



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

**CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA
SAUDÁVEIS**

**Contribution of the Specialist Nurse in Childish and pediatric health in the
promotion of healthy lifestyles**

Por

Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires

Lisboa, 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

**CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA
SAUDÁVEIS**

**Contribution of the Specialist Nurse in Childish and pediatric health in the
promotion of healthy lifestyles**

Por

Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2023

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós...”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório não seria possível sem a presença e colaboração de várias pessoas que estiveram ao meu lado durante este percurso. Como tal, a todas elas expresso a minha gratidão pelo apoio prestado.

Ao meu marido pela paciência, compreensão e apoio incondicional nesta minha longa caminhada. Sempre me encorajou e acreditou no meu trabalho.

Ao meu filho Martim, por todos os momentos de ausência em que teve de ser forte.

À Professora Doutora Zaida Charepe pela disponibilidade e orientação durante este período de aprendizagem e por me ter ajudado a crescer não só como estudante, mas, também, como profissional, sem si não teria sido possível.

À Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pela preparação teórica e prática, da qual agora usufruo.

Aos meus pais que mesmo á distancia sempre me apoiaram e compreenderam.

À minha amiga e colega Cláudia, que me acompanhou neste percurso, tu sabes como foste importante para mim.

Às Enfermeiras orientadoras que nos diferentes contextos, me receberam de braços abertos, e me facultaram momentos de aprendizagem.

A todas as crianças e pais pelo carinho e força, que me fazem crescer todos os dias!

A todos vós, o meu muito obrigado!

RESUMO

O presente relatório desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, visa analisar crítico-reflexivamente o desenvolvimento e aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros efetuado no decorrer do estágio. Estabeleceu-se como temática central a promoção da saúde da criança com foco nos estilos de vida saudáveis.

Evocando a metodologia de trabalho de projeto tracei como objetivo geral e transversal aos estágios, o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com ênfase na promoção de estilos de vida saudável, nos diferentes contextos da prestação de cuidados.

O contributo dos enfermeiros na adoção de estilos de vida saudável e melhoria da saúde da população pediátrica através de intervenções de enfermagem alicerçadas na Promoção e Educação para a Saúde é cada vez mais relevante. A adoção de hábitos de saúde na infância tende a manter-se pela vida adulta. A implementação de programas de promoção da saúde nos primeiros anos de vida é, nesta perspetiva, considerada fundamental, com ganhos em saúde e implicações que se prolongam a longo prazo.

A orientação conceptual que sustentou a experiência formativa foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. De modo a atingir o objetivo, foram realizadas diversas atividades ao longo dos diferentes contextos de estágios, nomeadamente a realização de um poster e uma sessão formativa acerca dos acidentes domésticos no primeiro ano de vida na Unidade de Internamento de Neonatologia, a realização de uma norma de procedimento setorial sobre segurança infantil até aos quatro anos de idade na Unidade de Urgência Pediátrica, bem como um cartaz informativo sobre estratégias promotoras de uma alimentação saudável na infância na Unidade de Internamento de Pediatria. Destaca-se ainda outra atividade realizada, com importância na aquisição de competências de mestre, a participação no V

Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, Enfermagem Especializada: “Uma Voz para a Humanização” com a apresentação de um poster científico.

Com o objetivo de mapear a evidência científica acerca desta temática, foi elaborada uma scoping review: Intervenções de enfermagem promotoras de estilo de vida saudável dirigidas à criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde.

Ao longo deste caminho surgiram imprevistos, experiências inesperadas, crescimento e enriquecimento profissional e de igual modo pessoal, levando à adaptação e (re)construção de saberes, o que me permitiu desenvolver competências a nível de investigação, proporcionando conhecimentos básicos, para desempenhar a prática com excelência baseada na investigação científica.

Palavras-chaves: Enfermagem Pediátrica, Promoção da Saúde, Estilos de Vida Saudável, Criança.

ABSTRACT

The present report written and achieved in the ambit of the Master's Degree in Nursing concerning the area of the specialization in Child and Pediatric Health Nursing at the Portuguese Catholic University, aims at describing and analysing in a critical - reflective way, the development and acquisition of the defined skills by "Order of Nurses" and acquired during the practices. It was established as the central subject-matter the promotion of the child's health with the focus of attention in the healthy lifestyles.

Evoking the methodology of the project of work as overall and as cross-cutting objectives to the practices, I defined the development of the skills of the Specialist Nurse in Childish and Pediatrics Health, emphasizing the promotion of healthy lifestyles in the different contexts of health caring.

The contribution of the nurses to adopt healthy lifestyles and improve the health of the paediatric population by means of consolidated and accurate interventions, in the Health Promotion and education is more and more relevant. The adoption of healthy habits in childhood tends to continue in adulthood. In this perspective, the implementation of the promotion programmes of the health during the first years of one's life is considered fundamental for the benefit of the health and has implications which will extend for a long date.

The conceptual orientation, that sustained the formative experience, was Nola Pender's Health Promotion model.

So that the objectives could be attained, several activities were held along the different contexts of the practices, such as the holding of a training session, concerning domestic accidents in the first year of life in the neonatal unit, the production of a norm, of sectorial procedure, about childish security, during the first four years of children's life in the pediatric emergency unit, and the production of an informative chart concerning the promotion of the strategies for a healthy diet in the childhood in the pediatric medicine hospitalization. In addition to these activities it is worth mentioning that another activity was held, considering its importance for the acquisition of master skills, that is, the participation in the 5th

International Seminar off the Master's Degree in Nursing, Specialized Nursing: "One Voice for Humanization", with the presentation of a scientific poster.

With the aim of mapping the scientific evidence about this subject, it was elaborated a scoping review: nursing interventions to promote the healthy lifestyle focused on the child at school age and on the parents in the education" context" to the health.

Along this way many unforeseen situations arose, unexpected experiences, professional improvement as well as personal improvement with the demand of adapting and rebuilding the know-how to the circumstances and to get further knowledge, which allowed me to develop skills at the research level, providing basic knowledge, to carry out practice with excellence based on scientific research.

Keywords: Pediatric Nursing, health promotion, healthy lifestyles, Child.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

APA – American Psychological Association

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

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

CH[REDACTED] – Centro Hospitalar [REDACTED]

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

DGS – Direção Geral de Saúde

DNTs – Doenças não Transmissíveis

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EV – Estilo de Vida

Et al. – e colaboradores

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de observação

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UIN – Unidade de Internamento de Neonatologia

UIP – Unidade de Internamento de Pediatria

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL | 23 |
| 1.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS | 23 |
| 1.1.1 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender : o contributo da teoria de enfermagem | 27 |
| 1.1.2 - Intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável dirigidas à criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde: uma scoping review | 31 |
| 2 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA ASSOCIADA AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 41 |
| 2.1 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE NEONATOLOGIA | 43 |
| 2.2 - UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA | 52 |
| 2.3 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA | 61 |
| 3 -CONCLUSÃO | 73 |
| 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| APÊNDICES | 85 |
| Apêndice I – Poster científico apresentado no V Seminário Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem intitulado “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Estilo de Vida Saudável Dirigidas à Criança em Idade Escolar e Pais em Contexto de Educação para a Saúde: “Scoping Review” | 87 |
| Apêndice II – “ Crescer em Segurança no Primeiro Ano de Vida” - Plano da Sessão formativa e sua apresentação elaborados em contexto da Unidade de Internamento de Neonatologia | 91 |
| Apêndice III – Procedimento setorial – “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos de idade” e plano da sessão de formação realizado em contexto da Unidade de Urgência Pediátrica | 129 |

Apêndice IV – Cartaz Informativo dirigido aos pais sobre Obesidade Infantil – “Uma Epidemia do Século XXI” e apresentação da sessão formativa : Promover uma alimentação saudável na infância para os Enfermeiros em contexto de formação em serviço na Unidade de internamento de Pediatria _____ 171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz conceptual do Modelo de Promoção da Saúde, traduzido e adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons (2015) _____ 30

Figura 2 – Fluxograma PRISMA para seleção de estudos (Tricco et al., 2018) _____ 34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro1- Caracterização e resultados dos estudos incluídos na *Scoping Review* _____ 36

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pretende refletir o percurso formativo desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório.

Para a elaboração deste relatório recorreu-se à metodologia descritiva e reflexiva que visa descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o percurso de desenvolvimento de competências profissionais de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica bem como as competências académicas preconizadas para o grau académico de Mestre.

A temática escolhida, que me acompanhou ao longo deste percurso formativo, reflete-se no título do presente relatório: Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção de estilos de vida saudáveis, emergindo do meu interesse de crescimento, desenvolvimento pessoal e ainda do meu exercício profissional. Neste âmbito torna-se relevante a atuação do enfermeiro especialista na capacitação da criança, jovem e pais através da disponibilização de conhecimentos acerca dos cuidados antecipatórios na promoção de estilos de vida saudável.

O crescimento económico, a urbanização e a globalização têm provocado alterações nos estilos de vida do século XXI, o que tem afetado de forma significativa a saúde de toda a população (Leiva et al, 2018). São vários e conhecidos os fatores que podem influenciar de alguma forma a saúde de pessoas e comunidades, usualmente designados por determinantes da saúde. Destes determinantes, importa destacar os Estilos de Vida (tal como: alimentação, atividade física, sono, entre outros), que representam em si uma importante oportunidade de promoção da saúde (DGS, 2020). A adoção de um Estilo de Vida Saudável deve ser vista como uma oportunidade e um desafio da pessoa, e da família, pela possibilidade de ter uma atitude preventiva no que diz respeito à sua própria saúde (DGS, 2020).

Duarte et al., (2022) afirma, através de um estudo realizado no ano de 2021 onde participaram peritos na área da saúde e educação e familiares de crianças pequenas, que é reconhecida a importância da promoção de estilos de vida saudáveis nos primeiros anos de

vida (Duarte et al., 2022). Também para Leiva et al., (2018) é necessário educar a população desde a primeira infância, pois é nesta fase que se começa a adotar os estilos de vida que apresentará na vida adulta (Leiva et al., 2018).

Neste âmbito a identificação de áreas prioritárias de intervenção em saúde que promovam estilos de vida saudáveis, são um desafio inadiável (Duarte et al., 2022).

A mudança nos perfis epidemiológicos das populações tem se refletido no aumento de peso, na obesidade e nas doenças cardiovasculares (Leiva et al., 2018)).

A obesidade além de doença crônica constitui fator de risco para outras doenças tais como a diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares entre outras onde se reconhece a elevada prevalência na criança e jovem (Beja, 2014).

Portugal tem uma das mais elevadas prevalências de hipertensão arterial na Europa, afeta 36% da população portuguesa (SNS, 2018). Também a diabetes é responsável por um número considerável de mortes, afeta 10% da população portuguesa (SNS, 2018). A obesidade, enquanto doença crônica e simultaneamente fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, atinge mais de 20% da população adulta portuguesa, sendo que o excesso de peso ultrapassa os 50%. Também a obesidade infantil atinge proporções elevadas, sendo a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) estimada em 2019 de 29,6% (DGS, 2022).

Segundo a OMS a prevenção da obesidade traz benefícios diretos que se observam no bem-estar das crianças, na sua infância e na sua vida adulta, contribuindo também, para a redução dos encargos dos sistemas de saúde. Desta forma a monitorização do peso infantil assume uma elevada importância na definição das estratégias mais eficazes a serem adotadas tanto para a prevenção como para o tratamento (OMS, 2018). Assim, o papel do enfermeiro constitui-se de extrema importância quer na prevenção da doença, promovendo hábitos alimentares saudáveis e a prática do exercício físico, quer no seu tratamento (Sousa et al., 2015).

Durante o decorrer do percurso desenvolvido nos diferentes locais de estágio emergiram duas áreas de intervenção prioritárias, a saber: promoção da alimentação saudável numa perspectiva de prevenção da obesidade infantil e promoção da segurança infantil, dois determinantes que influenciam a saúde e a qualidade de vida da criança e do jovem. Contudo é na primeira infância, que os benefícios de intervir são mais relevantes e onde os riscos da doença podem ser mais facilmente reduzidos (Duarte et al., 2022). Este período, constitui uma janela de oportunidade na otimização do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como na modelação da sua saúde futura (Duarte et al, 2022). Assim, as crianças e os

jovens constituem um grupo de intervenção prioritário e justificam a maior dedicação e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, como os enfermeiros, na promoção da saúde infantil (Duarte et al., 2022).

O referencial teórico norteador do meu raciocínio clínico aquando da prestação de cuidados, foi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, dado que o mesmo se baseia, na visão holística da pessoa como ser biopsicossocial (Pender et al., 2015). A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Pender et al., 2015).

Estruturalmente o presente relatório é constituído pela presente introdução, onde é realizada uma abordagem geral do trabalho desenvolvido e por três capítulos. Assim, no primeiro capítulo e com base numa revisão da literatura atual e com evidencia científica, encontra-se o enquadramento conceptual com abordagem ao referencial teórico de Nola Pender, onde é apresentada a problemática que conduziu todo este percurso. O Capítulo seguinte diz respeito ao percurso formativo, foi utilizada a metodologia de projeto, dando visibilidade ao diagnóstico de situação, objetivos específicos e planeamento de atividades. Neste capítulo, encontram-se descritos e analisados os locais de estágio, os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades desenvolvidas que permitiram desenvolver competências de Mestre, Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica. No terceiro capítulo apresenta-se a conclusão. Por fim são apresentados, as referências bibliográficas e os apêndices.

O presente relatório cumpre as normas de citação e referenciação da sétima edição da American Psychological Association (APA) e foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se descrever o enquadramento teórico com base numa revisão da literatura científica mais recente, de forma a justificar a necessidade e a pertinência da problemática escolhida. Pretende-se ainda clarificar a definição dos principais conceitos considerados pertinentes, bem como, apresentar a teoria de enfermagem que sustentou toda a prática de cuidados.

É também abordada a scoping review que teve como objetivo mapear o conhecimento descrito na literatura científica acerca das intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável dirigidas á criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde, garantindo uma prática baseada na evidência disponível. Os resultados obtidos na sequência desta revisão, demonstram a importância do papel do enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis na criança em idade escolar.

1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A promoção da saúde e a prevenção de complicações inerentes, integradas na atuação e avaliação na promoção de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, são padrões instituídos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

A Promoção da Saúde é um conceito que tem vindo a assumir grande importância na era atual. É um campo do conhecimento ainda recente na história da Saúde Pública e ao mesmo tempo encontra-se em plena evolução científica. Estudos realizados têm tentado acompanhar a sua aplicação nas mais variadas populações e contextos de intervenção em saúde (Hartmann et al., 2020).

Um dos principais marcos que contribuiu para a promoção da saúde ocorreu há mais de 40 anos em Alma-Ata. Na Conferência Internacional de Alma-Ata (1977) foi elaborada uma

declaração, que estabeleceu a necessidade urgente de promover a saúde para todos até o ano 2000, através da criação dos cuidados de saúde primários (Hartmann et al, 2020).

O conceito promoção da saúde teve maior evidência após a 1ª conferência internacional sobre a promoção da saúde, onde foi aprovada a Carta de Ottawa, a dia 21 de novembro de 1986. Esta conferência teve por base a Declaração de Alma-Ata de 1977 (OMS, 1986). A Carta de Ottawa marcou definitivamente a história da Saúde Pública, definindo a promoção da saúde, como *"o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"*. Do descrito na Carta, depreende-se a relevância da equidade, como um dos focos da promoção da saúde, com o objetivo de reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável (Hartmann et al., 2020). A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Desta forma, aumentam as opções disponíveis para que as pessoas possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como a sua capacidade em optar pelo que conduza a uma saúde melhor.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei nº 48/90, de 24 de agosto) no capítulo 1 base II destaca que *"(...) a promoção de saúde e a prevenção da doença são áreas prioritárias (...)"*. O regulamento do exercício profissional de enfermagem (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro) preconiza que o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como um dos objetivos fundamentais a **promoção da saúde**. Ainda de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, presente no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que, o papel do enfermeiro assim como o seu dever, configura-se pela responsabilização para com a população e comunidade na promoção da saúde e na resposta às suas necessidades em cuidados de enfermagem (OE, 2015).

