233
- Portaria nº 242/2011 de 21 de Junho dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Pub. L. No. Diário da República, I série, Nº 131, 2902.
- Ramalho, S. (2021). Acesso aos Cuidados de Saúde em Portugal: Condicionantes e Estratégias. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015.. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República nº 124/2015. Série II. Lisboa, Portugal. Doi: <https://dre.pt/application/file/a/67626882>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018) Regulamento n.º 428/2018. Diário da República n.º 135/2018. Série II. páginas 19354 – 19359. Lisboa, Portugal. Doi: Regulamento n.º 428/2018 | DR (diariodarepublica.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019. Série II. páginas 4722-4750. Lisboa, Portugal. Doi: Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 | DR (diariodarepublica.pt)
- Santos, G., Santos, M., Oliveira, T., Tavares, K., Santos, P. e Gomes, A. (2021) obesidade infantil na pandemia da covid-19. Doi: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/24098>
- Sherwood, N. E., Levy, R. L., Seburg, E. M., Crain, A. L., Langer, S. L., JaKa, M. M., Kunin-Batson, A., & Jeffery, R. W. (2019). The Healthy Homes/Healthy Kids 5-10 Obesity Prevention Trial: 12 and 24-month outcomes. *Pediatric Obesity*, 14(8), e12523. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12523>
- Silva, C., Silva, L., Melo, K. Vila-Nova, M. et al (2023) obesidade infantil em tempos de pandemia: uma revisão integrativa. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama*, v.27, n.5, p.2249-2269. ISSN 1982-114X. Doi: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-010
- Silva E., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., Albuquerque, C., Cunha, M. (2020) Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*. Doi: 10.37689/acta-ape/2020AO0254.
- Silva, M., Costa, M. e Silva, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. II Série - n.º 11. doi: 10.12707/RIII13105
- Sousa, S. (2019). *Intervenção no Processo de Luto em Portugal pelas Equipas de Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado. Católica Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa
- SPMS. (s.d.). Obtido a 16 de maio de 2023. doi: USF Ouriceira (min-saude.pt)
- Tosatti, A. et al. (2017) Does family mealtime have a protective effect on obesity and good eating habits in young people? A 2000-2016 review. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v.17, n.3, p.425-434.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª). Lisboa. Edições Sílabo.
- Westergren, T., Fegran, L., Jørstad Antonsen, A., Timenes Mikkelsen, H., Hennig, C. B., & Stamnes Köpp, U. M. (2021). Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 21(1), 983. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096-x>
- Whitehead, L., Kabdebo, I., Dunham, M., Quinn, R., Hummelshoj, J., George, C., & Denney, W. E. (2021). The effectiveness of nurse-led interventions to prevent childhood and adolescent overweight and obesity: A systematic review of randomised trials. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 77(12), 4612–4631. <https://doi.org/10.1111/jan.14928>
- WHO (2021). *Obesity and Overweight*. Obesity and overweight (who.int)
- WHO (2021). *Primary Health Care*. Retrieved December 3, 2020, from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-car>
- WHO (2023). *Obesity: overview*. Obesity (who.int)

APÊNDICES

APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO



USF OURICEIRA, 2024

OBJETIVOS

- Breve abordagem do que são as UPP e a sua categorização
- Rever os principais fatores de risco de UPP
- Consequências das UPP
- Ciclo de prevenção e tratamento das UPP
- Descrever a escala de avaliação de risco de UPP
- Descrever os cuidados inerentes à prevenção de UPP

O QUE SÃO ÚLCERAS POR PRESSÃO



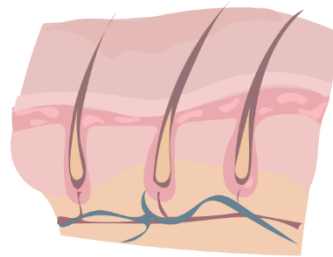
Úlcera por pressão (UPP)

- Dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, como resultado de pressão ou pressão combinado com cisalhamento. As lesões por pressão geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, mas também podem estar relacionadas a um dispositivo médico ou outro objeto.

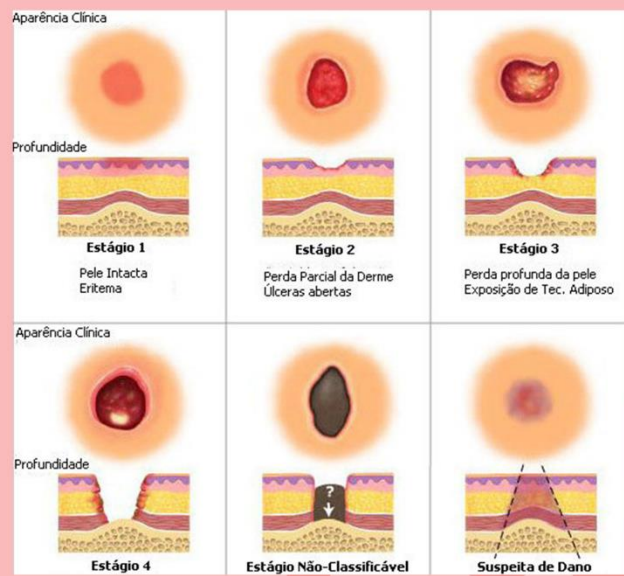
(EPUAP, 2019).

- Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.

(CIPE, 2012)



Categorias das UPP



Quem está em risco de desenvolver UPP?



- Extremos de idade
- Diminuição da sensibilidade
- Diminuição da mobilidade
- Malnutrição
- Doenças crónicas
- Fatores psicossociais (apoio)
- Incontinências
- Educação (utente e família)
- Uso de dispositivos médicos (algálias)
- Atrofia muscular (não há oxigenação)
- Medicação





Equipa multidisciplinar na prevenção das UPP

Todos têm o dever de prevenir:

- Poder político
- Instituições de saúde
- Doentes
- Cuidadores
- Assistentes operacionais
- Enfermeiros
- Médicos
- Nutricionistas
- Psicólogos

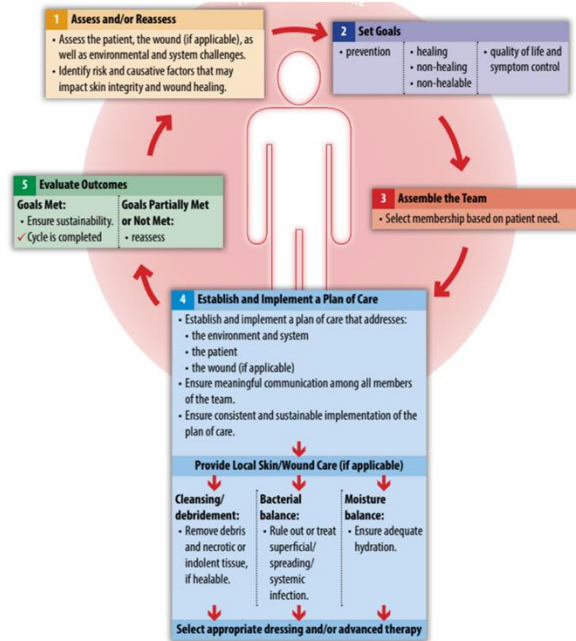
Consequências das UPP

- Dor
- Sofrimento
- Agravamento do estado de saúde
- Agravamento da dependência
- Aumento de custos

- Faltas ao trabalho
- Má qualidade de vida
- Isolamento social e familiar
- Morte

CICLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

(Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management-2021)



CICLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Avaliar a pessoa (história da pessoa) e fatores de risco associados

Avaliar a ferida

Avaliar a pele e risco

Escala de Braden e Braden Q

- IDENTIFICAR utentes em risco de desenvolver UPP
- Melhorar a qualidade dos cuidados

Escala de Braden

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.

Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). OU Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	

Escala negativa - quanto mais baixo o valor maior o risco de desenvolver UPP

Pontuação menor ou igual a 16: alto risco
 Pontuação maior ou igual a 17: baixo risco

Escala de Braden Q

Crianças com idade superior a 21 dias até aos 18 anos



PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido	2. Comprometido	3. Adequado	4. Excelente
	Hipotensão (TA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o replechimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7,40	Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o replechimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal	Normotenso; atuação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; & replechimento capilar < 2 segundos

Pontuação menor que 22: alto risco

Pontuação maior ou igual a 22: baixo risco

LIMITAÇÕES DA ESCALA

- Não avalia risco em pessoas com dispositivo médico
- Limita a avaliação da perfusão e oxigenação apenas à idade pediátrica
- Não identifica as alterações analíticas e a instabilidade hemodinâmica como fatores de risco
- Não identifica a idade avançada e o tempo de internamento como importantes fatores de risco

(Cooper, 2013; Krupp & Monfre, 2015)

- evitar água muito quente
- gel de banho com pH ácido
- hidratação da pele
- aplicar ácidos gordos hiperoxigenados
- mudança da roupa de cama
- roupa algodão ou seda
- fraldas absorventes para doentes com incontinência
- creme barreira (copolímero acrílico)
- posicionar
- levante diário, sempre que possível
- ensino de movimentos ativos/alívio de pressão
- não posicionar para um local já ruborizado

Cuidados de prevenção

- evitar fricção na alternância de decúbitos
- elevação da cabeceira nunca mais de 30°
- lateralizações em ângulos de 30°
- avaliar o estado vascular e perfusão dos membros inferiores
- uso de apósitos profiláticos para alívio de forças mas com VIGILÂNCIA (espumas multicamadas com silicone)
- SUPERFÍCIES DE APOIO

Uso de superfícies de apoio

REATIVAS

espuma, ar, gel, fibras sintéticas, baixa perda de ar

ATIVAS

pressão alternada

HÍBRIDAS

combinam espuma com ar alternado

NUTRIÇÃO

As alterações nutricionais estão associadas a fatores físico, psicológicos, fisiológicos e/ou patológicos, sociais ambientais e sócio económicos.

- Alimentação variada
- Quantidade de alimentos ingeridos
- A sopa não substitui o prato da refeição principal
- Gosto da pessoa
- Apresentação do prato
- Capacidade de se alimentar autonomamente
- Uso de suplementação
- 1.5L ÁGUA POR DIA



RISCO

NUTRICIONAL

Nutritional Risk Screening e a Malnutrition Screening Tool para adultos e a Mini Nutritional Assessment para idosos.

MOBILIDADE

Os utentes com risco de UPP devem ser estimulados a:

- Atividades de vida diárias
- Exercícios membros superiores e inferiores
- Levantar e sentar
- Mudança posicionamento

CUIDADOR

O cuidador deve ser informado sobre:

- Risco de desenvolver UPP
- Cuidados à pele
- Posicionamentos
- Alimentação



Burnout do cuidador

Escala de avaliação de sobrecarga do cuidador



CUIDADOS DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

- Observar a pele diariamente na higiene e na mudança de posição
- Utilize água morna e sabões de preferência com pH ácido na higiene diária
- Secar a pele sem esfregar
- Usar creme hidratante diariamente
- Incentivar a pessoa a mudar de posição ou posicionar frequentemente, se a pessoa não o conseguir fazer
- Se acamado: não elevar a cabeça mais que 30° (exceto nas refeições)
- Uso de materiais de prevenção
- Usar ácidos gordos hiperoxigenados nos locais de maior risco

NUNCA PARA POSICIONAR UMA ZONA VERMELHA/ROXA

ALIMENTAÇÃO

- Alimentação **diversificada** e variada
- Aumentar a ingestão de **proteína** (carne, peixe, ovos)
- **5 a 6 refeições** por dia
- Hidratação essencial para a pele (**1.5L/dia**). Caso haja recusa, optar por gelatinas, sumos, chá
- **Suplementação** nutricional (consulte o seu enfermeiro de família)

MATERIAIS DE PREVENÇÃO

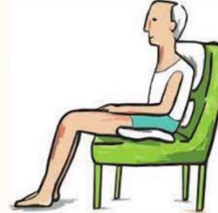


CONSULTE O SEU ENFERMEIRO ANTES DE ADQUIRIR QUALQUER TIPO DE MATERIAL

Contacto:
E-mail: ad.ouriceira@benelux.min-saude.pt
Telefone: +351 26 1865 650

Úlceras por Pressão

Medidas de prevenção de úlceras por pressão (UPP)



USF Ouriceira, 2024

O que são?

É uma lesão na pele que resulta do facto da pessoa estar muito tempo na mesma posição ou provocada pela pressão combinada com fricção. Geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, mas também podem estar relacionadas com dispositivo médico ou outro objeto (EPUAP, 2019).



O **primeiro sinal** são manchas vermelhas ou roxas, apresentando-se mais quente, por vezes mais dura e sensível

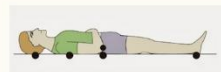
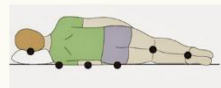
Vamos PREVENIR o aparecimento das Úlceras por Pressão.

MAIOR RISCO DE DESENVOLVER:



- Extremos de idade
- Malnutrição
- Limitação da mobilidade (dificuldade em mudar sozinho de posição);
- Dificuldade em sentir partes do corpo (ex. pessoa com diabetes);
- Incontinência
- Pele seca ou húmida
- Medicação (medicação para dormir pode tornar difícil a movimentação da pessoa)
- Má circulação
- Dispositivos (algália, máscaras de oxigénio)

LOCAIS COM MAIOR RISCO DE SURTIREM



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragão et. al (2022) Identificando as características da Úlcera Terminal de Kennedy: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme 96(38). DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1350
- Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management (2021). Best Practice Recommendation for the Prevention and Management of Wounds. Wounds Canada. Canadian Association of Wound Care
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019) Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guia de consulta rápida. (edição Portuguesa). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA.
- ELCOS (2023) Curso de Viabilidade Tecidual e Tratamento de Feridas: Guia de Bolso.

Obrigada



APÊNDICE II – FOLHETO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

GUIDADOS DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

- Observar a pele diariamente na higiene e na mudança de posição
- Utilize água morna e sabões de preferência com pH ácido na higiene diária
- Secar a pele sem esfregar
- Usar creme hidratante diariamente
- Incentivar a pessoa a mudar de posição ou posicionar frequentemente, se a pessoa não o conseguir fazer
- Se acamado: não elevar a cabeça mais que 30° (exceto nas refeições)
- Uso de materiais de prevenção
- Usar ácidos gordos hiperoxigenados nos locais de maior risco

NUNCA POSICIONAR PARA UMA ZONA VERMELHA/ROXA

ALIMENTAÇÃO

- Alimentação **diversificada** e variada
- Aumentar a ingestão de **proteína** (carne, peixe, ovos)
- **5 a 6 refeições** por dia
- Hidratação essencial para a pele (**1.5L/dia**). Caso haja recusa, optar por gelatinas, sumos, chá
- **Suplementação** nutricional (consulte o seu enfermeiro de família)

MATERIAIS DE PREVENÇÃO



CONSULTE O SEU ENFERMEIRO ANTES DE ADQUIRIR QUALQUER TIPO DE MATERIAL

Contactos
E-mail: usf.ouriceira@arsivt.min-saude.pt
Telefone: +351 26 1860 650

Úlceras por Pressão

Medidas de prevenção de úlceras por pressão (UPP)



USF Ouriceira, 2024

O que são?

É uma lesão na pele que resulta do facto da pessoa estar muito tempo na mesma posição ou provocada pela pressão combinada com fricção. Geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, mas também podem estar relacionadas com dispositivo médico ou outro objeto (EPUAP, 2019).



O **primeiro sinal** são manchas vermelhas ou roxas, apresentando-se mais quente, por vezes mais dura e sensível

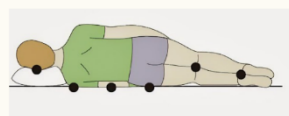
Vamos PREVENIR o aparecimento das Úlceras por Pressão.

MAIOR RISCO DE DESENVOLVER:



- Extremos de idade
- Malnutrição
- Limitação da mobilidade (dificuldade em mudar sozinho de posição);
- Dificuldade em sentir partes do corpo (ex. pessoa com diabetes);
- Incontinência
- Pele seca ou húmida
- Medicação (medicação para dormir pode tornar difícil a movimentação da pessoa)
- Má circulação
- Dispositivos (algália, máscaras de oxigénio)

LOCAIS COM MAIOR RISCO DE SURTIREM



APÊNDICE III – PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

VAMOS OPTAR POR LANCHE MAIS SAUDÁVEIS

- logurte com 0% açúcar + 1/2 bolinha com queijo ou fiambre
- Queijo babybel e fruta
- Panquecas de aveia + fruta
- Palitos de cenoura + queijo babybel
- Panquecas de aveia + fruta
- Fruta + frutos secos sem sal
- 1 pacote leite branco + tosta/pão

Opte por alimentos com esta indicação:



O QUE É A OBESIDADE OU EXCESSO DE PESO?

Acumulação anormal ou excessiva de gordura no organismo. Resulta de um desequilíbrio entre as calorias ingeridas, através dos alimentos, e a quantidade de calorias gastas com exercício físico ou atividades quotidianas



Em 2022 a percentagem de crianças com **excesso de peso era de 31,9% e de obesidade de 13,5%** (INSA, 2022)

Troque isto:



Por isto:



BRINCAR EM FAMÍLIA É MAIS DIVERTIDO!!