A promoção da saúde contempla a educação para a saúde, embora os termos estejam intimamente ligados, eles não são os mesmos. Considerada como componente básico na promoção de saúde, a educação para a saúde, concentra as atividades de aprendizagem e experiências que se realizam junto a pessoas e grupos com o intuito de modificar comportamentos (Pender et al., 2015). A Lei de Bases da Saúde (lei nº48/90, de 24 de agosto) defende a educação da população para a saúde, no sentido de despertar a atenção dos indivíduos e grupos sociais para a modificação de comportamentos nocivos à saúde pública e individual. É considerada parte essencial da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e os indivíduos. A educação em saúde permite aos profissionais de saúde fornecer

informações pertinentes, para o conhecimento que os suporte nos processos de tomada de decisão em saúde (Pender et al.,2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2023). Esta definição, continua a ser a definição de saúde com maior reconhecimento universal, sendo a mais usada e abrangente em todo o mundo (Pender et al., 2015). O surgimento da promoção da saúde como aspeto central da saúde mudou o paradigma da definição de saúde (modelo medico-curativo) para uma definição multidimensional de saúde com dimensões físicas, sociais, económicas, culturais e ambientais e desta forma, os seus benefícios para a saúde podem potencialmente ser alcançados a partir de mudanças positivas (Pender et al., 2015).

São vários e conhecidos os fatores que podem influenciar de alguma forma a saúde de pessoas e comunidades, usualmente designados por determinantes da saúde. Destes determinantes, importa destacar os Estilos de Vida (tal como: alimentação, atividade física, sono, segurança entre outros), que representam em si uma importante oportunidade de promoção da saúde. A obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudável surge como uma forma de influenciar positivamente a saúde (DGS, 2020). A adoção de um Estilo de Vida Saudável deve ser vista como uma oportunidade e um desafio para pessoa, e para a sua família, pela possibilidade de ter uma atitude preventiva no que diz respeito à saúde. Estas ações têm grande influência na saúde em geral e na qualidade de vida das pessoas (DGS, 2020).

Para Madeira et al., (2018) o Estilo de vida (EV) caracteriza-se por um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada um. Para o mesmo autor os *“Estilos de vida Saudáveis são interpretados hegemonicamente como um conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde, entendida como fenómeno eminentemente biológico”* (Madeira et al., 2018, p. 106).

É reconhecida a importância da promoção de estilos de vida saudáveis nos primeiros anos de vida (Duarte et al., 2022). Também para Nola Pender (2015) os estilos de vida que promovem a saúde devem começar na primeira infância para reverter a tendência devastadora do aumento das doenças crónicas, custos crescentes para a saúde e expectativas de vida mais curta. Esta idade constitui uma janela de oportunidade para o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como para a modelação da saúde futura e para a adoção

de estilos de vida saudáveis. A adoção de hábitos de saúde na infância tende a manter-se pela vida adulta (Duarte et al., 2022).

Ambientes e sistemas pouco saudáveis podem ter um impacto negativo na vida da criança, com consequências que podem ser irreversíveis. Assim, a vigilância da saúde da criança integra não só a detecção precoce de doenças, mas também o apoio à parentalidade, salvaguardando o bem-estar global da criança (Duarte et al., 2022). O EEESIP tem como uma das competências, “(...) assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.” (OE, 2018, p. 19192).

As doenças crónicas tais como as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus que constituem hoje a principal causa de mortalidade e morbidade nas sociedades desenvolvidas têm como etiologia comum, um conjunto de fatores relacionados com os estilos de vida individuais, correspondentes às áreas da nutrição, exercício físico, consumo excessivo de álcool, tabagismo e má gestão do stress (Ministério da Saúde, 2003). A Direção Geral da Saúde (DGS), refere que “comer mal” é o principal responsável pela perda de anos de vida saudável dos portugueses, e a obesidade o maior problema de saúde pública (DGS, 2022), com prevalência Mundial, (Rito et al., 2017). Em Portugal, a obesidade infantil atinge proporções elevadas, já que no ano de 2019 a prevalência de excesso de peso estimada incluindo, a obesidade era de 29,6% e 11,9% eram crianças que viviam com obesidade infantil (SNS, 2021). No seguimento do descrito, cerca de 55,0% das crianças com obesidade tornam-se adolescentes com a mesma condição e cerca de 80,0% destes adolescentes serão adultos obesos, reduzindo a média da idade do aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis (DNTs), com fortes consequências a nível da saúde e da economia do país (SNS, 2021).

Mediante o exposto, sabe-se que é na primeira infância que os benefícios de intervir na promoção da saúde são mais relevantes, onde os riscos da doença podem ser mais facilmente reduzidos. Assim, as crianças constituem um grupo de intervenção prioritário e justificam a maior dedicação e disponibilidade por parte dos enfermeiros, na promoção da saúde infantil (Duarte et al., 2022). As adoções de hábitos de vida saudáveis pelas crianças pequenas advêm do cuidado recebido pelos pais, por outros familiares, por cuidadores e pelos serviços comunitários (saúde e escolar) (Duarte et al., 2022). É neste período da vida que se moldam os seus gostos e preferências, sendo os pais/família, modelos que as crianças tendem a imitar. De um modo geral, quando os pais têm hábitos saudáveis, o filho também os tem (DGS, 2020).

O EEESIP é o elemento da equipa de saúde que “(...) procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.” (OE, 2018, p. 19193). Desta forma é importante que o EEESIP ao prestar cuidados à criança tenha em conta o conceito dos cuidados centrados na família (Serafim et al., 2012, p.12). Define-se criança como “(...) toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos, ou 25 e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2017, p.4). É fundamental reconhecer a família como uma constante na vida da criança ou do jovem, sendo esta um dos principais fatores influentes no seu desenvolvimento, o que significa que se apenas nos centramos unicamente na criança, não estaremos a contribuir para o desenvolvimento das suas potencialidades, pelo que deveremos assim, englobar a família (Serafim et al., 2012). Desta forma o EEESIP deverá trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade e casa para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2018, p.19192). Para Serafim et al., (2012) “A educação para a saúde dirigida aos pais constitui um dos pilares na parceria dos cuidados, necessária para um ganho maior na sua autonomia e adaptação às necessidades ou problemas vivenciados pela criança consoante a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento” (Serafim et al., 2012, p.12).

Assim, a saúde da criança é determinada pela adoção de EV saudáveis em todo o seu ciclo vital, sendo a infância, o pilar para a construção de hábitos futuros e a educação para a saúde uma das estratégias encontradas pelos enfermeiros para promover a adoção de EV saudável.

1.1.1. Modelo de Promoção da Saúde de nola Pender : o contributo da teoria de enfermagem

Os comportamentos de saúde têm ligação direta à qualidade de vida, sendo o MPS, um recurso teórico que contribui para o suporte da intervenção em enfermagem, com implicações na melhoria da prestação de cuidados. Foi desenvolvido na década de 80 por Nola Pender nos Estados Unidos, historicamente apareceu pela primeira vez na literatura de enfermagem em 1982, considerada uma teoria de médio alcance, pertencente á escola da

promoção da saúde que tem como objetivo a promoção de comportamentos de saúde orientados para a pessoa/família e integra o paradigma da integração.

Este modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem ao estudo do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos de saúde, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a comprometerem-se com comportamentos promotores de saúde. O modelo estuda a inter-relação de três componentes principais: as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; os conhecimentos e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar; e o comportamento desejável de promoção da saúde, este por sua vez subdivide-se em variáveis (Pender et al., 2015).

A partir da leitura da sua matriz conceptual (Figura 1), observam-se as **características e experiências individuais** (Pender, et al., 2015): cada pessoa possui características e experiências únicas que influenciam as suas ações futuras. Aqui inclui-se o **comportamento anterior** (que pode ser modificado), que vai influenciar o comportamento atual devido à formação de hábitos, tendo como objetivo provocar efeitos diretos e indiretos na probabilidade da pessoa se envolver em comportamentos que potenciem a saúde. Segundo a autora esta variável é o ponto de partida do modelo, isto é, a condição padrão para a elaboração das intervenções de enfermagem. Os **fatores pessoais** (Pender, et al., 2015), categorizados como biológicos (idade, índice de massa corporal, estágio pubertário, estágio da menopausa, força, equilíbrio), psicológicos (autoestima, auto motivação, estado de saúde percebido) e socioculturais (raça, etnia, nível socioeconómico), limitando-se àqueles que são importantes para explicar ou prever o comportamento pretendido.

O núcleo central da matriz conceptual, é composto, pelos **conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar** (Pender, et al., 2015), demonstrado em seis variáveis, consideradas de grande importância motivacional que podem ser modificadas por meio de intervenções de enfermagem. A mensuração destas variáveis é essencial, para avaliar se a mudança comportamental realmente resulta da intervenção. Inclui: **percebe benefícios para a ação** (corresponde às representações mentais positivas que reforçam as consequências de adotar determinado comportamento e dependem dos benefícios que se espera alcançar); **percebe barreiras para a ação** (representa as potenciais dificuldades, obstáculos e desafios pessoais, que podem prejudicar a mudança comportamental); **percebe a autoeficácia** (é o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar a ação potenciando o comportamento de promoção de saúde). **Sentimentos relacionados ao comportamento** (referem-se a uma reação emocional direta, podendo o sentimento gerado

determinar se o comportamento será ou não repetido e mantido a longo prazo). Para além destes fatores pessoais, o indivíduo está sujeito às **influências interpessoais** (Pender, et al., 2015), por viver em comunidades e sociedades (estas correspondem aos conhecimentos, crenças e atitudes dos outros que envolvem os comportamentos). As fontes primárias de influência interpessoal nos comportamentos de promoção da criança e do jovem, são a família, os amigos e os profissionais de saúde. Incluem também as normas sociais, apoios e modelos (aprendizagem através da observação dos outros) e ainda as **influências situacionais, nomeadamente** o meio ambiente que rodeia a criança e o jovem, os seus pais e a sua família, em que pode facilitar ou dificultar determinado comportamento e influenciar a mudança respetivamente (Pender et al., 2015).

A terceira coluna representada inclui o **resultado do comportamento**, a saber : este pretende avaliar, se houve ou não mudança para o comportamento promotor de saúde, que exige um compromisso com o plano de ação definido (intervenções de enfermagem) e uma desvinculação com os comportamentos alternativos, **exigências** (representam os comportamentos alternativos, em que a pessoa possui um nível relativamente baixo de controle, devido a contingências do ambiente, como exemplo, o trabalho e as responsabilidades com a família) e **preferências imediatas** (exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento, em que a pessoa tem o poder de exercer um controlo significativo) (Pender, et al., 2015).

O **Comportamento de Promoção de Saúde**, é o ponto final que representa o resultado da implementação do modelo de promoção de saúde (Pender et al, 2015).

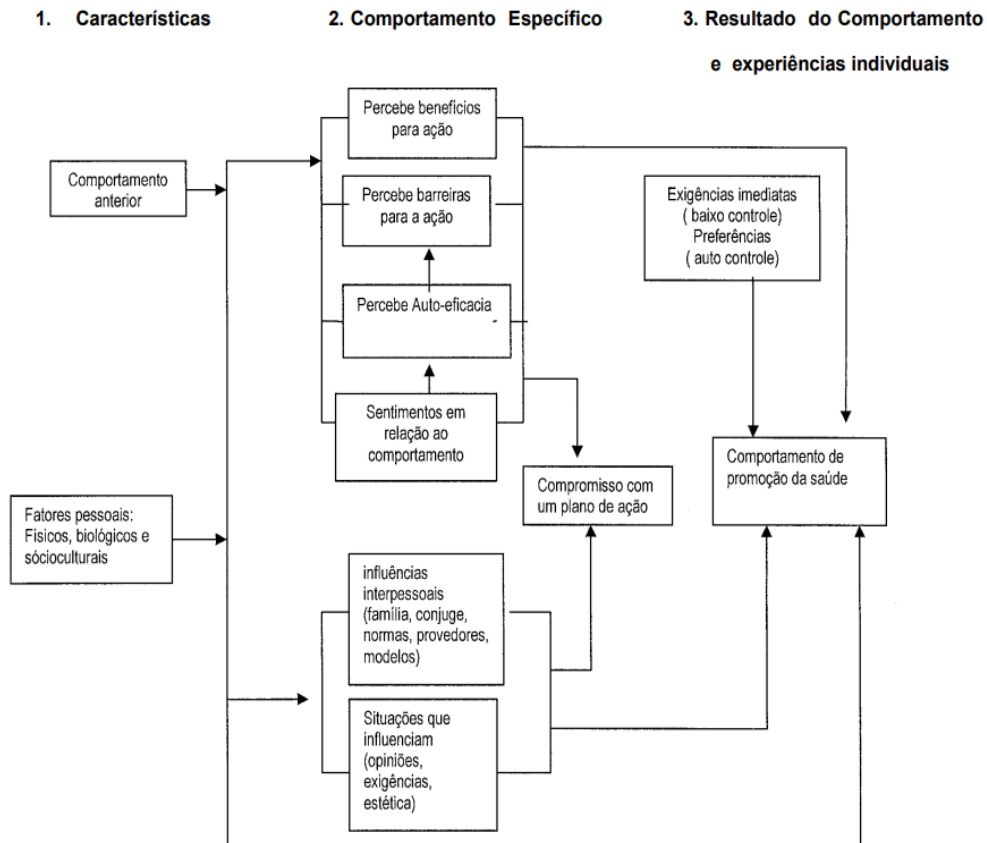


Figura 1. Matriz conceptual do Modelo de Promoção da Saúde, traduzido e adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons (2015)

Na área de saúde infantil e pediátrica a promoção da saúde é fundamental, havendo a necessidade de um maior investimento e intervenção por parte dos EEESIP, no acompanhamento da criança, das suas famílias e cuidadores, contribuindo desse modo, de forma significativa, na maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

O MPS foi o escolhido para o desenvolvimento deste projeto visto que as atividades, estratégias e intervenções de enfermagem realizadas durante os estágios foram no âmbito da promoção da saúde. O meu alvo de intervenção foi a criança, mas muitas vezes é necessário atuar a nível dos pais de forma a motivar alterações no seu comportamento para chegar á criança, pois este não está isolado e o seu desenvolvimento está relacionado com tudo o que a rodeia. Assim, o MPS representado no diagrama acima, fornece ao EEESIP uma perspetiva integrativa das variáveis que influenciam no comportamento promotor de saúde, permitindo delinear estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica. O Seu objetivo é auxiliar o enfermeiro na observação e compreensão do comportamento anterior da

criança/família, aquele que deve ser modificado, tendo em conta, as suas características e experiências que são únicas e afetam as suas ações. Segundo a autora este é o ponto de partida para a elaboração das intervenções de enfermagem com base na avaliação dessas características que devem ser direcionadas a cada criança/família que levarão á promoção da saúde. O enfermeiro pode realizar a intervenção apenas á criança ou envolver toda a família. Posteriormente leva-se a cabo as intervenções que vão conduzir á adoção de comportamentos de saúde da criança/família, tendo em conta os benefícios e barreiras para a ação, sentimentos e influencias interpessoais e situacionais que podem facilitar ou comprometer os resultados. A obtenção de sucesso com estas intervenções irá resultar em comportamentos de promoção da saúde como resultado da ação orientada, com vista á obtenção de resultados positivos, como melhoria da saúde e maior qualidade de vida da criança e pais.

1.1.2. Intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável dirigidas á criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde: uma *scoping review*

Introdução

A promoção da saúde é definida como um processo que consiste em capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la (Carta de Ottawa, 1986).

É importante realçar o pensamento em saúde em todas as políticas, ambientes saudáveis, estilos de vida saudáveis e da necessidade de orientação dos serviços de saúde para a prevenção de doenças e promoção da saúde (DGS, 2020).

A adoção de estilo de vida saudável deve ser vista como uma oportunidade e um desafio da pessoa, da família e da comunidade devido ao facto de ter uma atitude preventiva em relação à saúde (DGS, 2020). Um dos enunciados descritos dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros é a Promoção da Saúde, referindo que “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovens ajuda a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde*” (OE, 2011).

A OMS refere que não seguir as recomendações atuais de atividade física é responsável por 5 milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano, em todas as faixas etárias. Dados atuais indicam que, mais de 23% dos adultos e 80% dos adolescentes têm pouca atividade física, acrescentando que se o comportamento sedentário, a atividade física saudável e os hábitos

de sono forem estabelecidos no início da vida, irá proporcionar hábitos saudáveis desde a infância e a adolescência até à idade adulta. Desta forma ocorrerá uma melhoria da sua saúde física, mental e de bem-estar ajudando a prevenir a obesidade infantil e doenças associadas que surgem mais tarde na vida (OMS, 2019).

Em Portugal, os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) 2015-2016 indicam que a prevalência da população entre os 6 e os 14 anos que cumpre as recomendações de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa é de 57,5%, pelo que apenas pouco mais de 50% cumpre esta indicação. O grupo etário dos 3 aos 9 anos tem uma prática de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, com carácter “regular” de 61,0% (DGS, 2018). Relativamente à obesidade e excesso de peso, os dados objetivos resultantes do IAN-AF 2015-2016 demonstram que em toda a população infantil e juvenil, o grupo etário dos 5 aos 9 anos é o que apresenta a maior prevalência de excesso de peso (DGS, 2018).

De acordo com o relatório do COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) em 2019, coordenado cientificamente e conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Portugal a obesidade infantil atinge proporções elevadas. Segunde este estudo, 11,9% das crianças apresentavam obesidade e 29,7% excesso de peso. Entre 2008 e 2019 verificou-se uma redução de 8,2 pontos percentuais na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% para 29,7%) e de 3,4% na obesidade infantil (15,3% para 11,9%), permitindo a Portugal passar do 2º país europeu com maior prevalência de excesso de peso infantil para o 14º (SNS, 2021).

A DGS realça a extrema importância do reforço das estratégias dos programas nacionais existentes e o investimento em políticas integradoras e multissetoriais, tais como a promoção da literacia em saúde em todos os contextos de vida desta população (família, escola e comunidade) (DGS, 2018).

As crianças em idade escolar têm capacidade para desenvolver novas aprendizagens, sendo o meio escolar o local onde permanecem grande parte do seu tempo, propicio a novas aprendizagens. Neste período de desenvolvimento, a criança dirige-se para fora do centro familiar, para um mundo mais amplo das relações com os seus pares, associando o seu crescente desenvolvimento físico, mental e social (Vieira et al., 2020). Os principais agentes responsáveis pelo seu desenvolvimento saudável são os pais, os pares, os professores e os profissionais de saúde, entre estes os enfermeiros (Vieira et al., 2020).

Desta forma, as intervenções de enfermagem são de extrema importância na assistência direta e indireta aos indivíduos, famílias e comunidade (Bulechek et al., 2010). As atividades

exercidas pelos enfermeiros na promoção da saúde devem ocorrer em todos os ambientes de prática. Em cada encontro terapêutico, devem facilitar a pessoa e famílias para a decisão de saúde, aumentando o controle sobre a sua saúde e ensinando práticas positivas de promoção e prevenção da doença (Pender et al., 2015). As crianças são mais propensas a serem motivadas para comportamentos saudáveis positivos, sendo o papel do enfermeiro promover um clima positivo para a mudança (Pender et al., 2015). Assim a educação para a saúde permite o desenvolvimento e disponibilização de instruções e experiências de aprendizagem que facilitem a adaptação voluntária de comportamentos que promovam a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Bulechek et al., 2010). Os enfermeiros no âmbito das suas intervenções adotam como estratégia nos grupos mais vulneráveis da população, como as crianças, a capacitação dos pais permitindo melhorar os seus estilos de vida (OE, 2009).

O objetivo desta scoping review é mapear na literatura científica estudos empíricos acerca das intervenções de enfermagem promotoras de estilo de vida saudável dirigidas à criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde.

Metodologia

A revisão de scoping proposta foi realizada de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2015). Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados da PUBMED, CINAHL (via EBSCO) e MEDLINE (via EBSCO) pelo facto de serem consideradas bases de dados de referência para artigos científicos relacionados com a saúde. Com base na estratégia População (P), Conceito (C) e Contexto (C), incluíram-se nesta scoping review estudos com crianças em idade escolar e pais (P), que abordem intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável (C) e em contexto de educação para a saúde (C). A pesquisa foi efetuada no dia 19 de abril de 2022 em duas etapas, compreendendo a primeira etapa uma pesquisa nas bases de dados acima referidas de acordo com os descritores MeSH (PUBMED), com os descritores específicos de cada base de dados e os operadores booleanos AND, OR e NOT. Os limitadores de pesquisa foram os idiomas de inglês, português e espanhol, limitado a um friso temporal de 10 anos. De seguida foi realizada a análise das palavras contidas no título e no resumo usadas na descrição dos artigos obtidos, e posteriormente a identificação dos termos de indexação. Foi efetuada uma segunda pesquisa a partir de todas as palavras-chave e dos termos de indexação nas mencionadas bases de dados eletrónicas. Os resultados da pesquisa foram exportados para o

RAYYAN (versão web gratuita) e os duplicados foram eliminados. As referências bibliográficas foram geridas pelo programa ZOTERO (versão 6.0.4, gratuita em Português). Foram eliminados os estudos que não contemplaram os critérios de inclusão. A pesquisa e a extração dos dados foram realizadas por três revisores independentes e qualquer discordância entre os revisores foi resolvida por meio de consenso. Na figura 2 esquematiza-se o processo de seleção dos artigos representado em diagrama de fluxo Prisma (Tricco et al., 2018).

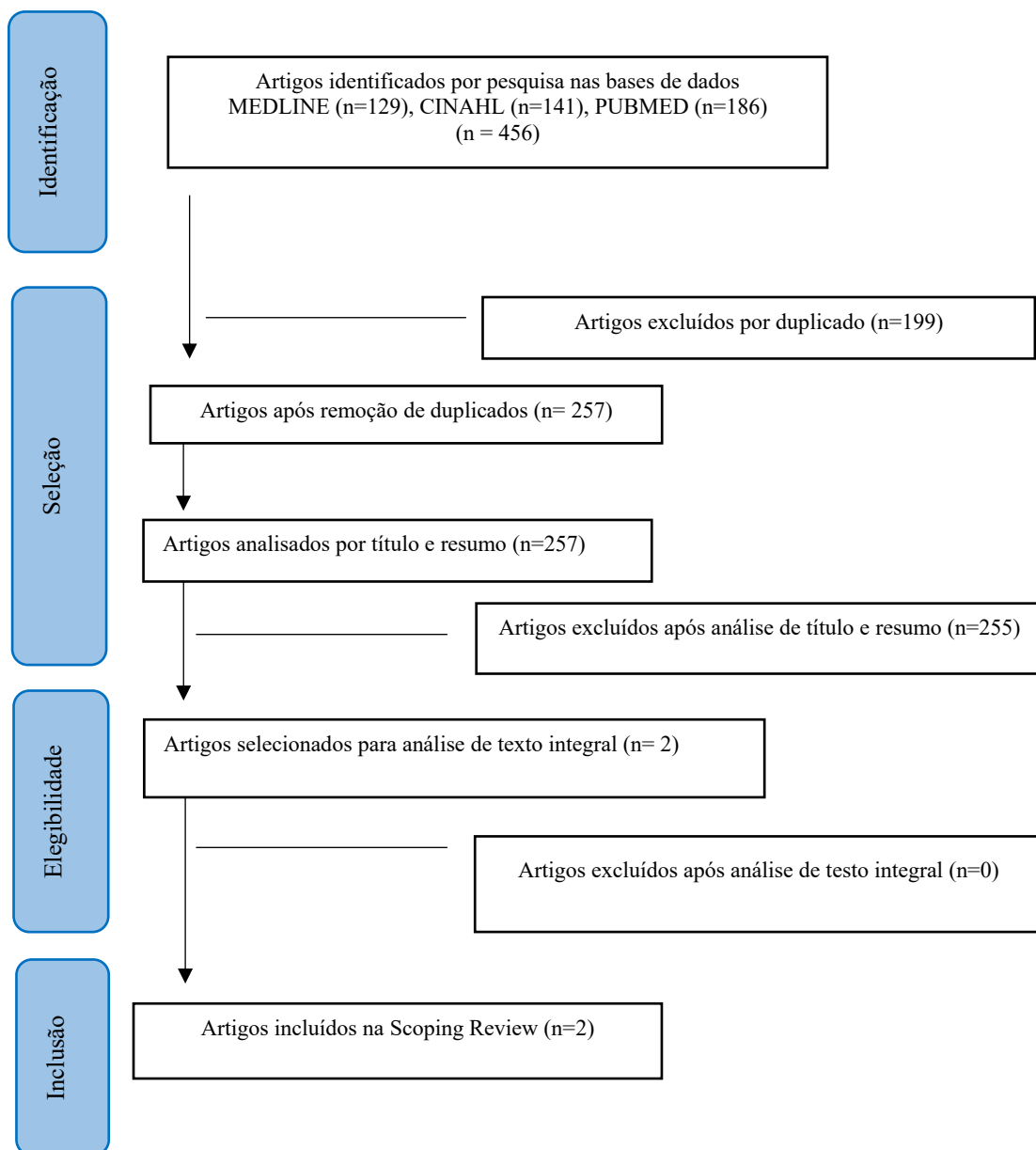


Figura 2- Fluxograma PRISMA para seleção de estudos (Tricco et al., 2018)

Apresentação dos Resultados

Após a análise dos artigos, foram identificados 456 estudos potencialmente relevantes. Destes, 199 foram excluídos por serem duplicados, dos restantes 257 estudos, 255 foram excluídos após avaliação do título e resumo. Ficando 2 artigos para análise de texto integral sendo estes incluídos como amostra final na scoping review. O principal motivo de exclusão teve em conta o facto de as publicações não abordarem diretamente a questão de pesquisa, incluindo as intervenções de enfermagem.

Foram identificados 2 estudos para a realização desta Scoping Review. O primeiro estudo foi realizado na Austrália, publicado em 2021 e é uma Scoping Review estruturada Segundo Joanna Briggs Institute (Chenga et al., 2021).

O segundo estudo foi realizado no Brasil, publicado em 2014 e é uma revisão sistemática integrativa (Gonzaga et al., 2014).

No quadro 1 encontram-se sistematizados os dois estudos, tendo em conta a identificação e tipo de estudo, os seus participantes, os objetivos e respetivos resultados/Intervenções de enfermagem.

Quadro 1- Caraterização e resultados dos estudos incluídos na *Scoping Review*

| Identificação do estudo | Tipo de Estudo | Título | Participantes | Objetivo | Intervenções de Enfermagem resultados |
|--|--------------------------|---|----------------------------------|---|---|
| <p>Chenga, George, Dunham, et al (2021)</p> | <p>Revisão de escopo</p> | <p>Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review</p> | <p>Crianças em idade escolar</p> | <p>Identificar os tipos de intervenções realizadas pelos enfermeiros para a prevenção e tratamento da obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrevistas motivacionais, aconselhamento em grupo, orientação ou coaching, programas de exercício estruturados e contatos telefónicos aos pais, ❖ Estratégias abordadas: nutrição, mudança na dieta, atividade física, comportamento sedentário, tamanho das porções alimentares, leitura de rótulos, compreensão das influências dos média e da publicidade, alimentação social, gestão de stress, autoestima, autoeficácia, mudança de comportamento estabelecendo metas, habilidades práticas como a alimentação consciente e culinária e habilidades parentais e de exercício/movimento. ❖ Introdução de políticas de promoção da saúde no ambiente escolar. ❖ Boletins informativos com mensagens de saúde promovendo o bem-estar do ambiente escolar. |

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|--|---|
| <p>Gonzaga, Araújo, Cavalcante, et al (2014)</p> | <p>Revisão sistemática integrativa</p> | <p>Nursing: promoting the health of overweight children and adolescents in the school context</p> | <p>Crianças em idade escolar</p> | <p>Identificar os tipos de intervenções realizadas pelos enfermeiros para a prevenção e tratamento da obesidade e excesso de peso em bebês, crianças e adolescentes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Catalisar a mudança: relação enfermeiro-utente, atividades destinadas a promover hábitos saudáveis, empoderamento, educação para a saúde, cuidados centrados na família e aconselhamento. ❖ Avaliar as necessidades: conhecimento da realidade das famílias, avaliação do contexto psico-social(stress e ansiedade, bullying e tentativas de suicídio), identificação de outros fatores de risco cardiovascular além da obesidade, avaliação do estilo de vida, identificação de barreiras ao tratamento, avaliação da categoria nutricional percebida pelos próprios indivíduos, avaliação de tentativas de perda de peso e uso de auto-avaliações de motivação. ❖ Planeamento: planeamento da equipa de saúde para a promoção da saúde, de estratégias viáveis de tratamento e utilização de referenciais teóricos no planeamento do cuidado- ❖ Implementação: trabalho em equipa ❖ Avaliação de impacto: das atividades de promoção da saúde, das dificuldades e barreiras para a implementação de intervenções de promoção da saúde e dos resultados da intervenção. ❖ Parcerias: com enfermeiros de um hospital pediátrico, com outros profissionais de saúde, com pais e famílias de alunos e com profissionais de educação (setor de educação física). |
|---|--|---|----------------------------------|--|---|

Discussão dos Resultados

O primeiro estudo tem como objetivo, identificar os tipos de intervenções realizadas pelos enfermeiros para a prevenção e tratamento da obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes. Os enfermeiros atuaram como educadores para a saúde. As intervenções de enfermagem foram realizadas em contexto de cuidados de saúde primários, na comunidade e na escola. Envolveram a educação individual e em grupo, através de programas de aconselhamento pessoalmente ou por telefone. Foram também incluídas entrevistas motivacionais, aconselhamento em grupo, orientações ou coaching, programas de exercícios estruturados, contactos telefónicos e trabalhos de casa. Foram abordados os temas da nutrição, mudança na dieta, atividade física, comportamento sedentário, tamanho das porções, leitura de rótulos, influência da publicidade, alimentação social, gestão de stress, autoestima e autoeficácia, mudança de comportamento, culinária, habilidades parentais e habilidades de exercício físico (Chenga et al, 2021). Os resultados obtidos deste estudo demonstram que as competências de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros podem contribuir de forma positiva para a adoção de estilos de vida saudáveis em crianças com excesso de peso e obesidade. O contexto escolar é um ambiente privilegiado para a promoção de saúde, pela facilidade no acesso às crianças desta faixa etária, através de sessões de educação para a saúde. As diferentes estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros neste estudo, permitiu-nos perceber as diferentes abordagens que o enfermeiro pode adotar para promover a saúde nas crianças e famílias.

Relativamente ao segundo estudo, destacam-se os programas de intervenção voltados á adoção de hábitos saudáveis, salientando que a escola é um espaço propício á aprendizagem e socialização, reconhecendo também que é um local privilegiado para a prática de promoção, prevenção e educação para a saúde. Neste sentido as intervenções de enfermagem passam pela catalisação da mudança, através do empoderamento, aconselhamento e educação para a saúde tendo como base a filosofia dos cuidados centrados na família. Esta mudança tem em conta a avaliação das necessidades, o conhecimento da realidade, a avaliação do contexto psicossocial, as barreiras ao tratamento e avaliação do estilo de vida das famílias (Gonzaga et al, 2014). Neste sentido, os oito domínios descritos no segundo artigo enquadram-se no referencial teórico do MPS de Nola Pender, aplicável para a nossa prática e em qualquer contexto em que a criança se encontre, na comunidade, na escola ou em contexto hospitalar. Cada criança tem características pessoais e experiências únicas que afetam as suas ações posteriores. As diferentes variáveis que influenciam o comportamento

específico têm um importante significado motivacional, que podem ser alteradas através de intervenções de enfermagem de forma a se obter o comportamento desejado, promotor de saúde. Neste artigo, é identificada a importância de assumir intervenções de promoção da saúde para com as crianças, identificando o contributo positivo que podem assumir perante as mesmas, sendo fundamental o relacionamento entre o profissional de saúde e a criança, o empoderamento e o contexto social e familiar, que podem ter um impacto positivo na adoção de estilos de vida saudável. É importante que os profissionais de saúde e de educação trabalhem em parceria, de forma a estarem precocemente atentos aos comportamentos pouco saudáveis nas crianças, para se poder promover comportamentos mais saudáveis.

Os resultados obtidos nestes dois artigos não foram suficientes para podermos aplicar na prática nos diferentes contextos de estágio, no entanto permitiu transpor algumas intervenções na temática da obesidade, excesso de peso e alimentação. Surpreendentemente, com estes resultados percebemos a importância da utilização do referencial teórica de Nola Pender para a nossa prática, tal como a relevância da mobilização do enfermeiro para o contexto escolar de forma permanente, promovendo comportamentos saudáveis nas crianças.

Limitações

A realização desta revisão apresentou muitas limitações que implicaram resultados limitados em relação à faixa etária e ao contexto. Apesar de obtermos diversos artigos sobre o tema, ao limitar a faixa etária à idade escolar levou-nos a obter resultados apenas para o contexto escolar. Incluímos também apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol. Assim, artigos publicados noutros idiomas, também poderiam ter sido importantes para esta revisão. Poderíamos também ampliar a nossa pesquisa recorrendo a outras fontes importantes como a literatura cinzenta, *guidelines*, orientações, entre outras, bem como num espaço temporal mais alargado.