CONSEQUÊNCIAS DA MALNUTRIÇÃO (CURTO E LONGO PRAZO)

- Hipertensão
- Colesterol
- Asma
- Apneia obstrutiva do sono
- Problemas articulares ou deformidades
- Diabetes
- Síndrome do ovário poliquístico
- Doença do fígado gordo não alcoólica:
- Alterações na pele



PREVENIR A OBESIDADE INFANTIL



USF OURICEIRA, 2024



Uso de estratégias lúdicas que despertam nas crianças o desejo de consumir alimentos que, na sua grande maioria, são processados e ultra processados.

1 em cada 12 anúncios são de alimentos e bebidas



80% SÃO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS

APÊNDICE IV – PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA



6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Rita Franco Vicente

Leiria, 9 de Julho de 2023

6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Rita Franco Vicente

Relatório clínico orientado pela
Professora Doutora Clárisse
Louro e pela Enfermeira
Orientadora Especialista em
Enfermagem de Saúde
Comunitária

Leiria, 9 de julho de 2023

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

AVD – Atividade de Vida Diária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO	5
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA - AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY	6
2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL.....	7
2.1.1. Avaliação Estrutural Interna.....	7
2.1.2. Genograma	9
2.1.3. Avaliação Estrutural Externa	10
2.1.4. Ecomapa	11
2.1.5. Avaliação Estrutural de Contexto.....	12
2.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO	13
2.2.1. Etapa do ciclo vital.....	13
2.2.2. Tarefas	14
2.2.3. Vínculos afetivos	15
2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL	15
2.3.1. Instrumental.....	15
2.3.2. Expressiva.....	15
3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	20
CONCLUSÃO	22
BIBLIOGRAFIA	23
ANEXOS	24
ANEXO I – Escala de Graffar	25
ANEXO IV – APGAR FAMILIAR	27
ANEXO V – FACES II	29

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 2º semestre, insere-se o Estágio II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. No âmbito do presente estágio foi-me proposta a avaliação de uma família inscrita na Unidade Saúde Familiar Ouriceira. A seleção da família foi efetuada com o apoio da Enfermeira orientadora, tendo em conta os objetivos do ensino clínico. No desenvolvimento do processo de enfermagem será aplicado o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e elaborado um plano de cuidados direcionado à família, com utilização da linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A Enfermagem de Família constitui-se como uma área específica no contexto geral da Enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspetiva sistémica dos cuidados. Cuidar a família é um dos primordiais interesses da enfermagem, com ênfase nas relações e reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido para promover a participação dos seus membros em todas as etapas. Tem como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

O principal objetivo deste trabalho é o desenvolvimento de competências práticas de avaliação familiar, nomeadamente da aplicação do MCAF e formulação de plano de cuidados direcionado à família.

O presente trabalho está organizado em dois capítulos. O primeiro é um breve enquadramento e justificação da escolha da família em estudo, o segundo relativo à aplicação do Modelo de Calgary à família em estudo e o terceiro relativo ao plano de cuidados de Enfermagem à família.

1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO

A escolha da família G foi feita com o apoio da enfermeira orientadora e restante equipa e tendo em conta as indicações que as autoras do modelo de avaliação de Calgary consideram como indicações para avaliação familiar. De acordo com Wright & Leahey (2011), são indicações para avaliação familiar: a família que está a passar por sofrimento emocional, físico ou espiritual ou rutura decorrente de uma crise acidental ou normativa, família que define a doença como uma questão familiar e família que identifica uma criança ou adolescente com dificuldades.

A família G vivenciou uma crise acidental, com a morte de TG, por problema de saúde.

Atualmente, a família é uma família monoparental, composta pela Sr^a LG que tem dois filhos, a NG de 4 anos e o PG de 3 anos. Há um claro sofrimento que é vivido por esta família pelo facto de ter passado por um período de morte e luto. Pelo exposto considereei pertinente realizar o processo de enfermagem a esta família.

A colheita de dados foi realizada ao longo de duas entrevistas com a Sr^a LG e os dois filhos que também estavam presentes. Inicialmente expliquei os objetivos do meu trabalho e informei que durante as entrevistas qualquer elemento da família poderia estar presente e participar.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA - AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

O enfermeiro de saúde familiar tem um papel fundamental na aplicação do processo de enfermagem. É fundamental que o enfermeiro compreenda a estrutura, o funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas familiares com o todo e com o meio envolvente.

A prática de enfermagem a nível familiar pode ser, de acordo com Friedmann (1998), classificada em quatro níveis. No nível I a família surge como contexto e o indivíduo como cliente, o foco é cada um dos membros da família e esta surge como recurso e como contexto; no nível II a família apresenta-se como soma das suas partes, o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família; no nível III o subsistema familiar surge como cliente/foco dos cuidados, o foco são os subsistemas familiares e o trabalho é desenvolvido com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos; no nível IV a família surge como cliente, o alvo é a família como sistema interativo e o foco são as dinâmicas internas da família, as suas relações, estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Como futura enfermeira mestre e especialista em enfermagem de saúde familiar, pretendo que a minha prática de cuidados se centre no nível IV.

A avaliação familiar é uma competência fundamental dos enfermeiros de saúde familiar, que permite, com base numa avaliação pormenorizada e criteriosa prestar cuidados de qualidade às famílias tendo como foco as dinâmicas internas e as suas relações. É fundamental compreender a estrutura, o funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas familiares com o todo e com o meio envolvente.

A avaliação e intervenção em saúde exigem a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. Deste modo, o Modelo Calgary de Avaliação da Família abrange uma perspetiva multidimensional de conhecer e avaliar famílias e engloba três dimensões: estrutural (composição, organização e características dos membros da família), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares).

Trata-se de um modelo que permite compreender a família como um sistema, diagnosticar os problemas, recursos para enfrentar os problemas e os suportes sociais disponíveis (Wright e Leahey, 2009). Assim, o MCAF permite aos enfermeiros conhecer a dinâmica familiar e identificar as necessidades vivenciadas.

2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural examina a estrutura da família, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus membros, bem como a relação com o meio envolvente da família, nomeadamente relação com a família alargada e com sistema mais amplos da sociedade e qual o seu contexto. Assim, contempla três dimensões essenciais: interna, externa e contexto (Wright e Leahey, 2009).

2.1.1. Avaliação Estrutural Interna

Nesta dimensão avalia-se a composição familiar, o género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

Composição Familiar

A Família G é composta por Sra. LG, com 42 anos, Licenciada em Ciências Sociais a trabalhar atualmente na Câmara Municipal do seu local de residência, na componente social. LG tem como diagnósticos clínicos hipotireoidismo, obesidade, depressão, recorreu a tratamento de fertilidade para engravidar e durante as duas gravidez estas foram consideradas de alto risco. O Sr. TG estudou completou o 3º ciclo de ensino e trabalhava em artes gráficas, era ex fumador e faleceu com 43 anos após diagnóstico de melanoma maligno metastizado em 2021. Têm dois filhas a N com 5 anos e o P de 3 anos, que se encontram na escola primária e creche, respetivamente.

Quanto à tipologia esta é uma família monoparental, pois é constituída por um elemento do papel parental e os 2 filhos.

Género

O género é um conjunto de crenças sobre as expectativas de conduta e experiências femininas e masculinas. Estas crenças foram desenvolvidas por influências culturais, religiosas e familiares, assim como pela orientação sexual e de classe. O género tem um papel importante no cuidado de saúde da família, especialmente nas famílias onde existem crianças. A avaliação da influência de género tende a ser especialmente importante quando crenças sociais, culturais ou familiares a respeito dos papéis femininos e masculinos geram tensão familiar (Wright e Leahey, 2009).

Nesta família coabitam dois elementos do género feminino e um elemento do género masculino.

Orientação Sexual

LG apresenta uma orientação heterossexual. Em relação a NG e PG não é possível apurar atendendo à situação de idade.

Ordem de Nascimento

Por ordem cronológica o primeiro nascimento foi TG nascido em 1978, seguido de LG em 1981, depois NG em 2018, PG em 2020.

Subsistemas

Os subsistemas denominam ou caracterizam o nível de diferenciação do sistema familiar. Cada pessoa pertence a vários subsistemas diferentes dentro da família e, em cada um deles, tem um diferente nível de poder e utiliza diferentes competências (Wright e Leahey, 2009).

Na família em análise está presente o subsistema individual composto por cada um dos elementos, subsistema parental composto por LG, subsistema filial composto por NG e PG e subsistema fraternal composto por NG e PG.