Conclusão

Nesta faixa etária segundo os resultados dos estudos obtidos, o excesso de peso e obesidade foram os principais temas abordados na promoção da saúde e estilos de vida saudáveis.

As intervenções de enfermagem na promoção da saúde das crianças em idade escolar contribuem fortemente para a adoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções são fundamentais para prevenir ou tratar o excesso de peso e a obesidade nas crianças, sendo de

extrema importância mobilizar enfermeiros para a saúde escolar de forma a promover a mudança de comportamentos das crianças e famílias, introduzindo a educação alimentar e nutricional nos currículos escolares, assumindo estes a liderança destas intervenções nos programas, em articulação com os profissionais da área da educação. A escola é um espaço privilegiado para a prática de promoção, prevenção e de educação para saúde, onde a atuação do enfermeiro especialista é de extrema importância na mudança comportamental e na adoção de estilos de vida saudáveis. A realização desta scoping review permitiu perceber a importância de garantir um conjunto de intervenções que promovam a saúde, sendo de extrema importância a utilização de um referencial teórico que dê suporte a estas intervenções, de forma a facilitar o enfermeiro na sua prática de cuidados em qualquer contexto.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA ASSOCIADA AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste percurso, estabeleci como fio condutor nos diversos contextos de estágio, a temática da Promoção de Estilos de Vida Saudável junto da população pediátrica. Neste capítulo descrevo o percurso desenvolvido nos locais de estágio que permitiram o desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP. Defini como objetivo geral, transversal a todos os campos de estágio:

- I) Desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família com enfoque, na promoção de estilos de vida saudáveis.**

Foram ainda traçados objetivos específicos de acordo com cada contexto de estágio. De forma a dar cumprimento aos objetivos referidos, foram desenvolvidas atividades ao longo dos estágios, ajustadas a cada contexto, que procuraram promover estilos de vida saudável, tendo sido esta a principal vertente de atuação. Realizei também uma análise reflexiva das competências comuns e específicas EEESIP e de mestre em enfermagem desenvolvidas e adquiridas. O desenvolvimento de competências teve por base as que estão definidas pelo Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e pelo regulamento de Competências EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), bem como pelas Competências para a obtenção do grau de Mestre, definidas no Artigo 15º. do Decreto-Lei nº 63/2016.

Inerente ao estágio final e no sentido de dar resposta a uma das competências de Mestre, após a realização da scoping Review, elaborei um poster científico intitulado “Intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável dirigidas á criança em idade escolar e pais em contexto de educação para a saúde: uma Scoping Review” (Apêndice I) apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem Especializada: Uma Voz Para o Humanismo”, promovido pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da UCP.

A escolha dos locais de estágio foi efetuada tendo em conta a minha preferência pessoal e de acordo com as orientações emanadas na ficha da unidade curricular estágio final e relatório, por forma a dar resposta à necessidade de compreender a dimensão do exercício profissional do EEESIP, em diferentes ambientes, permitindo desenvolver as competências comuns do EE e as competências do enfermeiro na sua área de especialização, bem como as necessidades de aprendizagem individuais. Desta forma, o estágio final teve a duração de 360 horas e compreendeu o período de 5 de setembro a 16 de dezembro de 2022. Foi dividido em três contextos diferentes: unidade de internamento de neonatologia, unidade de urgência pediátrica e por último, unidade de internamento pediátrico. Todos os estágios foram realizados na mesma Instituição Hospitalar Pública de natureza empresarial da área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), onde exerço a minha atividade profissional. Tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua (SNS, 2022). A área pediátrica é constituída pelo Serviço de Internamento de Pediatria, o Serviço de Consulta Externa de Pediatria e Hospital de Dia, a Unidade de Neonatologia e a Unidade de Urgência Pediátrica, sob a direção clínica de uma Médica e de uma Enfermeira Chefe, ambas, responsáveis por toda a área Pediátrica (CI ██████, 2018). Foi acreditado em 2016 com acreditação de qualidade de nível Bom pela DGS, em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía, adotado pelo Ministério da Saúde Português (SNS, 2022) e à data encontra-se em processo de acreditação. O serviço de pediatria está envolvido em vários projetos, nomeadamente, o projeto “Promoção de Estilos de Vida Saudável”, “Crescer em Parceria”, “Intervenção de Enfermagem junto da Criança e Jovem com Diabetes”, “Promoção do bem-estar do recém-nascido”, “Polvo do Amor “entre outros.

No âmbito do meu do relatório final fui convidada a colaborar e posteriormente a integrar, o projeto “Promoção de Estilos de Vida Saudável,” ao qual aceitei prontamente e com muito agrado. Este projeto nasceu em 2008 na Unidade de Urgência Pediátrica e surgiu após deteção de um deficit de conhecimentos dos pais sobre alguns cuidados a ter com a criança. Tem como objetivo intervir junto do Utente Pediátrico, através de intervenções com vista à promoção da saúde de forma a promover hábitos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida da criança adolescente e pais. Os temas abordados são diversos tais como: Alimentação Saudável, Prática de Exercício Físico, Cuidados com o Sol, Higiene Oral, Vamos Lavar as Mãos, Aleitamento Materno, Prevenção de Acidentes Rodoviários,

Prevenção de Acidentes Domésticos, Prevenção da Morte Súbita, entre outros. Os temas são abordados através de sessões de educação para a saúde no serviço de pediatria, elaboração e exposição de pôsteres e cartazes informativos sobre os diversos temas, exposições fotográficas, realização de diaporamas sobre a temática e participação em feiras pedagógicas.

O projeto “Promoção de estilos de vida saudável” é transversal a todas as unidades que constituem o Serviço de Pediatria e tem tido continuidade, mantendo a preocupação com a educação para a saúde, mas também com a humanização dos espaços. Neste sentido, todo o meu percurso desenvolvido teve por base este projeto. Tendo em conta a crise pandémica (COVID-19) que vigorava no período deste percurso, o projeto esteve estagnado, por isso, carece do desenvolvimento de algumas temáticas, que anteriormente à pandemia tinham sido planeadas e foram suspensas, o que me permitiu trabalhar ao longo dos estágios alguns desses temas. À data atual o projeto encontra-se em fase de reestruturação, será fundido com outros projetos da área da promoção da saúde, resultando apenas num só comum a toda a área pediátrica e investindo ainda (não existindo qualquer suporte teórico) na sua fundamentação teórica baseada na evidencia científica, sendo uma exigência da OE.

De seguida irei refletir acerca do percurso desenvolvido, identificando os objetivos específicos, as atividades realizadas e quais as competências adquiridas ao longo dos mesmos.

2.1 UNIDADE DE INTERNAMENTO DE NEONATOLOGIA

O primeiro estágio iniciou-se pela passagem pela Unidade de Internamento de Neonatologia (UIN) no período entre 05 de setembro a 07 de outubro, com uma duração de 120 horas. A UIN onde foi efetivado o estágio situa-se no 4º piso do Hospital, funciona ininterruptamente e tem capacidade máxima para o internamento de oito recém-nascidos. Esta unidade presta cuidados em regime de internamento a recém-nascidos (RN) a partir das 32 semanas de gestação até aos 28 dias de vida, que não requeiram cuidados intensivos neonatais que necessitam apenas de cuidados intermédios/especiais. Os recém-nascidos internados são provenientes de várias unidades tais como: Bloco de Partos, Urgência Pediátrica, Serviço de Obstetrícia, Consulta Externa ou outros hospitais (SNS, 2022). Encontra-se equipada com quatro incubadoras e quatro berços, com monitores cardio-respiratórios, de apneia, ventiladores destinados a ventilação invasiva e não invasiva e aparelhos para realização de fototerapia simples ou dupla. Quanto à sua estrutura, uma vez que é uma unidade de

neonatologia, o seu espaço físico é aberto e amplo. A preparação da unidade de internamento do RN para a sua admissão é realizada de acordo com a norma de procedimentos instituída na unidade. No que concerne à política de identificação e segurança do RN, é colocada uma pulseira de identificação e outra pulseira eletrónica que se encontra protegido com sistema de segurança “Hugs”. Este sistema permite através da aplicação da pulseira eletrónica, detetar automaticamente todos os movimentos, precedendo ao encerramento automático da porta de saída produzindo alarme se o RN se aproximar de uma zona não autorizada, ou se ocorrer “sabotagem” da pulseira. Em termos de recursos humanos a equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe e por catorze elementos de enfermagem, das quais oito são enfermeiras com especialidade em saúde infantil e pediátrica, e os restantes elementos são enfermeiros de cuidados gerais. A metodologia de trabalho é a de prestação de cuidados individualizados, centrados no desenvolvimento e na família. O envolvimento dos pais nos cuidados ao filho é um dos objetivos dos cuidados, sendo estes incentivados, numa primeira fase, a assistir à manipulação e, posteriormente, a prestar os cuidados com a supervisão dos enfermeiros.

Tendo em conta o contexto de cuidados onde decorreu o estágio e o objetivo geral definido, foram delineados os seguintes objetivos específicos e suas atividades atendendo ao desenvolvimento de competências pretendidas:

I) Analisar o contexto na sua vertente funcional estrutural e organizacional de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados direcionados ao RN e família em situação de doença e de especial complexidade com vista á maximização da sua saúde e potencial desenvolvimento.

Assim as atividades delineadas foram:

- Conhecimento das instalações, recursos, modo de funcionamento, normas, procedimentos e equipa multidisciplinar;
- Observação direta da prestação de cuidados do EEESIP;
- Prestação de cuidados ao RN em situação de doença com supervisão do EEESIP;
- Realização de educação para a saúde individualizada aos pais durante o ensino clínico, com foco na prevenção dos ADL;
- Promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN respeitando a sua autonomia.

II) Operacionalizar intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da segurança infantil, direcionadas ao RN e família, com foco na prevenção de acidentes domésticos.

Assim as atividades delineadas foram:

- Sustentação no referencial teórico de Nola Pender (2015);
- Observação direta e Identificação das estratégias utilizadas pela equipa na promoção da segurança infantil;
- Realização de reuniões com a Enfermeira chefe e EEESIP orientadora;
- Pesquisa bibliográfica sobre o tema;
- Elaboração de um póster no âmbito da prevenção dos ADL no domicílio direcionado aos pais/família;
- Colaboração na formação em serviço com uma sessão formativa á equipa de enfermagem com foco na promoção da segurança infantil;
- Avaliação da pertinência da sessão formativa através de um questionário.

A prestação de cuidados a um recém-nascido doente e/ou prematuro, foi uma novidade para mim, desta forma tornou-se numa mais-valia para a aquisição de competências comuns e competências específicas do EEESIP, contribuindo também para a concretização dos meus objetivos.

Durante a primeira semana de estágio, consultei as normas e procedimentos existentes na unidade, que se revelaram muito importantes, tendo facilitado a minha integração na unidade e permitido a uniformização da prestação de cuidados com os restantes elementos da equipa de enfermagem.

Na unidade onde decorreu o estágio, constatei que a prematuridade é o diagnóstico clínico mais frequente. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (2022), este ocorre antes das 37 semanas de gestação, podendo ser o recém-nascido classificado pela idade gestacional e peso à nascença. Para que o recém-nascido prematuro se possa adaptar antecipadamente à vida extra-uterina, necessita de cuidados diferenciados, que são prestados nas Unidades Neonatais, de forma a superar as dificuldades provenientes da sua prematuridade (Macdonald, 2018). O diagnóstico de prematuridade corresponde, aos recém-nascidos que assisti com maior frequência, sendo o internamento mais prolongado, o que me permitiu obter uma continuidade nos cuidados ao RN e à família, presenciar a sua evolução estado-ponderal e o desenvolvimento de competências na alimentação como os reflexos de

sucção e deglutição, assim como, apoiar a família na aquisição de competências para prestar os cuidados necessários ao RN através de ensinamentos adequados.

Na admissão de um bebê prematuro, na unidade onde realizei o estágio, o enfermeiro realiza o acolhimento aos pais, entrega o guia de acolhimento, explica as normas e funcionamento do serviço, os direitos e deveres dos pais e faz a apresentação da equipa presente, estabelecendo uma relação de empatia. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade para ajudar os pais no processo de adaptação a uma nova realidade, perspectivando o seu empowerment e a capacitação para a autonomia nos cuidados ao recém-nascido. Os pais sentem-se envolvidos quando podem tocar, amamentar, pegar no RN, sentindo-se assim integrados nos cuidados prestados. Reportando-me à análise do diagrama do MPS de Pender, a relação terapêutica é o meio através do qual o enfermeiro avalia os comportamentos /características e experiências individuais dos pais/cuidadores, valorizando-os e, se necessário, integrando outros conhecimentos que levem à promoção de saúde. Na sua análise Pender refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a promoção da saúde (Pender, 2015). O objetivo pretendido é o enfermeiro proporcionar, de forma gradual, aos pais/família a capacidade de estes assumirem o cuidado da criança.

Ao longo de todo o ensino clínico, prestei cuidados ao RN e à família com supervisão, no início, através da observação direta dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e posteriormente foi-me permitido participar nos cuidados ao RN com a devida supervisão. É importante referir que no presente contexto a família está sempre presente, devido à sensibilização que existe para a promoção de vínculo materno e paterno, bem como para a importância da promoção da parceria de cuidados. No decorrer do estágio esclareci dúvidas aos pais, realizei ensinamentos, capacitei os pais, através de sessões de educação para a saúde de forma individualizada, com foco na prevenção de acidentes domésticos do RN, dando ênfase à identificação de potenciais riscos existentes no domicílio, de forma a promover o seu desenvolvimento e crescimento saudável. Sensibilizei os pais, para a adoção de estratégias promotoras da segurança do filho no domicílio, nomeadamente, durante o banho, a muda da fralda, a amamentação ou alimentação com leite adaptado, cuidados a ter com o sistema de retenção, posicionamento do bebê e a importância do decúbito dorsal como o decúbito identificado na prevenção do Síndrome de Morte Súbita no latente (Sociedade portuguesa de Neonatologia, 2016). Sendo uma das perguntas mais frequentes levantadas pelos pais, qual a posição correta para deitar o bebê em casa, uma vez que na unidade, observavam maioritariamente o RN posicionado em diferentes decúbitos.

As intervenções autónomas do EEESIP centram-se na adaptação à parentalidade, na promoção do aleitamento materno e nos cuidados de conforto. Em conformidade com a Convenção sobre os Direitos da Criança, a criança tem o direito a atingir o expoente máximo de saúde e ambiente seguro. Segundo o artigo 24º do mesmo documento, exige-se aos Estados Parte: *“Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a **prevenção de acidentes**”* (UNICEF, 1989, p.21)

A UIN promove o aleitamento materno, pelo que o CH [REDACTED] é acreditado como Hospital Amigo dos Bebés, por cumprir as dez medidas para um aleitamento materno de sucesso, estas medidas sustentam-se na evidencia científica (SNS, 2022). Em 1991 a Organização Mundial da Saúde e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Esta iniciativa tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (UNICEF, 2017). O EEESIP incentiva a amamentação, ensina sobre a importância e vantagens do aleitamento materno, sobre os sinais de fome e saciedade do RN, neste sentido promovi a amamentação, ensinei sobre a prevenção de complicações, desmistifiquei crenças e assisti a mãe a amamentar, ajudando-a na pega adequada. Integrando o MPS de Nola Pender, este apoio é bastante importante, na medida em que as mães nesta fase deparam-se com algumas incertezas/dificuldades na amamentação – Barreiras percebidas à ação – que podem levar à sua desistência. A intervenção do EEESIP é de grande importância na salvaguarda dos benefícios que a amamentação traz à mãe e ao RN, desmistificando crenças, como a ideia de que, por vezes o seu leite é “fraco”, proporcionando mudanças nas atitudes, comportamentos e estilos de vida. Com estas atividades foram desenvolvidas competências do EEESIP nomeadamente *“E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* e as seguintes unidades de competência *“E3.1 promove o crescimento e o desenvolvimento infantil “; “E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”,* foi também adquirida a competência *“E1 - Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde” e respetivas unidades de competência* (OE, 2018, p.19192).

Foi notória a sensibilidade da equipa de enfermagem aquando do controlo da dor e promoção do conforto no RN. Desta forma, aprendi como manipulá-lo e posicioná-lo, utilizando

algumas técnicas, tais como a alternância de decúbitos, a redução do ruído, o controlo da luminosidade, o recurso a estratégias confortadoras no RN prematuro tais com o recurso aos “ninhos”, e a avaliação frequente da dor, gerindo eficazmente as medidas não farmacológicas para minimizá-la, fazendo sempre o seu registo sistemático. O alívio eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das crianças que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde (DGS, 2003). Exige todo o empenho da equipa multidisciplinar no seu reconhecimento, avaliação e classificação, para que seja possível optar pela melhor estratégia para efeitos da sua minimização. Assim, durante a realização de procedimentos dolorosos ao RN sujeitos a procedimentos invasivos como punção venosa, a realização do teste de diagnóstico precoce, recorri sempre a intervenções não farmacológicas no controlo e alívio de dor, utilizando para tal, variadas estratégias como a sucção não nutritiva através da chupeta, a administração oral de soluções açucaradas, a sacarose a 24%, o aleitamento materno, e o contacto pele a pele. Procurei durante a prática de cuidados, a manutenção de um ambiente seguro que é fulcral para a qualidade da mesma, promovendo um ambiente gerador de segurança e proteção do RN/ família. Relativamente à prevenção de riscos ambientais, na unidade tive o cuidado de, sempre que o RN largava a chupeta, verificar se esta não ficava localizada de forma a comprometer o seu conforto, alternava o local do sensor de oxigénio periférico para prevenir lesões na pele e verificava e ensinava os pais na colocação correta do RN na cadeira de transporte. Desta forma foi possível desenvolver a unidade de competência “E2.2. *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*” (OE, 2018) e a competência comum do EE no domínio B: “**Domínio da melhoria contínua da qualidade**” - B3 “*Garante um ambiente terapêutico e seguro*” (OE, 2019, p.4745)

Ao longo de todo o ensino clínico desenvolvi ainda a unidade de competência “E3.3. *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*” (OE, 2018, p.19194), foi desenvolvida em diferentes contextos, na medida em que contatei com RN e família com proveniências, culturas, conhecimentos e necessidades diversificadas. Neste sentido procurei adaptar sempre a minha forma de comunicação, verbal e não-verbal, às características do RN e família que tinha á minha frente de forma que a informação fosse transmitida de forma perceptível e clara.

Na UIN os registos de enfermagem são efetuados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) em suporte informático através do programa S-clínico. Neste sentido desenvolvi competências do EE no domínio A: “**Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**” (OE, 2019, p. 4745). Todos os processos

das crianças estão informatizados, onde são registadas todas as intervenções realizadas ao longo dos turnos. Estes são feitos de forma rigorosa, pelo que tive o cuidado de ter por base o zelo pelo rigor, pois são sistematicamente alvo de auditorias. O dever do sigilo também foi sempre cumprido, tendo tido o cuidado com a segurança dos sistemas informáticos, uma vez que o programa Sclínco não encerra automaticamente. Sob este âmbito, tive sempre a precaução de encerrar a sessão após o término dos registos uma vez que a unidade é um espaço amplo partilhado pelos RN, pais e profissionais de saúde. Aquando da passagem de turno, solicitava aos pais, para sair e aguardarem na sala de pais, salvaguardando assim a privacidade da informação transmitida entre pares. Foi também adquirida a competência do EE no domínio B **“Domínio da melhoria continua da qualidade”** (OE, 2019, p.4745).

Por forma a dar resposta ao segundo objetivo específico e suas atividades, foram importantes as primeiras semanas de estágio, em que reuni, com a enfermeira chefe e EEESIP orientadora no sentido de identificar os principais problemas e necessidades relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo chegado à temática, segurança infantil – prevenção de acidentes domésticos e tendo percebido que não existia nenhum suporte teórico ao nível do serviço relacionado com o tema do projeto.

Como fundamento a esta escolha, a perceção advinda da minha experiência profissional onde constato diariamente, que existem muitas recorrências ao serviço de urgência pediátrica devido a lesões causadas por acidentes que sucedem no domicílio, como por exemplo, traumatismos craneoencefálicos que ocorrem na sequência de quedas do RN da cama, sofá, cadeira de transporte, entre outros, bem como queimaduras provocadas pela água do banho e por líquidos demasiado quentes e engasgamentos. Através da minha observação e diálogo com os pais, percebi que muitos destes acidentes acontecem devido a distrações dos pais/família e cuidadores, associado também há falta de conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil. Este aspeto torna-se uma preocupação, na medida em que, considero tornar-se necessário prevenir a ocorrência deste tipo de acidentes desde muito cedo, ou seja, logo a partir do nascimento de forma a evitar a ocorrência dos mesmos e em simultâneo prevenir as consequências que deles advêm.

Atualmente, os acidentes são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo e são a quarta causa de morte mais comum na Europa, tendo um grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social e implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010). Os acidentes são uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde em que muitos

sobreviventes de acidentes sofrem um significativo grau de incapacidade, temporária ou permanente (DGS, 2010). As crianças são particularmente vulneráveis aos acidentes (OE, 2017). Segundo os estudos realizados na Europa, por cada criança que morre por acidente, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 são tratadas nos serviços de urgência (DGS, 2010). No que respeita ao local de ocorrência mais frequente de acidentes é o domicílio, nomeadamente nas crianças com idade inferior a 4 anos (APSI, 2017). O grupo etário onde se verificou menor redução da taxa de mortalidade por acidente foi dos 0-1 anos de idade (APSI, 2017). Face ao exposto, considereei pertinente, a intervenção do enfermeiro e a necessidade de desenvolver competências no domínio da promoção de saúde, nomeadamente na promoção da segurança infantil promovendo hábitos de vida saudáveis dirigidos aos pais do RN, de forma a promover um ambiente seguro no domicílio, evitando possíveis acidentes e suas complicações. Como tal, torna-se indispensável que os pais/família reconheçam os perigos que existem no espaço que rodeia o RN, e se necessário realizar alterações no domicílio para que o seu filho esteja mais seguro. Não esquecendo ainda que a supervisão das crianças é imprescindível para diminuir a ocorrência de acidentes. Os enfermeiros exercem um papel fundamental na capacitação dos pais nos cuidados ao RN, proporcionando-lhes os conhecimentos necessários sobre comportamentos que sejam promotores do desenvolvimento, que tenham como resultado promoção da saúde e prevenção da doença, neste caso específico na prevenção de acidentes domésticos. De acordo com Pender a intervenção do enfermeiro tem como resultado de ação, mudanças comportamentais positivas nos pais/cuidadores, relacionadas com a promoção da saúde no RN, permitindo aos mesmos desenvolver um papel ativo na autogestão do seu próprio comportamento para o desempenho do seu papel parental (Pender et al, 2015).

Tendo em conta que a temática da prevenção de acidentes domésticos surgiu ainda, como necessidade dos profissionais de saúde da UIN, para aprofundar conhecimentos sobre o tema e tendo constatado que não é muito abordado, realizei uma formação dirigida aos enfermeiros, intitulada de “Crescer em segurança” - prevenção de acidentes domésticos no primeiro ano de vida (Apêndice II). A sessão foi divulgada pela enfermeira chefe do serviço durante as passagens de turno. Comecei pela elaboração de um plano formativo (Apêndice II), de seguida desenvolvi uma apresentação dirigida aos enfermeiros da Unidade, abordando a importância dos acidentes domésticos, principais causas dos acidentes na criança até ao 1º ano de vida e estratégias de resolução de riscos no domicílio para a sua prevenção (Apêndice II). No final da sessão, foi entregue um questionário aos enfermeiros participantes (Apêndice II), para avaliação da mesma, tendo obtido 12 questionários preenchidos. De acordo com os

resultados obtidos a formação foi avaliada em muito bom e foram tecidos vários comentários positivos, motivadores de reconhecimento do trabalho desenvolvido. Esta sessão de formação, considerou-se uma mais-valia, uma vez que, permitiu que os enfermeiros aprofundassem conhecimentos acerca do tema segurança infantil, na área da prevenção de acidentes domésticos no 1º ano de vida e a sua importância na promoção de um ambiente seguro. Desta forma, enquanto resultados a médio prazo, a capacitação dos pais/cuidadores, na adoção de medidas preventivas, com o intuito de criarem ambientes seguros no domicílio, evitando possíveis acidentes e suas complicações.

Elaborei um póster intitulado “Crescer em Segurança” (Apêndice II) no sentido de funcionar como suporte facilitador da educação para a saúde no âmbito da prevenção dos acidentes domésticos, tendo como finalidade sensibilizar os pais sobre a importância, as causas e prevenção dos acidentes no domicílio. O póster foi disponibilizado, tendo em conta os procedimentos institucionais no que concerne à imagem e comunicação.

A realização destas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEESIP “*E3 - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*”, com as respetivas unidades de competência: E 3.1., E 3.2. foi também desenvolvida a competência “*E1 - Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e respetivas unidades de competência (OE, 2018, p.19192). Adquiri ainda competências comuns de EE no domínio D: “*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais - D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*” (OE, 2019, p.4745). Desenvolvi também competências no domínio B: “*Domínio da melhoria contínua da qualidade - B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*” (OE, 2019, p.4745).

Em síntese, posso afirmar que investi na área da promoção para a saúde, objetivando a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança.

Algumas das intervenções relacionadas com a segurança no domicílio, foram aplicadas aos pais durante o estágio, através de educação para a saúde, principalmente no momento da alta do recém-nascido, pois os pais demonstram e referem bastantes receios, insegurança e ansiedade na transição para o domicílio devido ao seu desconhecimento. Desta forma capacitei os pais, contribuindo para a sua autonomia de forma a puderem cuidar dos seus filhos em segurança, promovendo um ambiente seguro no domicílio.

A experiência e as atividades desenvolvidas no contexto contribuíram de forma evidente e significativa para a aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, dando resposta aos objetivos preconizados no projeto.

2.2 UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O segundo período de estágio foi realizado na Unidade de Urgência Pediatria (UUP) no mesmo hospital do contexto anterior, entre o período de 10 de outubro a 12 de novembro, com uma duração de 120 horas. A realização deste estágio acarreta uma responsabilidade diferente, uma vez que foi realizado em contexto de trabalho, unidade onde exerço a minha atividade profissional. Conhecer o local, as rotinas e os restantes elementos da equipa de saúde facilitaram o percurso deste ensino clínico.

Funciona ininterruptamente, e procede ao atendimento de crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias independentemente da patologia apresentada que acedam por referência dos cuidados de saúde primários, linha de apoio Saúde 24, transportados pelo INEM, transferências hospitalares ou por iniciativa própria (CI [REDACTED], 2018).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem da Unidade é constituída por vinte enfermeiros, sendo a maioria especialistas em Saude Infantil e Pediatrica. A equipa médica é constituída por médicos tarefeiros ou contratados e pelos pediatras de banco. A metodologia de cuidados utilizada é o método individual de trabalho, em que cada enfermeira é responsável por uma sala, sala de observação, de triagem e de procedimentos, havendo uma constante interajuda entre colegas.

O estágio teve como finalidade desenvolver competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista, utilizando conhecimento, experiência e reflexão, de modo a permitir uma melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e família.

Tendo em consideração o contexto de cuidados onde decorreu o estágio e o objetivo geral definido, foram delineados os seguintes objetivos específicos e suas atividades atendendo ao desenvolvimento de competências pretendidas:

I) Prestar cuidados de enfermagem especializados direcionados á criança, jovem e família em situação de especial complexidade em contexto de doença aguda com vista á maximização da sua saúde.

Assim as atividades delineadas foram:

- Observação participada nos cuidados de enfermagem do EEESIP às crianças jovens e suas famílias;
- Participação autónoma dos cuidados de enfermagem às crianças/jovens e suas famílias;
- Realização de ações de educação individualizada á criança/pais, valorizando sempre a promoção da saúde e estilos de vida saudável.

II) Elaboração de uma proposta de forma a uniformizar os procedimentos de atuação do enfermeiro, com foco na prevenção de acidentes domésticos, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim as atividades delineadas foram:

- Sustentação no referencial teórico de Nola Pender (2015);
- Realização de reuniões com a enfermeira chefe e EEESIP orientadora de modo a identificar necessidades do serviço/equipa de enfermagem sobre a temática;
- consulta de normas e procedimentos de atuação;
- Registo dos dados obtidos pela equipa da UUP dos motivos da ocorrência de crianças á UUP;
- Realização de uma proposta de procedimento setorial relacionada com a promoção de um ambiente seguro no domicílio, direcionado aos pais/família;
- Elaboração de um plano de sessão de formação;
- Divulgação do procedimento setorial através de uma sessão de formação à equipa de Enfermagem;
- Avaliação da pertinência da sessão de formação através de um questionário.

Sendo esta a unidade onde exerço a minha atividade profissional, ao longo do estágio participei ativamente nos Cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e família nas várias valências da unidade: Triagem, Sala de Procedimentos/Reanimação e Sala de Observação (SO).

Todos os dias recorrem ao UUP crianças/jovens gravemente doentes, muitas a necessitar de cuidados imediatos, com patologias várias (desde dificuldade respiratória, febre, crises convulsivas, dor, paragem cardiorespiratória, intoxicações, entre outras). O circuito do

utente pediátrico, inicia-se pela admissão realizada através de uma ficha de inscrição administrativa, a criança surge no sistema informático e a seguir é chamada para a triagem de enfermagem. Neste processo de triagem fiz a avaliação da situação clínica da criança/jovem identificando os sinais e sintomas que determinavam o grau de prioridade de acordo com o sistema informático Triagem de Manchester. Este sistema é utilizado na triagem de utentes em contexto de urgência hospitalar e está implementado em muitos hospitais portugueses e em vários países europeus (C■■■■I, 2018). Através da Triagem de Manchester fiz a atribuição da prioridade clínica da criança/jovem de acordo com o discriminador de forma rápida e segura. Distinguem-se 5 graus de prioridade, aos quais corresponde uma pulseira de determinada cor que é atribuída pela Enfermeira, a cor Branca não compatível com o serviço de urgência, Verde pouco urgente, Amarelo urgente, Laranja muito urgente e Vermelha emergente (C■■■■I, 2018). Da minha experiência profissional nesta unidade constato e afirmo que a Triagem de Manchester no UUP, exige por parte do enfermeiro, uma rápida observação e avaliação da criança, exigindo o desenvolvimento de um elevado sentido de responsabilidade e competência, o que envolve uma grande capacidade de mobilizar vastos conhecimentos técnico-científicos com eficácia, com o objetivo de dar sentido à sua tomada de decisão. Implica igualmente capacidades comunicacionais e relacionais elevadas, no sentido de rapidamente conseguir compreender o motivo de vinda da criança/jovem e família à UUP e detetar precocemente situações de maior complexidade. O Enfermeiro que se encontra na Triagem é o primeiro Profissional de Saúde a contactar com a criança/jovem e os pais, assim o Enfermeiro tem de ter a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, que são fundamentais para a relação com a criança/família. Desta forma, o EEESIP é o elemento mais qualificado para o fazer porque, tal como refere o Decreto-Lei nº 437/91 (p. 5724), compete ao Enfermeiro Especialista “*prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui*”. Aproveitei os contactos durante a triagem para realizar ensinios individualizados para a aprendizagem e capacitação da criança/jovem, assim como aos seus acompanhantes, sobre aspetos relevantes e importantes em temas oportunos e adequados à situação do motivo da vinda ao serviço, assim como sobre a prevenção de acidentes ocorridos no domicílio (aérea onde desenvolvi o meu projeto) e como agir perante essa situação, objetivando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Os momentos na sala de triagem são oportunos para desenvolver ações promotoras

de saúde e devem ser aproveitados para os ensinamentos individualizados, promovendo o aumento da literacia e dos conhecimentos dos utentes. Desta forma, considero mais uma vez o MPS de Pender uma mais-valia, pois através do conhecimento da forma de vida, dos hábitos e rotinas da criança/família foi possível encontrar alternativas e assumir o compromisso com a ação para mudar comportamentos. É de referir também que recorrem a este UUP crianças/jovens e famílias com proveniências, culturas, conhecimentos e necessidades diversificadas. Neste sentido procurei sempre adaptar a minha forma de comunicação, verbal e não-verbal, às características da criança e família que tinha à minha frente de forma que informação a passar fosse transmitida de forma clara e perceptível. Outras atividades realizadas na sala de triagem passaram pela avaliação do peso, temperatura, sinais e sintomas, antecedentes pessoais, motivo da vinda à urgência, atribuição da pulseira de acordo com a prioridade e administração de medicação de acordo com os protocolos do C[REDACTED].