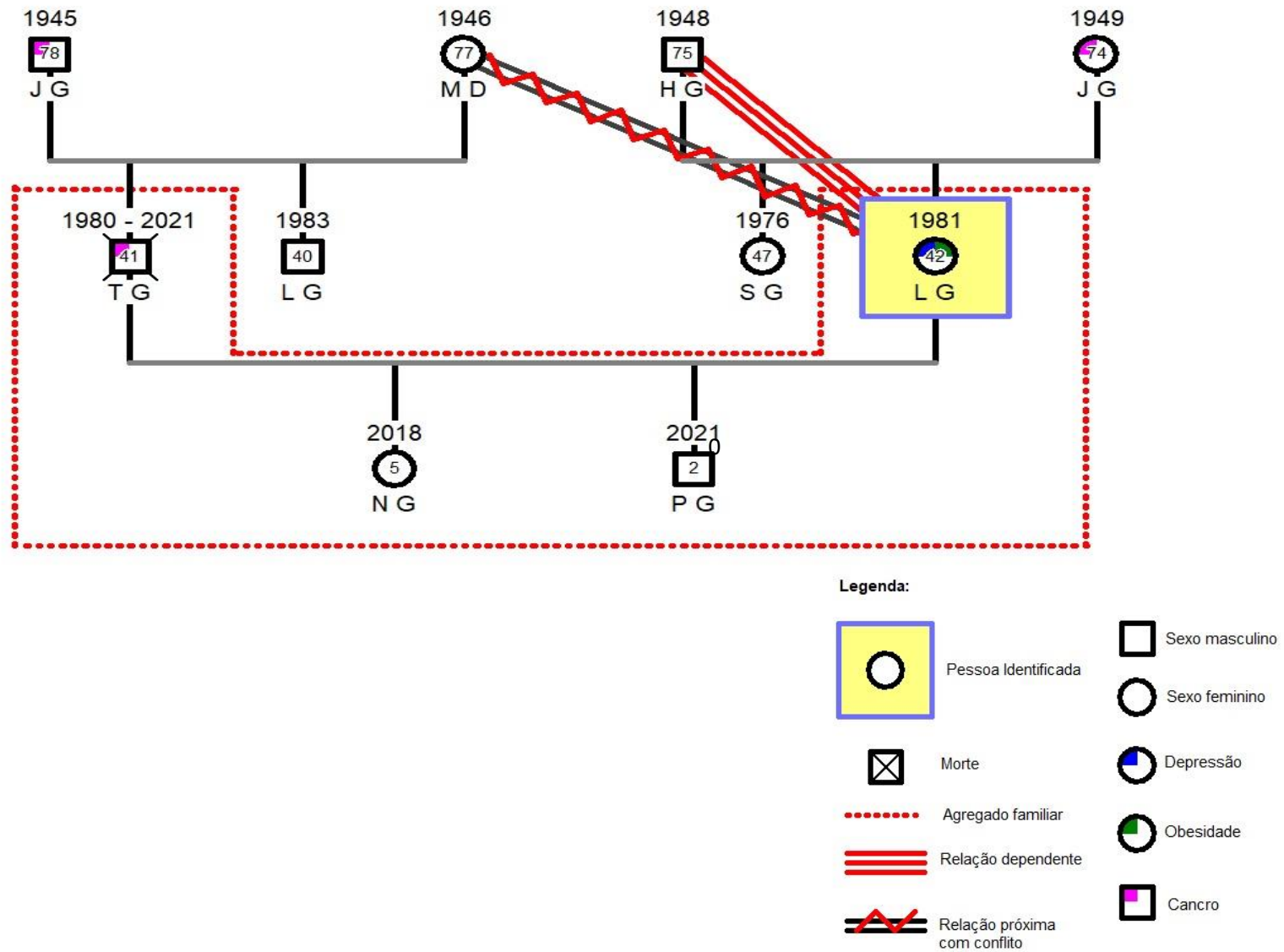
Limites ou fronteiras

Limites são metaforicamente considerados como linhas divisórias que permitem regular a passagem de informação entre os diversos subsistemas e entre a família e o meio (Alarcão, 2000). De acordo com Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) existem três tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Os limites claros delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema permitindo a troca de influências, os difusos são marcados por uma enorme permeabilidade entre subsistemas, o que põe em causa a sua diferenciação, e os rígidos dificultam a comunicação e compreensão recíprocas. Os tipos de limites podem facilitar ou restringir o funcionamento familiar.

A família G é uma família com limites tendencialmente claros entre os subsistemas parental e filial, pois cada um dos elementos tem o seu papel e função dentro da família.

Relativamente à família alargada, existem limites difusos entre LG e HG, funcionando como relação de dependência, entre papel parental e filial, onde a falta de diferenciação dificulta o domínio das dificuldades. Com JG e SG, LG mantém limites claros.

2.1.2. Genograma



2.1.3. Avaliação Estrutural Externa

A avaliação estrutural externa inclui duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos.

Família extensa

Esta subcategoria inclui a família de origem e a família de procriação, assim como a atual geração e membros da família adotiva. Está relacionado com o número de elementos, que não coabitam com a família nuclear. Como forma de obter informações sobre a quantidade e qualidade do apoio, é recomendável a avaliação da quantidade e do tipo de contacto com a família extensa (Wright & Leahey, 2009)

Relativamente à família extensa, há um contacto muito próximo e dependente de LG com a mãe, devido à sua patologia de degenerescência macular, sendo LG a quem a mãe pede auxílio em primeiro lugar, por ter uma proximidade maior com esta filha.

Também LG tem contacto com a irmã SG uma vez que esta a ajuda com as crianças, quando se atrasa no trabalho e não tem como ir buscar os filhos à escola. Também SG auxilia nos cuidados à mãe quando LG não pode estar presente. Relativamente à família de TG, apesar de LG manter uma boa relação com toda a família, existe uma relação próxima de conflito com a mãe de TG, uma vez que esta permanece muito tempo em sua casa a ajudar nas tarefas domésticas e nos cuidados às crianças, no entanto entram em conflito quando a mãe de TG está num estado mais depressivo (por recusar ajuda profissional) e fala com as crianças como se TG estivesse presente.

Sistemas mais amplos

Esta subcategoria avalia qual a relação da família com sistemas sociais mais amplos (instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada) que proporcionem ajudas diferenciadas. Podem abranger sistemas de trabalho, saúde, educação, sociais, entre outros.

A família G tem boa relação com dois amigos, mantendo um vínculo moderado, recorrendo a eles sempre que necessário. Estes amigos funcionam como recurso quando a família alargada não pode estar disponível, ou quando LG se sente mais depressiva em relação à morte de TG, o que acontece com alguma frequência.

LG tem uma boa relação com a psicoterapeuta que a acompanha desde a morte de TG, tendo sido um meio facilitador no processo de luto.

A família tem contacto com o sistema escolar, uma vez que NG está no pré escolar e PG está a frequentar a creche diariamente.

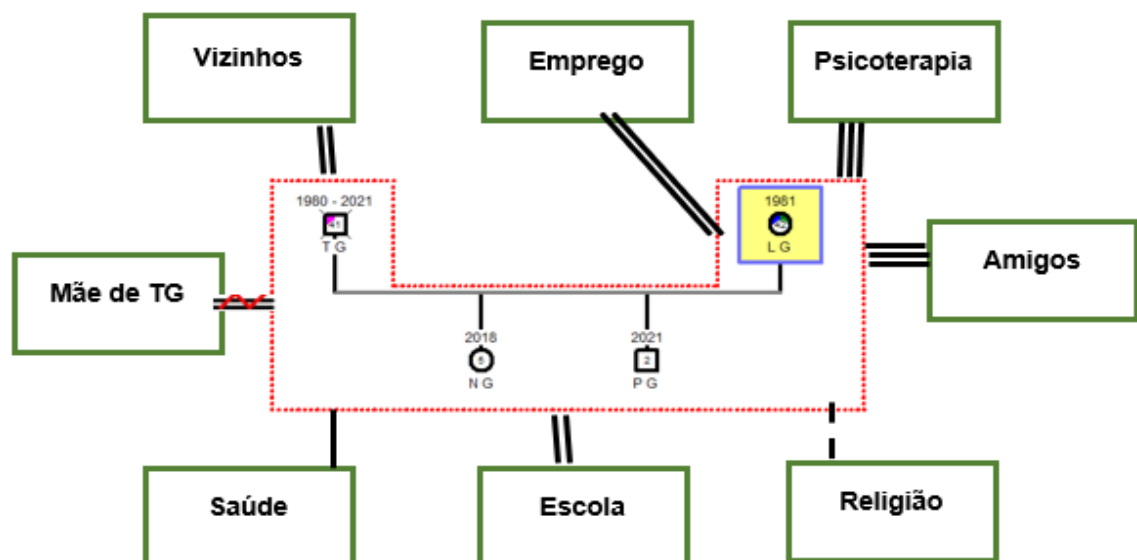
Têm também uma relação de proximidade com o sistema de saúde, uma vez todos os membros da família nuclear são frequentadores nas consultas de programas.