Desta forma, estas atividades contribuíram para o desenvolvimento da competência de EEESIP, ***“E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”*** (OE, 2018, p.19194), tendo sido bastante desenvolvida a seguinte unidade de competência ***“E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*** e a unidade de competência ***“E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”*** (OE, 2018, 19194), pois recorrem à UUP muitos adolescente vítima de intoxicação voluntária medicamentosa, tentativa de suicídio e doença mental, tendo tido a oportunidade de promover a sua autoestima e a promoção por escolhas de comportamentos saudáveis. Tendo também sido atingida a competência de EEESIP ***“E1. Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde”*** e respectivas **unidades de competência** (OE, 2018, p. 19192).

Na sala de tratamentos são prestados procedimentos diversos da responsabilidade do enfermeiro. Muitas crianças recorrem à UUP com necessidade de cuidados imediatos. Relembro, algumas situações de instabilidade da função respiratória devida a infeções do trato respiratório, com necessidade de cuidados imediatos, ou crianças com convulsões, traumatismo por acidentes, intoxicações medicamentosas com necessidades de cuidados emergentes, entre muitos outros. Muitos destes procedimentos são invasivos e dolorosos, exigindo ao enfermeiro, uma atuação no sentido de diminuir o medo da criança e dos acompanhantes, e de confortar e atenuar a dor. Na sala de procedimentos encontram-se outras variáveis do MPS de Pender que podem ser postas em prática como, por exemplo:

percebe benefícios para a ação e percebe barreiras para a ação, referindo a autora que a relação entre estas duas variáveis pode influenciar na mudança de comportamento (Pender, 2015). Durante a prestação de cuidados tive sempre a preocupação de envolver os pais, e certificar-me que estes percebiam a informação transmitida. Pois só desta forma será possível alcançar ganhos para a saúde e atuar na mudança de comportamentos. Ainda no que respeita aos benefícios para a ação, o enfermeiro deve intervir no sentido de educar, esclarecer, aconselhar o quanto é importante a prevenção de acidentes para o desenvolvimento infantil. Se os pais não tiverem conhecimento sobre as etapas do desenvolvimento do filho, se existirem percepções erradas sobre um determinado comportamento, estas condições vão-se tornar barreiras para a ação. Ao exercer funções em contexto de UUP, mobilizo conhecimentos e habilidades na minha prática diária para dar uma resposta eficaz e atempada a essas situações de urgência/emergência, neste sentido foi reforçada e melhorada a competência de EEESIP ***“E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”***, com as respetivas unidades de competência: *“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”*; *“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”* (OE, 2018, p.19193). Em todas as crianças sujeitas a procedimentos invasivos há necessidade de aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Relembro as colheitas de sangue, colocação de cateteres venosos periféricos, entubações nasogástricas, punções lombares e outros procedimentos invasivos realizados em contexto de UUP. Em todas as situações exemplificadas recorri à utilização de medidas não farmacológicas, como a utilização da sacarose, da amamentação, da sucção não nutritiva, da distração (música, vídeos, desenhos), entre outras, ou de medidas farmacológicas como a aplicação de anestésicos locais, ‘per os’ ou endovenosos, seguindo os protocolos do serviço ou em multidisciplinariedade com a equipa médica. Este contato com terapias comuns e complementares como as medidas farmacológicas e não farmacológicas contribuíram ainda mais para aquisição de competências do EEESIP *“E 2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidencia”* (OE, 2018, p.19193).

Por forma a atingir o segundo objetivo na UUP, local onde desenvolvo o meu exercício profissional e no qual o desenvolvimento de competências assenta principalmente na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de urgência/emergência, surge

a necessidade de desenvolver competências no domínio da promoção de saúde, mais especificamente na promoção da segurança infantil. De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESIP, o Enfermeiro Especialista deve ter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder a situações de emergência, mas não só, pois deve também avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, e em parceria com a criança e família/pessoa significativa, independentemente do contexto em que se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados á criança saudável ou doente e proporciona **educação para a saúde**, bem como identifica e mobiliza recursos de suporte á família/pessoa significativa (OE, 2018).

O EEESIP tem um papel importante na orientação e educação junto dos pais, ou seja, a missão de ajudar os pais/família a cuidar da criança, neste âmbito não tive quaisquer dificuldades em implementar o meu projeto. Assim, para atingir este objetivo, as minhas atividades passaram por realizar reuniões e entrevistas com a enfermeira chefe, enfermeira responsável pela unidade e enfermeira orientadora e desta forma emergiu a necessidade e relevância de incidir na área de prevenção de acidentes domésticos. Posso afirmar da minha experiência profissional, enquanto enfermeira a desempenhar funções nesta UUP, e após consultas de normas e procedimentos, não existir qualquer suporte teórico nesta área. Todos os dias entram na urgência crianças vítimas de acidente doméstico e porque este é inesperado, cabe aos profissionais de saúde alertarem os pais para a adoção de medidas de segurança com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem vítima de acidentes. Neste sentido e tendo já sido convidada a integrar o projeto existente na UUP “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis”, mantive a minha área de intervenção na promoção da segurança infantil. Visto já terem sido trabalhadas várias temáticas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, os enfermeiros que fazem parte deste projeto sentiram necessidade de conhecer os principais motivos pelos quais as crianças e jovens recorrem á UUP, com o objetivo de intervir junto do Utente Pediátrico, através de intervenções com vista á promoção da saúde de forma a promover hábitos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida da criança/jovens. Assim, foram analisados os motivos de ida á urgência pediátrica, através dos fluxogramas atribuídos na triagem entre os meses de junho e dezembro no decorrer do ano 2019, com um total de 20581 episódios de urgência, destes constataram que existe uma grande ocorrência de crianças que recorre ao serviço de urgência por acidentes no domicílio. Os fluxogramas utilizados indicativos de acidentes foram: traumatismos craneoencefálicos, queda, problemas dos membros,

queimaduras, sobredosagem e envenenamento, corpo estranho e exposição a químicos. Volto a reforçar que, com o início da pandemia por covid 19, em março de 2020 este projeto ficou estagnado, não tendo sido abordado e trabalhado o tema. Neste sentido foi-me sugerido a implementação de um procedimento setorial de forma a uniformizar os procedimentos de atuação do enfermeiro, que surge como elo de referência na prevenção dos acidentes, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. As normas são estabelecidas com o propósito de orientar o desenvolvimento dos indivíduos na busca dos objetivos determinados pela administração superior e têm como finalidade fornecer informações gerais do trabalho (o que deve ser feito e como deve ser feito) e dos padrões comportamentais (Santos et al., 2011).

As crianças constituem um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de acidentes, pela própria curiosidade em explorar o meio que as rodeia, inerente ao próprio desenvolvimento e aquisição de competências. Os acidentes em crianças em ambiente doméstico são uma realidade alarmante a nível mundial, não sendo Portugal exceção. Representam um problema de saúde pública, e estão entre as principais causas de morte, incapacidade e internamento, associados a elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos (OE, 2017), tornando-se fundamental a implementação de medidas protetoras e preventivas, e a gestão de ambientes seguros. A casa é o local onde surgem mais acidentes, sobretudo com crianças até aos 4 anos de idade (APSI, 2017), evidenciando-se esta faixa etária como grupo prioritário para intervenção. Pretendo assim capacitar os pais/cuidadores a adotar comportamentos promotores de segurança infantil e adequados conhecimentos relativos à prevenção dos acidentes, bem como consciencializar a equipa de enfermagem para a importância e necessidade da prevenção de acidentes em ambiente doméstico.

Os acidentes domésticos e de lazer (ADL), sob o qual incidiu o meu projeto, são considerados todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, podendo estes ocorrer em casa, na rua, na escola e a ocorrência deste tipo de acidentes é muito comum, especialmente em crianças e idosos (DGS, 2010). Sabe-se que as condições da habitação têm influência na ocorrência de acidentes. De acordo com o programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016 *“Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que podem provocar acidentes, especialmente, para as crianças e as pessoas idosas, para quem todas as divisões da casa, o quintal e o espaço envolvente podem representar um risco”* (DGS, 2010, p. 15).

De acordo com a minha experiência profissional, em contexto de urgência pediátrica, onde constato, que existem muitas recorrências ao serviço de urgência devido a lesões causadas

por acidentes que ocorrem no domicílio, como por exemplo, quedas, queimaduras e intoxicações medicamentosas e com outros produtos tóxicos, bem como a pesquisa realizada acerca da problemática, considerei pertinente a intervenção do enfermeiro na promoção de saúde, na área da segurança infantil, nomeadamente na prevenção de acidentes domésticos em crianças na faixa etária dos 0 aos 4 anos de idade. Como nesta faixa etária a ocorrência destes acidentes é mais elevada, delimito a minha intervenção a esta idade. Desta forma, elaborei uma proposta de procedimento setorial (Apêndice III) através de uma pesquisa baseada na evidencia científica com o título “Segurança e Prevenção de Acidentes em Ambiente Doméstico até aos 4 Anos”, de forma assegurar a uniformização e conformidade dos procedimentos de boas práticas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde.

A intervenção realizada focalizou as conceções do MPS de Nola Pender. A autora defende que o enfermeiro possui habilidades que promovem a criação de um ambiente potenciador e catalisador de mudança, auxiliando e fomentando, o indivíduo, a possuir e a manter essa capacidade, partindo da premissa que este possui aptidões para alterar os seus comportamentos de saúde e de mudança de estilos de vida relacionados com a saúde (Pender, et al., 2015).

Esta proposta de procedimento setorial foi estruturada segundo as orientações da elaboração de procedimentos setorial do hospital. Após a sua elaboração apresentei á EEESIP orientadora e Enfermeira responsável pela unidade que depois de validada, fiz a sua apresentação á equipa de enfermagem (Apêndice III) através de duas sessões de formação aos profissionais de saúde do UUP, recorrendo ao método expositivo e com recurso ao computador, sendo a adesão de 75% de participação dos enfermeiros do serviço. O feedback foi extremamente positivo, facto demonstrado pelas avaliações finais das sessões realizadas no final da mesma. Em todas elas, a pertinência do tema foi avaliada como muito bom, refletindo uma consciencialização para a problemática dos acidentes e a influência do papel do enfermeiro como um pilar na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção dos ADL. Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover ambientes seguros onde as crianças possam crescer e desenvolver em segurança, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A equipa também referiu que esta formação ajudou no esclarecimento das suas dúvidas e aprofundamento da temática, contribuindo desta forma para a mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis na criança. Após

a apresentação da sessão, foi disponibilizada a norma do procedimento setorial, na qual a equipa demonstrou estar bastante satisfeita com o resultado, afirmando que depois da sua aprovação vai ser um suporte facilitador para a promoção da segurança da criança. Atendendo á pertinência da temática e consequente importância do papel do enfermeiro como pilar na capacitação dos pais para a prevenção de acidentes domésticos e promoção de ambientes saudáveis, foi-me sugerido pela Enfermeira Gestora a implementação deste procedimento setorial a toda a área Pediátrica, pois é uma temática considerada bastante importante e ainda pouco desenvolvida no serviço. Futuramente, foi-me também solicitada pela Enfermeira Gestora, a realização de uma sessão de formação aos restantes enfermeiros da área Pediátrica. O procedimento seguiu os tramites normais e aguarda a sua implementação.

Em suma, e pelo feedback realizado após a formação em serviço, foi possível avaliar que os enfermeiros se apresentam sensibilizados para a realidade da problemática dos ADL, bem como para a transmissão de cuidados antecipatórios junto dos pais na adoção de medidas promotoras de ambientes seguros. Globalmente a sessão de formação foi avaliada em Muito Bom e foram tecidos vários comentários positivos, motivadores de reconhecimento do trabalho desenvolvido.

Com estas atividades, investi na área da promoção da saúde, objetivando a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança. Desta forma desenvolvi competências de EE no domínio B: **“domínio da melhoria contínua da qualidade”** - B1 *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*; B2 - *“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”*. Relativamente ao **“domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**, foram desenvolvidas a D2- *“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (OE, 2019, p. 4745). De acordo com o artigo 88º da Deontologia Profissional de Enfermagem, este diz que os enfermeiros devem procurar, em todo o ato profissional a excelência do exercício, e tem o dever de *“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (OE, 2015, p.91). No que diz respeito às competências de EEESIP, foram desenvolvidas a competência **E1- “Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde”** e respetivas unidades de competência (OE, 2018, p.19192).

Estas semanas em contexto de estágio, contribuíram mais uma vez, de forma evidente e significativa para a aquisição de Competências Comuns e Específicas de EEESIP, dando

resposta ao objetivo geral e objetivos específicos do projeto e ainda sensibilizar a equipa para a importância de continuar a trabalhar esta temática.

2.3- UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O último contexto de estágio ocorreu na Unidade de Internamento Pediátrico (UIP), no período de 14 de novembro a 16 de dezembro com a duração de 120 horas. A UIP onde foi efetivado o estágio situa-se no 4º piso do Hospital. Presta cuidados em regime de internamento a crianças e jovens entre os 29 dias e os 17 anos e 364 dias em todas as situações clínicas, com patologias do foro médico, cirúrgico, ortopédico, oftalmológico, otorrinolaringológico que não requeiram cuidados intermédios ou intensivos, de forma a restabelecer-se o mais rapidamente possível e com o menor número de limitações, permitindo voltar ao seu meio familiar e social. O acesso é feito através de referência interna da consulta, hospital de dia, urgência, ou através de referência externa, nomeadamente de outros hospitais (CIPE, 2018).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por dezasseis enfermeiros, sendo a maioria especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica prestando cuidados de enfermagem especializados, utilizando o modelo conceptual centrado na criança e família. O método de trabalho de enfermagem utilizado baseia-se no método de distribuição por enfermeiro responsável, que permite a prestação de cuidados individualizado e humanizado ao utente pediátrico.

O Sistema informático utilizado é o SClinico, e os registos de enfermagem são elaborados através deste programa informatizado de acordo com a CIPE, versão B2.

A UIP faz articulação com as consultas externas no âmbito de várias especialidades, como por exemplo: Neurologia, Desenvolvimento, Doenças respiratórias e alérgicas, Risco cardiovascular, Diabetes entre outras (CH, 2018). Esta Unidade tem ainda uma Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos que tem como missão a prestação de cuidados a doentes com doenças crónicas complexas limitantes ou ameaçadoras da vida e às suas famílias em todas as fases do processo assistencial (CH, 2018).

Existem vários serviços de apoio que se articulam com a UIP, nomeadamente, a sala de atividades, onde são dinamizadas atividades lúdicas muito diversificadas, de forma a atenuar o sofrimento, estimular o desenvolvimento e fazer sorrir as crianças. Estas atividades são

orientadas por uma educadora e professora de 1º ciclo, que dá apoio educativo às crianças aqui internadas.

Tendo em consideração o contexto de cuidados onde decorreu o estágio e o objetivo geral definido, foram delineados os seguintes objetivos específicos e suas atividades atendendo ao desenvolvimento de competências pretendidas:

I) Colaborar nos cuidados de enfermagem especializados direcionados à criança, jovem e família em situação de especial complexidade com foco na doença crónica com vista à maximização da sua saúde.

Assim as atividades delineadas foram:

- Integração na equipa de saúde, nomeadamente na equipa de enfermagem;
- Consulta de normas e procedimentos no serviço;
- Observação e Participação de cuidados de enfermagem juntamente com o EEESIP a crianças/jovens em situação de doença crónica e suas famílias;
- Realização de ações de educação individualizada à criança/pais, valorizando sempre a promoção da saúde e estilos de vida saudável.

II) Operacionalizar uma intervenção de enfermagem no âmbito da promoção de hábitos alimentares saudáveis direcionada à criança jovem e família com foco na prevenção da obesidade infantil.

Assim as atividades delineadas foram:

- Sustentação no referencial teórico de Nola Pender (2015);
- Observação direta e participação nos cuidados de enfermagem;
- Realização de reuniões com enfermeiro chefe e EEESIP orientador acerca da pertinência do tema;
- Realização de pesquisa bibliográfica necessária sobre o tema;
- Elaboração de um cartaz de sensibilização aos pais sobre a obesidade infantil, promovendo a alimentação saudável;
- Elaboração de um plano de sessão de formação;
- Apresentação do cartaz através de uma sessão de formação aos enfermeiros do SIP recorrendo ao método expositivo e com recurso ao Power Point;
- Avaliação da pertinência da sessão de formação através de um questionário.

A primeira semana, foi uma semana de descoberta do serviço, onde tive a oportunidade de observar as rotinas, de consultar os manuais de normas e procedimentos, os protocolos, bem como, outra documentação existente. Para facilitar esta integração, foi essencial a visita inicial guiada pela Enfermeira orientadora, no sentido de apresentar o serviço e a equipa, proporcionando-me uma perceção geral do funcionamento e organização do mesmo.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico, durante o estágio, observei e colaborei na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família internados com doença crónica e aguda bem como a crianças portadoras de doenças raras. Os motivos de internamento mais frequentes foram a hiperglicemia, febre, dor, dispneia e vómitos tendo a minha área de intervenção estado relacionada com diversos focos de enfermagem, nomeadamente: limpeza das vias aéreas, aspiração, temperatura corporal, nutrição, dor, aprendizagem, emoções, adaptação, gestão do regime terapêutico, hábitos alimentares saudáveis, papel parental e comunicação. O principal motivo de internamento foi a febre e dispneia devido à época do ano propícia à transmissão de vírus da gripe.

A doença e a hospitalização constituem uma das primeiras crises com as quais a criança se depara, já que é difícil ser vivenciada, devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Hockenberry et al., 2014). A hospitalização da criança também suscita, uma crise emocional e de identidade parental, confundindo os pais no seu desempenho de funções, que não sabem, por vezes, o que podem fazer, ou não fazer (OE, 2015). A doença e consequente hospitalização ocorrem sem aviso prévio, e podem dificultar o papel parental (OE, 2015). Atendendo a esta situação, tive a oportunidade de realizar ensinamentos individualizados à criança/família e estratégias onde destaco a brincadeira terapêutica, participação em atividades na sala de brincar, como a construir jogos, desenhar, ver televisão, dança e até mesmo usar o computador, de forma a reduzir a ansiedade e assegurar um clima de tranquilidade com eficácia, na medida em que ficavam mais calmos. Para além destas estratégias, também incentivei a família a trazer objetos significativos da criança, pelo seu valor simbólico e por constituir uma fonte de segurança emocional

No caso específico da criança que vive uma doença crónica, está sujeita a alterações no seu quotidiano e a várias hospitalizações que interferem nos processos de crescimento e desenvolvimento, separando-a do contacto com os familiares e rotina ambiental. Nola Pender (2015) refere que a promoção da saúde e de comportamentos saudáveis é dirigida, não só à criança, como à sua família, concretizada nos ensinamentos. Desta forma permiti sempre, a presença dos pais junto da criança explicando-lhe os procedimentos. Esta presença

permitiu tranquilizar e diminuir a ansiedade de ambos em relação ao ambiente hospitalar, evitando ainda que esta experienciasse o trauma da separação, e para que os pais pudessem oferecer o afeto e proteção que eles são capazes, reduzindo-se assim a quebra de contacto com pessoas afetivamente significativas e com o quotidiano. A presença dos pais durante a hospitalização de um filho e a participação nos cuidados têm sido reconhecidas como importantes, necessárias e benéficas para ambos, o que vai ao encontro da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988) Artigo 2.º em que esta *“tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”*. Assim o EEESIP tem como competência facilitar a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, através de ensinamentos e treinos individualizados, prevenindo o isolamento e promovendo a autonomia, independência e o regresso a casa, melhorando a qualidade de vida. Benner (2001), afirma que o enfermeiro especialista, é considerado como enfermeiro perito, pois é ele que detém um conhecimento aprofundado e perceptivo de cada situação particular, tendo a capacidade de prestar cuidados individualizados.

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados, ficando responsável pelos cuidados a crianças portadoras de doença crónica e rara. Relembro uma situação de Diabetes Mellitus tipo 1 inaugural, numa criança em idade escolar, com quem contatei por um longo período, durante o qual tive a oportunidade de capacitar a criança e os pais na adoção de estratégias para lidar com a doença, nomeadamente relativas à monitorização das glicemias capilares, administração de insulina subcutânea, contagem de hidratos de carbono e noções básicas de alimentação saudável. Destaco também, a prestação de cuidados a um bebé de 4 meses internado por dificuldade respiratória com doença rara (ainda em fase de estudo), esta doença representava-se por alteração do padrão do sono e agitação psicomotora, passando o bebé maioritariamente o dia e noite acordado, dormindo apenas cerca de três horas com administração de hidrato de cloral. Ao longo do estágio fui-me apercebendo de algumas dificuldades sentidas pela mãe, verificando-se como barreira a própria estrutura física do serviço e as condições para dormir, uma vez que não existem camas no serviço, apenas cadeirões o que torna bastante desconfortável para internamentos de vários dias. Esta mãe apresentava sinais de cansaço extremo por falta de descanso, comprometendo as suas funções físicas e até mentais, apresentava já sinais de diminuição da sua capacidade para cuidar do filho. Para dar resposta a esta situação realizei estratégias de adaptação e coping, capacitando estes pais para a adoção e gestão do tempo, alternando entre eles os períodos de permanência no internamento, tendo sido bastante eficaz esta estratégia permitindo o descanso desta mãe, tendo sido adotada também, pelos pais, no momento da alta para o

domicílio. Assim, mais uma vez o MPS de Nola Pender foi nesta situação uma mais-valia, pois, conhecendo os seus hábitos e rotinas e tal como na análise do diagrama de Pender (percebe benefícios para a ação), foi possível encontrar alternativas e assumir o compromisso com a ação para mudar comportamentos. Desta forma permitiu-me trabalhar a unidade de competência “*E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*” (OE, 2018, p.19193). Consequentemente desenvolvi as competências E2.5.1 e E2.5.2 (OE, 2018, p.19193). Desta forma, englobei os pais estabeleci uma parceria de cuidados em todo este processo, respeitando assim a filosofia dos cuidados centrados na família de forma a encontrar estratégias para suprimir o sofrimento emocional, adquirindo a competência E2.5.3 (OE, 2018, p.19193).

Tendo em vista os cuidados centrados na família, procurei trabalhar em colaboração com esta, respeitando o seu momento de crise, informando-a de tudo o que estava a acontecer, dando importância à negociação da parceria de cuidados e ao respeito pela tomada de decisão dos pais. Para além disso, estimei o seu empowerment, reconhecendo-a como portadora de saberes e competências únicas para com a criança. No momento da interação com a família procurei sempre estabelecer uma relação de confiança, destacando os conhecimentos e as capacidades dos pais/cuidadores, dando relevância a experiências anteriores, transmitindo aos pais a premissa de que estes são os melhores cuidadores da criança. Trabalhei sempre em busca de avaliar as suas aptidões e conhecimentos sobre os cuidados a prestar à criança, no intuito de incentivar a sua autonomia, tendo como exemplos disso, na alimentação da criança, na administração de medicação oral, nos cuidados de higiene e conforto a prestar, informando, capacitando e empoderando os pais em todo o processo.

De acordo com as atividades desenvolvidas neste estágio, realço a consolidação das seguintes competências específicas do EEESIP “*E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e respetivas unidades de competência “*E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” e respetivas unidades de competência (OE, 2018, p. 19192-19194). Afirmo que estas competências, foram treinadas e aperfeiçoadas, uma vez que já foram desenvolvidas e adquiridas nos contextos de estágio anteriores.

Tive ainda oportunidade de desenvolver competências **no domínio da gestão dos cuidados** de enfermagem ao utente pediátrico. A enfermeira orientadora acumulava funções como chefe de equipa, e ainda, fazia a gestão dos recursos humanos e materiais dos turnos em que estava escalada. Neste sentido, cooperei na verificação dos stocks de medicação e material clínico com respetiva solicitação de reposição, colaborei também na distribuição dos

recursos humanos pelos locais de trabalho. Esta competência requer extrema sensibilidade, experiência e capacidade de articulação com base nos recursos e nas necessidades, de forma a preservar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Desta forma tornou-se possível ampliar aprendizagens neste campo e dar resposta às competências comuns do EE “*gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde*” (OE, 2019, p. 4745), e ainda, “*Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*” (OE, 2019, p. 4745).

No que concerne ao segundo objetivo proposto, relacionado com a promoção de hábitos alimentares com foco na prevenção da obesidade infantil, desenvolvi atividades oportunas na construção e consolidação do meu projeto. Durante as duas primeiras semanas de estágio constatei, através da observação direta, sendo também perceptível através do feedback da equipa de enfermagem, que existem muitos casos de crianças internadas com excesso de peso e obesidade tendo algumas já complicações associadas.

O desenvolvimento e abordagem ao tema subjacente teve também por base a minha experiência profissional como enfermeira onde constato diariamente um aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil a partir de idade precoce, pelo que para inverter esta situação torna-se essencial investir na adoção de hábitos alimentares saudáveis na criança e prática de exercício físico. Para a escolha da temática e planeamento do projeto, contribui ainda, a revisão sistemática de literatura com base na evidencia científica, realizada nesta caminhada, que refletiu a noção da gravidade deste fenómeno nesta faixa etária. Contribuíram, igualmente, como já referi no supracitado, as duas primeiras semanas de estágio na UIP, onde pude constatar que as crianças e pais adotam hábitos alimentares pouco saudáveis. Observei durante estes dias, pais, que oferecem batatas fritas aos filhos, coca-cola pelo biberão, os snacks muitas vezes são bolos com tabletes de chocolates e sumos, em que estes são frequentemente os pequenos lanches ou os pequenos-almoços dos filhos. Este cenário, reforçou a necessidade e relevância de abordar esta temática, que impulsionou o desenvolvimento do meu projeto de intervenção em contexto de Internamento de Pediatria, direcionado a crianças e pais.

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial e um dos maiores desafios da saúde pública do nosso século (Beja et al, 2014). “*Atualmente, a obesidade é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial*” (Rito et al, 2017 p. 3). A obesidade infantil é uma condição complexa e é um fator de risco para

diversas doenças não transmissíveis (DNTs) tais como a diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, entre outras, contribuindo para diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e aumento dos custos com a saúde (Rito et al, 2017, p.3). É também uma doença crónica com múltiplas causas, com destaque para as comportamentais, nomeadamente alterações ao padrão alimentar e sedentarismo (Beja et al, 2014). No seguimento do descrito, cerca de 60% das crianças obesas serão adultos obesos. Isto reduz a média de idades em que há o aparecimento das DNTs que conseqüentemente, tem grande impacto no setor da saúde e da economia. Em Portugal, segundo o estudo COSI, nos gastos anuais da saúde há um valor estimado de 2,8% que está relacionado com a obesidade (Rito et al, 2017).

Considera-se obesidade e excesso de peso, uma acumulação anormal e excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto negativo na saúde (DGS, 2022). O excesso de peso tem efeitos negativos imediatos na saúde individual de crianças e jovens, com o risco de apresentarem na idade adulta obesidade e comorbilidades. Com o crescimento desta problemática em idades infantojuvenis e pela maior facilidade na introdução de mudança nos seus comportamentos, torna-se prioritário atuar junto destas faixas etárias (Beja et al, 2014). Diversos estudos evidenciam agravamento do problema na população portuguesa, sendo a prevalência entre crianças e jovens das mais elevadas na Europa (Beja et al, 2014). A melhor maneira de se combater a obesidade infantil ainda é por meio da prevenção, conscientizando, não somente os adultos, mas educando as crianças para a prática de hábitos alimentares saudáveis (Pessoa, 2016). Alimentação saudável, corresponde a uma alimentação variada, equilibrada e completa, em linha com as recomendações da Roda dos Alimentos (DGS, 2022). A promoção da alimentação saudável e a prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição, em particular do excesso de peso e da obesidade é uma prioridade de saúde a nível nacional (DGS, 2022).

A alimentação é um dos determinantes mais importantes da saúde e, nos primeiros anos de vida, tem uma grande importância (DGS, 2020). A alimentação na infância tem um papel determinante no crescimento e desenvolvimento das crianças e é neste período que se moldam os seus gostos e preferências alimentares e que se programa a sua saúde futura. Durante este período da vida, os pais/família são os modelos que as crianças tendem a imitar. De um modo geral, quando os pais têm hábitos alimentares saudáveis, o filho também os tem (DGS, 2020).

Devido à crescente industrialização e urbanização em que vivemos, houve uma mudança no padrão alimentar das famílias, estas mudanças vêm ocorrendo nos padrões do consumo alimentar, como os hábitos alimentares inadequados, principalmente na infância e na

adolescência (Pessoa, 2016). Como tal é importante a influência dos pais sobre os hábitos alimentares dos filhos que representa um fator preponderante para o surgimento da obesidade infantil. Hábitos alimentares inadequados, praticados pelos pais, podem não somente interferir na qualidade de vida dos filhos na infância, como também na fase adulta, pois os hábitos alimentares inadequados dos pais, têm sido alguns dos principais responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade infantil (Pessoa, 2016). Assim cabe aos pais promover opções alimentares nutritivas às suas crianças, por meio de seleções alimentares saudáveis e de uma alimentação saudável.

Tendo em conta a pertinência da temática em causa, procedi à realização de entrevistas com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e alguns elementos da equipa de enfermagem, onde foi apresentada a minha proposta de intervenção. A equipa achou pertinente a temática na área da promoção de hábitos alimentares saudáveis na criança e família, numa perspetiva de prevenção da obesidade. Assim, foi-me solicitado pela equipa, a realização de um cartaz informativo (Apêndice IV) a afixar em vários pontos da unidade de internamento, tendo como fundamento a promoção da saúde e qualidade de vida. Tal como descreve o regulamento da OE, o EEESIP tem como uma das competências, “*Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.*” (OE, 2018, p. 19192). Desta forma, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema de forma a dar suporte com evidência científica às minhas atividades.

O cartaz proposto sobre a Obesidade Infantil, promovendo hábitos alimentares saudáveis foi elaborado com base nas linhas orientadoras nutricionais mais atuais e mais adequadas à População Pediátrica Portuguesa (Apêndice IV). A sua realização teve a intenção de funcionar como meio de educação para a saúde, servindo de ferramenta entre os enfermeiros e a população pediátrica, na orientação de comportamentos promotores de saúde. Os materiais impressos educativos são uma excelente alternativa para a educação em saúde, pois facilitam a compreensão e aumentam a adesão ao tema, favorecendo a adoção de hábitos mais saudáveis, principalmente na população infantil (Llanugo et al, 2020). Através desta ferramenta educação para a saúde, pretendo uma mudança voluntária de comportamentos de forma a influenciar positivamente a saúde. Desta forma, a atividade realizada focalizou mais uma vez as conceções do MPS de Nola Pender.

Tendo em conta, segundo o MPS de Nola Pender, que os profissionais de saúde influenciam a adesão a comportamentos de promoção de saúde, defini ainda como uma das atividades para dar resposta ao meu diagnóstico de situação, realizar uma sessão de formação (Apêndice IV) sobre o tema para apresentação do cartaz, dirigida à equipa de enfermagem

de forma a atualizar e consolidar conhecimentos. Delineei em conjunto com Enfermeiro chefe e o EEESIP orientador, o plano de sessão de formação (Apêndice IV), e a formação foi realizada na última semana de estágio, em contexto de formação em serviço. Os conteúdos programáticos abordados nesta formação foram os seguintes: obesidade infantil e números recentes em Portugal, principais riscos para a saúde, importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis na prevenção da obesidade infantil e por último transmitir estratégias promotoras para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis direcionada às crianças baseadas nas linhas orientadoras nutricionais (DGS, 2019), de forma a prevenir a obesidade infantil. No final da sessão foi entregue um questionário aos formandos (Apêndice IV) para avaliação da sessão, que contempla parâmetros de avaliação da formação e do formador, para classificação numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde à pontuação mais baixa e 5 corresponde à mais alta. A elaboração deste questionário teve por base o instrumento de avaliação utilizado pelo CH[REDACTED]. Perante os resultados obtidos no questionário de avaliação pude concluir que o meu desempenho enquanto formadora revelou-se, de uma forma geral, muito bom e que os conteúdos transmitidos foram uma mais-valia para a equipa, no que concerne ao papel do enfermeiro como um pilar na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção da obesidade infantil. Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover mudanças nos comportamentos das crianças para que possam crescer e desenvolver de forma saudável, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença. Penso por isso, ter despertado a mudança, desenvolvendo competências comuns do EE no **“Domínio da melhoria continua da qualidade”** e no **“Domínio da gestão dos cuidados”** atuando como agente de novos conhecimentos (B1.2.1, C1.1). Desta forma atuei como formadora ao realizar a formação em serviço e mais uma vez contribuí para o aperfeiçoar da competência comum do EE no **“Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (OE, 2019, p. 4745).

Relativamente às competências de EEESIP, com estas atividades foi mais uma vez melhorada a competência **“E1- Assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde”** e respetivas unidades de competência (OE, 2018, p.19192).