Relativamente ao trabalho, LG tem uma boa relação e ajudam-na sempre que necessário.

No respeito a crenças religiosas, após a morte de TG houve um afastamento da igreja, pois foi como se a religião não tivesse prestado auxílio no momento mais difícil da sua vida. No entanto, mostra interesse em reingressar no processo religioso.

LG tem uma vizinha que presta auxílio quando em situação de urgência tem de se ausentar de casa, por um curto período, e não pode levar os filhos.

2.1.4. Ecomapa



Legenda:

- - - Vínculo superficial
- Vínculo moderado
- === Vínculo forte
- ==== Vínculo muito forte
- / Vínculo forte com conflito

2.1.5. Avaliação Estrutural de Contexto

A avaliação estrutural de contexto inclui a avaliação: etnia, raça, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente.

Raça

Quanto á raça esta família é de raça caucasiana por apresentarem o típico aspeto físico geral da população europeia (fenótipo claro de pele).

Etnia

Relativamente à etnia, LG, TG, NG e PG são de origem portuguesa.

Classe Social

Nesta dimensão consideram-se os resultados educacionais, a renda e a ocupação. Segundo Figueiredo, 2012, “a classe social influência a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais”.

Para caraterizar de uma forma mais efetiva a posição social da família G foi aplicada a escala de Graffar (ANEXO I). Esta escala permite estratificar itens como: profissão, Instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência.

De acordo com esta escala, quanto à classificação social esta família pertence à classe média (obtida uma pontuação de 15 em 5 itens). Trata-se de uma família em que o elemento principal é socióloga, com grau de licenciatura e pós graduada, auferre rendimentos certos, habita numa casa em bom estado de conservação, numa boa zona residencial.

Religião/Espiritualidade

As crenças religiosas, bem como rituais e práticas, podem influenciar de forma positiva ou negativa a capacidade de enfrentar ou tratar de uma doença ou preocupação de saúde (Wright & Leahey, 2009).

Os elementos desta família são católicos, eram casados em cerimónia religiosa e frequentavam a igreja todos os domingos. LG frequentou um colégio de freiras, desde a entrada do 2º ciclo até ao final do ensino secundário. Apesar dos pais lhe proporem ir para outra escola após concluir o 9º ano, LG quis permanecer no colégio.

No entanto, após a morte de TG, LG deixou de frequentar a igreja, pois não se sentiu apoiada num dos piores momentos da sua vida. Atualmente mostra interesse em ingressar novamente no processo religioso.

Ambiente

Nesta subcategoria avalia-se vizinhança e lar, fatores ambientais como adequação de espaço, privacidade, acesso a escolas, recreação e transportes públicos influenciam o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2009).

A família G vive numa moradia no centro da vila, com acesso rápido a supermercado, transporte público e escolas das crianças.

A casa onde vivem dispõe de aquecimento local, saneamento básico e água potável, de rede pública. É composta por 2 quartos, 1 casa de banho, cozinha, dispensa e sala. Apresenta barreiras arquitetónicas no interior. Verifiquei que a habitação está em bom estado de conservação, apesar de antiga, arrumada, limpa e com boa luminosidade.

Têm uma boa relação com a vizinhança, sendo que existe uma vizinha que trata da casa quando LG vai de férias. Esta vizinha também auxilia com as crianças quando em situação de urgência (relacionada com a mãe) LG tem de sair de casa, por um curto período de tempo.

2.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

De acordo com Wright & Leahey (2009), é fundamental que os enfermeiros, além de conhecer a estrutura da família, conheçam e compreendam o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. Esta categoria refere-se à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida tendo em conta a sua história, curso de vida, crescimento da família, nascimento e morte.

2.2.1. Etapa do ciclo vital

O ciclo vital refere-se à trajetória típica da maioria das famílias, associado à entrada e saída de elementos pertencentes à família (Wright & Leahey, 2009). A identificação da etapa do ciclo vital permite compreender o contexto da família bem como a tomada de decisões sobre as áreas de avaliação de maior relevância face à sua especificidade (Figueiredo, 2012). No entanto, o ciclo vital pode sofrer alterações em configurações familiares distintas daquelas que permitiram a sua concetualização (Alarcão, 2000).

Segundo o mesmo autor o ciclo vital de Relvas é constituído por 5 etapas: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Tendo em conta esta classificação, considero que a família G se encontra na 2ª etapa- família com filhos pequenos.

Esta etapa é marcada pelo nascimento do primeiro filho, surgindo novas funções, tarefas, reorganizações intra e extra familiares, bem como interações entre sistemas. Nesta fase, o papel parental tem como função acompanhar o crescimento dos filhos, socializando-os e dar oportunidade de criarem a sua própria identidade (Alarcão, 2000).

Segundo Alarcão (2000), nas famílias monoparentais, a geração dos pais é apenas representada por um único elemento e a falta do segundo elemento gera dificuldades, nomeadamente no sistema conjugal em que houve a perda do subsistema conjugal. Deste modo, a partilha de tarefas e complementaridade de papéis é uma dificuldade de LG, pois assume sozinha a função parental.

2.2.2. Tarefas

Na etapa do ciclo vital em que a família G se encontra são várias as tarefas que idealmente a família deve desenvolver: aumento da comunicação com o exterior, ou seja, há uma abertura do sistema face às famílias de origem e ao meio envolvente, novas regras a serem estabelecidas e a formação de um novo subsistema, o subsistema filiar (com o nascimento do primeiro filho) e, posteriormente, se ocorrer o nascimento do 2º filho, passa a existir o subsistema fraternal.

Como referi anteriormente LG e TG tiveram de recorrer a tratamentos de fertilidade, uma vez que era um grande objetivo conjunto terem filhos. Após o nascimento de NG, tiveram de realizar várias adaptações, nomeadamente pedir auxílio à família alargada e articular a relação de casal, com o novo elemento da família. Após o nascimento do segundo filho, TG foi diagnosticado com o melanoma e teve de recorrer a vários tratamentos, acabando por falecer.

Dada a situação, LG teve de exercer sozinha o papel parental com 2 crianças, tendo em conta que teve de lidar como a morte do seu parceiro, com a responsabilidade de educação de dois filhos, atividades domésticas e auxílio à sua mãe. Nesta fase, ficou muito deprimida, sendo diagnosticada depressão.

De acordo com Carter, B. e McGoldrick M. (1995), as variáveis que modificam o ciclo de vida familiar podem ser: impacto da morte e doença grave na família, problemas de alcoolismo e droga na família, famílias com baixo rendimento económico e social.

Nesta perspetiva, o facto LG desempenhar sozinha o papel parental justifica a não concretização de algumas tarefas. No entanto, a tarefa comprometida é o facto de LG não ter tempo para estar só, pois segundo LG tem necessidade de estar permanentemente com os filhos, com receio que lhes falte algo em termos sentimentais. Em contrapartida, refere sentir-se saturada pois tem a seu cargo muitas coisas.

2.2.3. Vínculos afetivos

LG tem um vínculo muito forte com os filhos, pois refere que com morte do marido, não consegue estar longe deles pois tem receio que lhes falte algo. Ainda assim menciona que por vezes não consegue dar resposta a tudo, como por exemplo colocar as crianças em atividades recreativas ou de exercício, ou por exemplo deixá-las mais cedo no período noturno. Segundo Alarcão (2000), sendo família monoparental por perda de um elemento, esta é uma das formas de suprir a ausência do outro progenitor. Porém sente que precisa de tempo para si, mas ao mesmo tempo não consegue separar-se deles.

Tem vínculo forte gerador de dependência com a mãe, devido à situação de doença, sendo LG quem presta auxílio, nomeadamente em idas a consultas ou por vezes em tarefas domésticas.

Com a sogra, LG tem um vínculo forte gerador de conflito, uma vez que MD desde a morte do filho está muito depressiva, não aceitando ajuda de terceiros ou auxílio médico. LG vê essa situação de forma negativa pois MD conversa com as crianças como se o pai estivesse presente no dia-a-dia. Ainda assim, é MD quem presta auxílio a LG em algumas tarefas domésticas (como por exemplo passar a ferro)

Com a restante família alargada os vínculos são ténues. Com os sistemas mais amplos existem vínculos fortes com amigos e trabalho.

Os vínculos estão representados no genograma e ecomapa.

2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Esta categoria diz respeito à forma como os indivíduos da família se comportam uns com os outros. A avaliação funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva (Wright & Leahey, 2009).

2.3.1. Instrumental

Esta subcategoria reporta-se às atividades quotidianas da família.

Face às atividades de vida diárias (AVD's), LG é totalmente autónoma. NG necessita apenas de vigilância e orientação nas AVD's, no entanto, PG de apenas 3 anos necessita de ajuda nas AVD's que são partilhadas por LG e NG que também presta auxílio em pequenas coisas quando a mãe pede, nomeadamente ajudar o irmão a lavar os dentes e pentear (por exemplo).

2.3.2. Expressiva

Nesta dimensão, o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação entre todos os membros da família. O aspeto expressivo do funcionamento inclui nove subcategorias:

comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influencias e poder, crenças, alianças e uniões.

Comunicação emocional

A comunicação emocional diz respeito à amplitude e tipos de emoções ou sensações expressas ou demonstradas. A família normalmente utiliza uma variedade de emoções e sentimentos que vão desde a felicidade, tristeza e raiva (Wright & Leahey, 2009).

Este conceito permite-nos compreender a importância da comunicação nas relações familiares. Tive oportunidade de observar LG, NG e PG. Parece-me haver facilidade na expressão de sentimentos e emoções entre NG e PG para com LG, no entanto como LG tem alterações de emoções e sentimento esporádicos, por ainda se encontrar num processo de luto, esta não verbaliza com os filhos, pela idade que estes apresentam.

O luto é uma experiência natural e vivida de forma idiossincrática, normal quando consequência de uma perda ou de uma morte. Na conceção psicanalítica, o luto é um trabalho que o ego tem de fazer para se adaptar à perda de objeto amado. O processo de luto só se inicia quando há percepção da perda e consiste no desinvestimento e retirada gradual da libido do objeto perdido, possibilitando o posterior reinvestimento em novos objetos. Não implica o desligamento total com o objeto perdido, mas uma mudança de significado dessa ligação – uma mudança na relação objetal. É um processo de elaboração psíquica que depende da atividade do sujeito, que pode ser ou não bem sucedido (Freud, cit. por Franco & Mazorra, 2007) citado por Pedro et. al (2010).

Comunicação verbal e comunicação não verbal

De acordo com Figueiredo (2012), a linguagem, verbal e não verbal, característica de qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e vai influenciar a forma como cada indivíduo não só percebe a realidade, mas também como a co-constroi.

Nos momentos em que observei a família G pareceu-me haver uma comunicação verbal clara e direta. Quanto à comunicação não verbal, verifiquei que são frequentes o toque, gestos carinhosos, e proximidade física entre os elementos da família, bem como chamadas de atenção às crianças pela expressão facial.

Comunicação circular

Esta subcategoria refere-se à comunicação recíproca entre os elementos da família.

As perguntas circulares são direcionadas às explicações dos problemas, revelando a sua compreensão pela família. Este tipo de perguntas ajuda a obter informações válidas, uma vez

que se estudam os relacionamentos entre membros da família, situações problemáticas, ideias ou crenças (Wright e Leahey, 2009).

Na família G há sempre uma tentativa por parte de LG explicar aos filhos situações mais complexas, nomeadamente a morte do pai ou a doença da avó com questões circulares, como forma de perceber como se adaptam a essas situações.

No entanto, segundo Machado (2006) citado por Pedro et. al (2010), a forma como a criança vive o luto e representa internamente a morte variam de acordo com a idade, a personalidade, o estágio de desenvolvimento cognitivo e psicossocial, a intensidade com que ela vive e está próxima com esta crise e, também, com aspetos mais gerais como a cultura em que está inserida. Torres (2002) citado por Pedro et. al (2010) refere que a criança só concebe a morte como um fenómeno irreversível a partir do estágio das operações concretas, mais ou menos aos sete anos de idade.

Solução de problemas

Segundo LG, o maior problema que a família até agora enfrentou foi a doença, todo o processo de tratamento e a morte de TG. No entanto também foram situações de problema as questões de fertilidade do casal.

Relativamente à fertilidade, inicialmente o casal pensou em não avançar com os tratamentos devido ao valor dos mesmos, no entanto, conversaram e como era um dos objetivos de vida, decidiram prosseguir com o tratamento para o primeiro filho, neste caso NG. Após alguns anos, decidiram novamente iniciar tratamentos pois sempre foi um objetivo do casal terem dois ou mais filhos. Segundo LG fizeram um esforço financeiro para conseguir atingi-lo.

Relativamente à situação de doença de TG, o casal reagiu negativamente ao diagnóstico. No entanto, decidiram em conjunto avançar com tratamentos de radioterapia como forma de resolver a situação. Após receberem a notícia de que TG estava em estadió terminal, LG ficou num estado depressivo, deixando de o visitar ao IPO. Mais tarde, achou pertinente que deveriam juntos passar por esta situação como aconteceu com as gravidezes em que TG a auxiliou bastante por necessitar de repouso.

Após a morte de TG, LG refugiou-se em casa, sem sair, com os dois filhos. Nesta altura, todos os familiares lhe prestaram muito apoio e isso incentivou-a a reagir e a tentar superar a situação de perda. Deste modo, procurou apoio na psicoterapia, a qual frequenta ainda hoje.

Um outro problema é o facto de LG não conseguir a separação entre o papel parental e papel fraternal por saturação. Esta refere sentir-se cansada, no entanto não consegue solucionar um forma de o ultrapassar, por receio de que ao se afastar, estar a fazer falta aos filhos.

Como forma de avaliar a perceção da família G sobre o seu funcionamento foi aplicado o instrumento de avaliação APGAR familiar de Smilkstein (ANEXO II). De acordo com Smilkstein (1984), citado por Figueiredo (2012) são quatro as situações de utilização prioritária desta escala: cuidados domiciliários de uma pessoa com doença crónica; primeira abordagem com a família; quando a família referencia existência de um problema familiar ou quando os comportamentos dos indivíduos são sugestivos de existência de problemas psicossociais. A aplicabilidade desta escala à família G está relacionada com a primeira abordagem de enfermagem de saúde familiar a esta família.

Este é um instrumento constituído por cinco itens, avaliados de uma forma ordinal: “quase sempre” (valor = 2), “algumas vezes” (valor = 1), quase nunca (valor = 0). Esta escala permite avaliar a perceção dos membros relativamente à funcionalidade da família, avaliando-a como família altamente funcional (pontuação de 7 a 10), família com moderada disfunção (pontuação de 4 a 6) e família com disfunção acentuada (pontuação de 0 a 3). Este questionário foi aplicado apenas a LG, visto as crianças ainda não entenderem as questões. Pelo exposto concluo que a família G se apresenta como uma família altamente funcional.

De forma a caracterizar a família quanto à sua capacidade de resolução de problemas, foi ainda aplicada a Escala de Avaliação de Adaptabilidade e Coesão Familiar II (ANEXO III). Esta escala, avalia duas dimensões do funcionamento familiar, nomeadamente a coesão da família e a adaptabilidade, ou seja, a capacidade da família para se adaptar às ocorrências e modificar a sua estrutura perante uma situação de crise.

Esta escala foi aplicada apenas a LG e após a sua aplicação conclui que a família G quanto à coesão é ligada, apresentando uma pontuação de 60 pontos. Quanto à adaptabilidade considerada estruturada por apresentar uma pontuação de 40 pontos. No que diz respeito ao tipo de família esta é considerada moderadamente equilibrada.

Papéis

Esta subcategoria avalia os padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família, sendo que o papel é um comportamento constante numa situação específica.

Wright & Leahey (2009) referem que “embora na sociedade atual, prevaleça cada vez mais a mudança de papéis, tanto para homens como para mulheres, é preciso que a enfermeira avalie a maneira pela qual os membros da família se adaptam aos seus papéis”.

No decorrer das entrevistas, é possível perceber que cada membro tem o seu papel dentro da família, no entanto, o que assume maior importância e destaque é o papel parental de LG.

Sendo o único elemento do papel parental é esta quem exerce todas as tarefas inerentes a esse papel, nomeadamente, ajudar as crianças nas AVD's, tarefas domésticas, preparação de refeições, etc.

O facto de LG assumir o papel parental sozinha coloca-lhe um conflito de papel relacionado com o desempenho do papel individual. O facto de ser mãe, o papel individual fica comprometido na medida em que os momentos sozinha ou momentos com amigos são praticamente nulos.

Também o papel de NG é importante na medida em que assumindo o papel fraternal para com o irmão mais novo tem a necessidade de o auxiliar no crescimento, em conjunto com a mãe, bem como comunicar e brincar com PG.

Influências e poder

A influência instrumental e psicológica afeta a forma como a família expressa as suas emoções e conseqüentemente caracteriza o padrão comportamental dos seus membros (Figueiredo, 2012). O exercício do poder é um processo dinâmico e multidimensional frequentemente focalizado no membro da família que tem mais experiência e influência as decisões. Sendo LG o elemento adulto da família nuclear é esta quem toma as decisões da família.

Crenças

Wright & Leahey (2009) sugerem que as crenças mais relevantes para utentes e famílias são: crenças sobre etiologia, diagnóstico, prognóstico, cura e tratamento, espiritualidade e religião, domínio e controlo, papel dos membros da família, papel dos profissionais de saúde.

Na família G identifiquei a crença religiosa, uma vez que, LG sempre foi crescendo com base religiosa (batismo, primeira comunhão, crisma e casamento) no entanto, após a morte do marido afastou-se, mas sente necessidade de voltar a frequentar, pois sente que é uma atividade que lhe faz falta e que necessita para andar bem consigo mesma.

Alianças e uniões

Esta subcategoria concentra se na orientação, no equilíbrio e na intensidade dos relacionamentos entre os membros da família ou entre famílias e enfermeiros. É facilmente perceptível a união de todos os membros da família.

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

De acordo com Figueiredo (2012), a avaliação familiar permitirá identificar as forças, recursos e necessidades da família permitindo o desenvolvimento de intervenções adequadas às reais necessidades da família. Os diagnósticos correspondem à identificação das forças e concomitantemente das necessidades e/ou problemas.

Diagnósticos de Enfermagem	Caracterização do diagnóstico de enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Saturação do papel parental	Saturação de papel demonstrada por LG ao referir que não tem capacidade de exercer o seu papel como desejava	<ul style="list-style-type: none">- Promover um maior envolvimento da família alargada,- Promover estratégias de coping para o papel,- Motivar para atividades lúdicas,- Explorar quais as situações geradoras de saturação- Dar reforço positivo para validação de tarefas demonstradas
Comunicação emocional ineficaz	LG não consegue expressar as suas emoções negativas dentro da família nuclear, por serem elementos muito jovens	<ul style="list-style-type: none">- Promover um maior envolvimento da família alargada,- Promover um maior envolvimento com a psicoterapia,- Encontrar estratégias de coping.
Crença religiosa, comprometida	LG refere que após a morte de TG foi como se tivesse deixado de acreditar na religião, no entanto mostra interesse em ingressar nos rituais religiosos	<ul style="list-style-type: none">- Promover apoio espiritual,- Proteger crenças religiosas,- Promover envolvimento da família nuclear,- Encaminhar para serviço religioso,- Promover rituais religiosos que possa iniciar em casa com a família nuclear.

<p>Luto eficaz</p>	<p>LG refere ter um processo de luto tranquilo com apoio de psicoterapia.</p> <p>NG e PG não se consegue avaliar devido à idade. No entanto não têm que evidenciem o contrário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o bem-estar psicológico - Avaliar as expectativas futuras - Apoiar o processo de luto da família - Facilitar a capacidade de comunicar sentimentos pela família
---------------------------	---	--

CONCLUSÃO

Ao concluir este processo familiar sinto que tenho capacidade de continuar a avaliar as famílias da unidade, na qual estou inserida no estágio, com maior facilidade tendo em conta MCAF.

Apesar da minha experiência passar pela prática do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo, durante a componente teórica do curso de mestrado, sinto que ganhei uma nova experiência com este modelo, apesar de sentir ser mais complexo.

Pela família selecionada ser uma família monoparental, com poucos elementos, senti bastante dificuldade em encontrar informação relativa a estas famílias, uma vez que as teóricas estão muito focadas nas famílias nucleares constituídas por dois papéis parentais, distribuindo as tarefas de cada etapa do ciclo vital por ambas. No entanto penso que consegui descrever a situação da família e realizar uma correta avaliação. Ainda assim, o facto de haver apenas 1 elemento adulto dificultou-me na aplicação do modelo.

Deste modo, achei por bem focar-me neste elemento, visto as crianças não apresentarem nenhuma alteração por mim identificada. Assim, o plano de cuidados incide sobretudo sobre o elemento LG com o intuito de haver uma continuação de um processo familiar eficaz. No entanto, seria ainda pertinente num futuro avaliar o luto na criança.

Por outro lado, e apesar da família selecionada se ter demonstrado sempre disponível, aquando da colocação de questões mais pessoais, nomeadamente com a família alargada e com questões relacionadas com a morte, apercebi-me de alguma renitência nas respostas, o que em última análise acabou por dificultar a minha colheita de dados.

Por fim, sinto que apesar das dificuldades sentidas, realizei um bom processo de enfermagem, que poderá ser melhorado com o tempo de estágio que virá.

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2002). (Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica. 2ª ed. Coimbra : Quarteto. Psicologia clínica e psiquiatria. ISBN 972-8717-30-X

Carter, B.; McGoldrick, M. (1995) As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Figueiredo M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Friedemann, M. (1998). Family nursing: Research, theory and practice. Stamford: Appleton & Lange.

Pedro et. Al (2010). A vivência da morte na criança e o luto na infância. Portal dos psicólogos.

Wright, L., & Leahey, M., (2009). Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família (4ª ed.). Lisboa: Roca.

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

ANEXO IV – APGAR FAMILIAR

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

ANEXO V – FACES II

FACES II

Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)

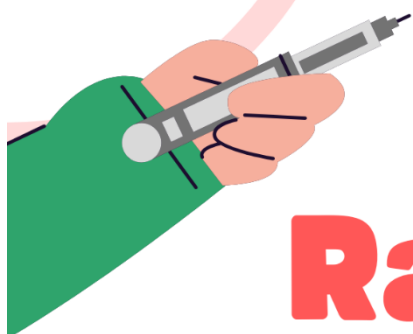
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			x		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				x	
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					x
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	x				
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					x
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			x		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					x
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				x	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					x
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		x			
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					x
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	x				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.		x			
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.		x			

15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	x				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.			x		
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					x
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					x
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	x				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				x	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					x
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.			x		
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					x
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	x				
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	x				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			x		
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					x
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	x				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	x				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					x

Nota: 1. Quase nunca

1. De vez em quando
2. Às vezes
3. Muitas vezes
4. Quase sempre

APÊNDICE IV – DIA MUNDIAL DA DIABETES



Rastreio da Diabetes



**14 DE NOVEMBRO
9H ÀS 13H**

Dia Mundial da Diabetes

**GRATUITO PARA UTENTES DO CENTRO DE
SAÚDE DA ERICEIRA E SANTO ISIDORO**



USF OURICEIRA

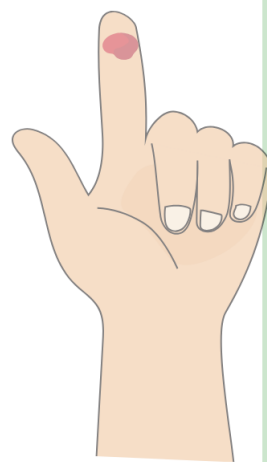
VAMOS PREVENIR A DIABETES

A DIABETES TIPO 2 OCORRE NORMALMENTE NA IDADE ADULTA E ESTÁ ASSOCIADA AO EXCESSO DE PESO, PROVOCADA PELO TIPO DE ALIMENTAÇÃO E O SEDENTARISMO

O QUE CAUSA A DIABETES TIPO 2

Qualquer pessoa pode desenvolver diabetes, no entanto existem pessoas com maior risco:

- + Pessoas com familiares com diabetes
- + Pessoas com excesso de peso ou vida sedentária
- + Mulheres que tenham tido diabetes na gravidez
- + Pessoas com aumento do tamanho da cintura, colesterol elevado e hipertensão
- + Pessoas idosas são mais suscetíveis de desenvolver a doença



MANTENHA-SE ATIVO !

ANEXOS

ANEXO I – ARTIGOS BASE DE DADOS



ESPAÑOL ENGLISH



(nurs*) AND (prevention) AND (overweight) AND (child*) AND (primary health care) Todos os índices

Adicionar outro campo +

Resultados: 1

Ordenar por Publicação - Mais novos primeiro Página 1 de 1

Selecionar esta página 0 Itens selecionados

1. **Management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses: a mixed-method study**

Oliveira, Renata Cardoso ; Souto, Rafaella Queiroga ; Santos, José Luís Guedes dos ; Reichert, Altamira Pereira da Silva ; Ramalho, Elisabeth Luisa Rodrigues ; Collet, Neusa

Revista Latino-Americana de Enfermagem 2022, Volume 30 N° spe elocation e3789

Resumo: > PT > EN > ES | Texto: PT EN ES | PDF: PT | PDF: EN | PDF: ES

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3789>

Exibindo 15 itens por página Página 1 de 1

Filtros

Coleções

Todos

Brasil 1

Periódico

Todos

Revista Latino-Americana d... 1



(((nurs*) AND (child*)) AND (overweight)) AND (primary health care) AND (Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

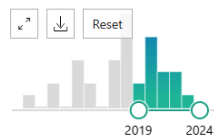
Sort by: Best match

MY NCBI FILTERS

14 results

Page 1 of 2

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

ARTICLE TYPE

- Books and Documents
- Clinical Trial
- Meta-Analysis
- Randomized Controlled Trial
- Review

Filters applied: Abstract, Free full text, Full text, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, English, Portuguese, Child: birth-18 years.

1 **MINISTOP 2.0: a smartphone app integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviours and prevent obesity in preschool-aged children: protocol for a hybrid design effectiveness-implementation study.**

Cite: Henriksson H, Alexandrou C, Henriksson P, Henström M, Bendtsen M, Thomas K, Müssener U, Nilsen P, Löf M.

Share: BMC Public Health. 2020 Nov 23;20(1):1756. doi: 10.1186/s12889-020-09808-w. PMID: 33228572 [Free PMC article](#). Clinical Trial.

Our aims are to evaluate whether a parent-oriented mobile health app (the MINISTOP 2.0 app) integrated into primary child health care can improve diet and physical activity behaviours and reduce the prevalence of overweight and obesity in ...

2 **Effectiveness of a Smartphone App (MINISTOP 2.0) integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviors and prevent obesity in preschool-aged children: randomized controlled trial.**

Cite: Alexandrou C, Henriksson H, Henström M, Henriksson P, Delisle Nyström C, Bendtsen M, Löf M.

Share: Int J Behav Nutr Phys Act. 2023 Feb 21;20(1):22. doi: 10.1186/s12966-023-01405-5. PMID: 36810069 [Free PMC article](#). Clinical Trial.

BACKGROUND: Childhood overweight and obesity is a public health priority. We have previously reported the efficacy of a parent-oriented mobile health (mHealth) app-based intervention (MINISTOP 1.0) which showed improvements in healthy lifestyle behavior ...

Parents' experiences following conversations about their young child's weight in

nurs* Seleccione um Campo (opcional) Pesquisar

AND child* Seleccione um Campo (opcional) Limpar ?

AND prevention Seleccione um Campo (opcional)

AND primary health care Seleccione um Campo (opcional)

AND overweight Seleccione um Campo (opcional) (+) (-)

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Refinar Resultados

Pesquisa Atual

Booleana/Frase:
nurs* AND child* AND prevention AND primary health care AND overweight...

Expansores
Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores
 Texto Integral
 Resumo Disponível
 Data de Publicação: 2019/10/1-2023/12/31

Restringir a

Texto Integral

Resultados da Pesquisa 1 - 9 de 9

Relevância Opções de Página Partilhar

- Evaluation of Adherence to Childhood Obesity Guidelines and the Use of a Screening Tool in the Primary Care Setting.**

(includes abstract) Harding, Shayna *Pediatric Nursing*. Jan/Feb2023; 49(1): 21-31. 11p. (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 0097-9605
Childhood **obesity** is growing at an alarming rate and results in significant **health** issues in children. Current guidelines for preventing **obesity** include behavior modification, screening for **obesity**...

Assuntos: Pediatric **Obesity Prevention** and Control, Practice Guidelines; Guideline Adherence; **Health Screening Methods**; **Primary Health Care**; Quality Improvement; **Child**. 6-12 years

Mostrar todas as 10 Imagens

[Texto Integral em PDF](#)
- Childhood Obesity: Improving Outcomes Through Primary Care-Based Interventions.**

(includes abstract) Henderson, Natasha N. *Pediatric Nursing*. Nov/Dec2021; 47(6): 267-300. 34p. (Journal Article - CEI) research, systematic review, tables/charts) ISSN: 0097-9605

nurs* AB Resumo Pesquisar

AND child* AB Resumo Limpar ?

AND overweight AB Resumo

AND primary health care AB Resumo

AND prevention AB Resumo (+) (-)

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Refinar Resultados

Pesquisa Atual

Pesquisar todos os termos de pesquisa que indique:
AB nurs* AND AB child* AND AB overweight AND A B primary health ca...

Expansores
 Pesquisar também no texto integral dos artigos
 Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores
 Texto Integral
 Data de Publicação: 2019/10/1-2023/12/31
 Available in Library Collection

Resultados da Pesquisa 1 - 21 de 21

Relevância Opções de Página

- Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.
- Randomized controlled trial evaluating a virtual parenting intervention for young children at risk of obesity: study protocol for Parenting Addressing Early Years Intervention with Coaching Visits in Toronto (PARENT) trial.**

By: Rae, Sarah; Maguire, Jonathon; Aglipay, Mary; Banwick, Melanie; Danavan, Karoon; Haines, Jess; Jenkins, Jennifer; Klaassen, Marie; Moretti, Myla E.; Ong, Frank; Persaud, Nav; Porepa, Michelle; Straus, Sharon; Tavares, Erika; Willan, Andrew; Birken, Catherine. *Trials*. 1/4/2023, p1-12. 12p. DOI: 10.1186/s13063-022-06947-w. Base de dados: Academic Search Complete

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF \(1,2MB\)](#) [Exportar Endnote Web / Mendeley](#)
 - Childhood Obesity: Improving Outcomes Through Primary Care-Based Interventions.**

By: Henderson, Natasha N. *Pediatric Nursing*. Nov/Dec2021, Vol. 47 Issue 6, p267-300. 34p. 3 Charts. Base de dados: Academic Search Complete

Assuntos: CINAHL database; ONLINE information services; FAMILY nursing; OCCUPATIONAL roles; LIFESTYLES; **HEALTH** education; EVALUATION of human services programs; INFORMATION storage & retrieval systems; **MEDICAL** databases; SOCIAL support, **COUNSELING**; **CHILDHOOD** obesity; **SYSTEMATIC** reviews; CONTINUING education units; FAMILIES; HUMAN services programs; **PRIMARY health care**; TREATMENT effectiveness; **ADOLESCENT health**; **CHILDREN'S health**; **NURSES**; QUALITY assurance; MEDLINE; BODY mass index; EARLY diagnosis; **HEALTH** promotion; COMORBIDITY; Other Individual and Family Services

nurs*	Selecione um Campo (opcional) ▾	Pesquisar
AND ▾ child*	Selecione um Campo (opcional) ▾	
AND ▾ primary health care	Selecione um Campo (opcional) ▾	
AND ▾ overweight	Selecione um Campo (opcional) ▾	
AND ▾ prevention	Selecione um Campo (opcional) ▾	

(+)

[Limpar ?](#)

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Refinar Resultados

Pesquisa Atual

Booleana/Frase:
nurs* AND child* AND primary health care AND overweight AND prevent...

Expansores
Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores
 Texto Integral
 Data de Publicação: 20190101-20221231
 Resumo Disponível

Restringir a

Texto Integral
 Resumo Disponível
 Idioma Inglês

Resultados da Pesquisa 1 - 7 de 7

Relevância ▾ Opções de Página ▾ Partilhar ▾

1. Effectiveness of a Multifactorial Intervention in the First 1000 Days of Life to Prevent Obesity and Overweight in Childhood: Study Protocol.



(English) ; Abstract available. By: Díaz-Rodríguez M, Pérez-Muñoz C, Lendinez-de la Cruz JM, Fernández-Gutiérrez M, Bas-Samiento P, Ferriz-Mas BC, International journal of environmental research and public health [Int J Environ Res Public Health]. ISSN: 1660-4601, 2020 Mar 26, Vol. 17 (7), Publisher: MDPI, PMID: 32225027

(1) Background - **Obesity** is a global **health** problem, and its **prevention** must be a priority goal of public **health**, especially considering the seriousness of the problem among children. It is known...

Assuntos: Health Promotion methods, **Overweight prevention** & control, Pediatric **Obesity prevention** & control, **Primary Health Care**, Controlled Clinical Trials as Topic, Female, Humans, Infant, Mothers, Pregnancy

[Texto Integral em HTML](#) [Texto Integral em PDF](#)

2. Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project.



(English) ; Abstract available. By: Eli K, Neovius C, Nordin K, Brissman M, Ek A, BMC public health [BMC Public Health]. ISSN: 1471-2458, 2022 Aug 12, Vol. 22 (1), pp. 1540, Publisher: BioMed Central, PMID: 35962359

In **primary** healthcare, conversations between clinicians and parents about young children's **overweight** are key to providing support and initiating weight management. However, given the sensitivity...