Apesar de no serviço de internamento o foco da intervenção ser dirigida à doença, aproveitei todas as oportunidades para promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A alimentação desadequada e os erros alimentares são muito frequentes, sendo a minha intervenção no sentido de fomentar a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Assim sendo durante todo o estágio procurei promover estratégias de alimentação saudável nas crianças

internadas com excesso de peso e obesidade infantil, no sentido de tentar perceber se o padrão alimentar estava comprometido e atuar através de ensinamentos fazendo educação para a saúde. Desta forma os enfermeiros têm um papel importante na promoção da saúde, através da identificação de situações que levam a comportamentos de risco. Segundo a linha de pensamento do MPS de Pender, este modelo pretende, uma mudança positiva por parte dos pais e crianças, considerando que cada um tem características e experiências únicas que vão influenciar o seu comportamento (Pender, 2015). Neste sentido, o resultado comportamental desejado é a adoção de estilos de vida saudáveis, com benefícios para a saúde, através da melhoria da qualidade de vida, reduzindo a morbidade e mortalidade prematura, associados às doenças que advêm desta problemática.

No decorrer do estágio identifiquei situações que constituíam risco para a criança, e em conjunto com o EEESIP orientador sinalizámos as crianças para o serviço de nutrição e outra para a consulta de risco cardiovascular, de acordo com os procedimentos institucionais. Como exemplo destas situações refiro uma criança obesa com valores tensionais elevados, e uma bebé com 11 meses que a partir do sétimo mês foi alimentada apenas com papa às refeições. A minha prática foi sempre direcionada para os comportamentos anteriores e fatores pessoais preconizados por Nola Pender.

Integrado no período de estágio na UIP realizei ainda, um estágio de observação participada, com a duração de dois dias, na Consulta de Risco Cardiovascular no Serviço de Consulta Externa de Pediatria da mesma instituição. Recorrem a esta consulta crianças e jovens com obesidade e excesso de peso com risco de desenvolverem doenças cardiovasculares e outras já diagnosticadas. As crianças que recorrem a esta consulta são referenciadas do centro de saúde, urgência pediátrica e internamento de pediatria. A consulta é realizada por uma médica pediatra, em parceria com uma enfermeira. Durante a consulta colaborei na monitorização dos sinais vitais, tais como peso, altura, perímetro cefálico, percentis e avaliação da tensão arterial (em crianças com mais de 3 anos), estes dados obtidos servem de suporte para a posterior decisão e orientação. Colaborei ainda na monitorização dos hábitos alimentares praticados pela criança/pais e a prática de exercício físico. Esta consulta, veio reforçar a importância da escolha, da decisão e do caminho que tracei, para este estágio na área da minha temática, tendo como alicerce a teorização e a evidência científica. O Cartaz realizado irá ser afixado também à posterior na sala de espera da Consulta Externa, pois os utentes permanecem na mesma por um tempo considerável, de forma a lerem e reterem a informação disponibilizada neste cartaz, sensibilizando assim a população que

recorre às consultas para a problemática da obesidade infantil. O Cartaz encontra-se disponível no serviço a aguardar autorização para ser afixado.

Desta forma, no presente estágio e em virtude do convite e da participação no projeto “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis”, em efetivação também no Serviço de Pediatria, dei resposta e continuidade mais uma vez a este projeto com o objetivo de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida e bem-estar das crianças.

Considero que as atividades desenvolvidas permitiram dar resposta aos objetivos propostos, demonstrando o papel fundamental do EEESIP na promoção de estilos de vida saudáveis, através da capacitação dos pais.

3. CONCLUSÃO

A realização deste relatório possibilitou evidenciar a trajetória formativa realizada ao longo do curso de mestrado, mais concretamente ao longo dos estágios.

O referencial teórico de Nola Pender foi o que me acompanhou durante todo o meu percurso de estágio, pois é um instrumento precioso que contribui para a intervenção em enfermagem e para um planeamento eficaz na melhoria da prestação de cuidados. Defende que os enfermeiros são profissionais de saúde que desempenham um papel de relevo na promoção da saúde das crianças, auxiliando-as a manterem-se saudáveis. Neste referencial teórico a criança e família adota ou não determinado comportamento, hábito de vida para que as condições de saúde sejam melhoradas, caso não se adotem mudanças, haverá prejuízo na qualidade de vida colocando a criança em risco de adoecer. Os estágios foram fundamentais na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, Específicas do EEESIP e de Mestre preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Todo este percurso académico permitiu-me trabalhar e desenvolver competências de mestre, nomeadamente relacionadas com a construção de conhecimentos através de processos de investigação, assim como a capacidade de comunicação de conclusões, procedimentos e raciocínios, subjacentes aos processos de investigação, de forma clara e precisa, aqui importa referir a realização de uma scoping Review desenvolvida durante a componente teórica em contexto da disciplina de enfermagem de saúde infantil.

Considero que os objetivos gerais e específicos foram atingidos através, da realização das diferentes atividades a que me propus ao longo dos contextos de estágio, e que foram alvo de reflexão ao longo do relatório. Assim, a concretização do projeto que se assumiu como transversal a todo o ensino clínico, bem como, as atividades desenvolvidas, permitiu ainda, desenvolver competências de mestre relacionadas com aplicação de conhecimentos e de resolução de problemas em situações novas em contextos alargados e multidisciplinares. Tendo em conta a prestação de cuidados ao binómio criança-família e que estes se assumem como amplos e complexos, é de extrema importância ter sempre presente os pressupostos éticos e deontológicos específicos para a faixa etária em questão, indo deste modo ao

encontro das competências de mestre nomeadamente através da realização de reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Considero a temática do projeto desenvolvida de extrema importância, pois a promoção da saúde, a prevenção da doença e o alcance do bem-estar, são elementos essenciais que contribuem para ganhos em saúde, sendo que a atuação em idade pediátrica promoverá a obtenção de adultos mais saudáveis e autónomos.

Em todos locais de estágio foram detetadas áreas com maior necessidade de intervir, foi possível identificar que as crianças/pais adotam por vezes estilos de vida pouco saudáveis. De acordo com os problemas detetados, as principais necessidades de intervir estão relacionadas com a alimentação, obesidade e segurança infantil. Desta forma, tornou-se evidente que a prioridade para intervir junto das crianças e pais é atual e evidente na atualidade. A eleição da área temática do projeto teve também em consideração o convite feito pela enfermeira responsável pela UUP para integrar o projeto existente “Promoção de Estilos de vida saudável” bem como o interesse pessoal e a motivação intrínseca da mestranda, em que os comportamentos promotores de saúde relacionados com a promoção da segurança infantil, nomeadamente a prevenção de acidentes e a promoção de uma alimentação adequada, são considerados um foco de intervenção de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, que evidencia a valorização dos cuidados antecipatórios como intervenção assertiva na promoção de saúde.

A educação para a saúde, foi a intervenção de enfermagem utilizada, para capacitar e consciencializar os pais para a importância de adotarem estilos de vida saudáveis, no âmbito da alimentação saudável e da criação de ambientes seguros para os seus filhos.

As sessões de formação realizadas aos profissionais dos locais de estágio decorreram consoante o que havia sido previamente planeado e acordado. Neste contexto, foram também uma mais valia para garantir a continuidade do projeto “Promoção de Estilos de Vida Saudável”, contribuindo para além de uniformizar conceitos e ensinamentos, fomentar uma cultura preventiva. O enfermeiro EEESIP na sua prática de cuidados desempenha um papel fulcral e ativo como promotor e educador de saúde, na mudança de comportamentos potenciadores de saúde para a melhoria da qualidade de vida da criança, jovem, pais e famílias.

A realização da scoping review sobre a temática, veio demonstrar, apesar dos poucos resultados obtidos, a importância do papel do enfermeiro na saúde escolar, salientando que a escola é um espaço propício à aprendizagem e socialização.

Este percurso foi desafiador, enfrentei vários obstáculos, o principal que identifiquei foi, a conciliação entre a vida acadêmica, profissional, pessoal e familiar. Implicou um desgaste físico, emocional e psicológico, mas que foi vencido e que ao mesmo tempo contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, contribuindo de forma significativa para fazer mais e melhor aumentando a minha força interior para lutar e não desistir.

Futuramente pretendo continuar a abraçar o projeto, dando continuidade ao trabalho iniciado, pois é uma área de extrema importância e de grande influência na melhoria dos cuidados de saúde à criança/jovem e família, preservando cuidados de enfermagem cada vez mais seguros e de qualidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017*. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/relatorio-de-atividades>

Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro. *Prematuridade em Portugal e no Mundo*. (2022). Disponível em: <https://www.xxs-prematuros.com>

Beja, A., Ferrinho, P., Craveiro, I. (2014). *Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32 (n. °1). Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a03.pdf>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Briggs, J. (2015). *The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis: 2015 edition*.

Centro Hospital [REDACTED] (2018). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica*. [REDACTED]: Centro Hospital [REDACTED], EPE.

Chenga, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L., Denney-Wilson, E. (2021). *Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review*. International Journal of Nursing Studies, 121, 104008.

Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). (Lei de Bases da Saúde). Diário da República - I Série. n.º 195 (24-08-1990), p. 3452-3459.

Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro (1991). Diário da República n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08, p.5724. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril). REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República Serie I-A n.º 205 (04-09-1996). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto-Lei n.º 74/06, de 24 de março. (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, p. 2242-2257. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176/2016, Série I. Páginas 3159 - 3191. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzItzVUy81MsTU1MDAFAH zFEfkPAAAA>

Direção Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020). *Estilos de Vida Saudáveis*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Vamos por a Alimentação Saudável em Casa*. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/03/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-sauda%CC%81vel-on-em-casa.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Portugal. Ministério da Saúde.

Duarte, A., Augusto, C., Silva, M. J., Martins, S., Lopes, L., Carvalho, G., Rosário, R. (2022). *Promoção de estilos de vida saudáveis na primeira infância: A voz de familiares e peritos*. Revista de Enfermagem Referência, 6(1), e21083. <https://doi.org/10.12707/RV21083>

Gonzaga, N. C., Araújo, T.L., Cavalcante, T.F.C., Lima, F.E.T., Galvão, M.T.G. (2014). *(Nursing: Promoting the health of overweight children and adolescents in the school contexto)*. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 48(1), 157–165.

Hartmann, C., Lopes, G. C. D., Vieira, F. S. F., Samuel, B.V. (2020). *História da promoção da saúde e a “Carta de Ottawa descrita na íntegra”*. Revista Científica Cognitionis. (DOI): 10.38087/2595.8801.45

Hockenberry, M, J., Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

Instituto de Apoio à Criança. (1998). Carta da criança hospitalizada. IAC. Disponível em: <https://iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada/>

Llaguno, N.S., Pinheiro, E.M., Avelar, A.F.M. (2020). *Elaboração e Validação da Cartilha “Higiene do Sono para Crianças”*. Ata Paulista de Enfermagem. DOI:

<http://dx.doi.org/10.37689>.

Disponível

em:

<file:///C:/Users/utilizador/Documents/Bibliografia%20importante/transferir.pdf>

Leiva, A., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Troncoso-Pantoja, C., Concha, Y., Garrido-Méndez, A., Díaz-Martínez, X., Lanuza-Rilling, F., Ulloa, N., Martorell, M., Álvarez, C., Celis-morales, C. (2018). *Asociación de un índice de estilos de vida saludable con factores de riesgo cardiovascular en población chilena*. *Revista Médica do Chile*, 146(12), 1405-1414.

Macdonald, M, G., Seshia, M, M. (2018). *Avery- Neonatologia- Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 7ª edição. Editora: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-3330-4.

Madeira, F., Filgueira, D., Bosi, M., Nogueira, J. (2018). *Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações*. *Saúde e Sociedade de São Paulo*, 1(27), 106-115.

Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Disponível em [:http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/dgs_programa_nacional_intervencao_integrada_determinantes_saude_relacionados_estilos_vida_2003.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/dgs_programa_nacional_intervencao_integrada_determinantes_saude_relacionados_estilos_vida_2003.pdf)

Ordem dos enfermeiros. (2009). *Dia nacional de Luta contra a Obesidade*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-nacional-de-luta-contra-a-obesidade-texto-da-comiss%C3%A3o-de-especialidade-de-enfermagem-comunitaria>

Ordem dos enfermeiros. (2009). *O Papel dos Enfermeiros na Promoção de uma alimentação saudável*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-uma-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-texto-formulado-pela-mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-comunitaria>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões De Qualidade*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> 2011

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. NORPINT, Artes Gráficas, S.A. ISBN: 978-989-8444-30-1. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Série 1 N° 8 ed.). Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidapositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.ª série - N.º 133 - 12 de julho de 2018. p. 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 – *Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. p. 4744-4745. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: 1986.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Taking Action on Childhood Obesity Report*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf>

Organização Mundial de Saude. (2019). Para crescerem saudáveis, crianças devem sentar menos e brincar mais. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/04/1669601>

Organização Mundial de Saude. (2023). *Constitution da WHO*. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7ª ed. ISBN: 978-0-13-310876-7.

Pessoa, J. (2016). *Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos*. Temas em Saúde, Vol. 16 (2), 460-481. In Temas em Saúde. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>

Rito, A., Sousa, R. C., Mende, S., Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa – Ministérios da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. ISBN: 978-989-8794-43-7. p. 3-4. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf

Serafim, A., Jacinto, A., Franco, M., Reis, M., Vaz, F. (2012). *Revista Percursos*. Ano 7, nº 26, outubro-dezembro 2012. ISSN 1646-5067. P. 5-12. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n26.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Obesidade Infantil*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-obesidade-infantil/>.

Serviço Nacional de Saúde. (2022). Serviço Nacional de Saúde: Centro Hospitalar ██████████ ██████████. Disponível em: <http://www.chbm.min-saude.pt/P>.

Sousa, M. R., França, S. P. S., Lima, J.M., Almeida, S.L.S. (2015). *Obesidade Infantil em Escolares Sob os Cuidados do Enfermeiro: Revisão Integrativa*. Revista em Enfermagem UFPE, 9 (8), 8845-8853.

Tricco, C. A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, E. D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., Megowan, J., Stewart, L. A., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C.,...Straus, S. E. (2018). *Annals of Internal Medicine Research and Reporting Methods, Prisma Extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR): Checklist and Explanation*. Annals of International Medicine, setembro 2018. DOI: 10.7326/M18-0850. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327425619_PRISMA_extension_for_scoping_reviews_PRISMA-ScR_Checklist_and_explanation

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. Disponível em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

United Nations Children's Fund (UNICEF). (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*, p. 21. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Vieira, M., Reis, A., Barroso, I. (2020). *Literacia para a saúde na perspetiva das crianças, em meio escolar*. Revistas da UIIPS - unidade de Investigação do Instituto politécnico de Santarém. Vol.8, nº1. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19887>

APÊNDICES

Apêndice I - Poster “Intervenções de Enfermagem Promotoras de Estilo de Vida Saudável
Dirigidas á Criança em Idade Escolar e Pais em Contexto de Educação para a
Saúde: *Scoping Review*” apresentado no V Seminário do Curso de Mestrado em
Enfermagem



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL DIRIGIDAS À CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR E PAIS EM CONTEXTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA SCOPING REVIEW

Monteiro, Cláudia (1); Pires, Ilda (1); Lourenço, Margarida (2); Charepe, Zaida (2); Caldeira, Sílvia (2); Ramos, Sílvia (3)

1. Estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (claudia.rm78@hotmail.com) 2. Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa 3. Professora Auxiliar convidada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias

Introdução: A adoção de estilo de vida deve ser vista como uma oportunidade e um desafio da pessoa, da família e da comunidade devido ao facto de ter uma atitude preventiva em relação à saúde (DGS, 2020). É importante realçar o pensamento em saúde em todas as políticas, ambientes saudáveis, estilos de vida saudáveis e da necessidade de orientação dos serviços de saúde para a prevenção de doenças e promoção da saúde (DGS, 2020). Num estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em 2019, sobre a Obesidade Infantil em crianças em idade escolar, dos 6 aos 8 anos de idade, residentes em Portugal, verificou-se que 11,9% das crianças apresentavam obesidade e 29,7% excesso de peso. Entre 2008 e 2019 verificou-se também uma redução de 8,2 pontos percentuais na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% para 29,7%) e de 3,4% na obesidade infantil (15,3% para 11,9%), permitindo a Portugal passar do 2º país europeu com maior prevalência de excesso de peso infantil para o 14º (SNS, 2021).

A escola é um espaço por excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens aprendem a gerir eficazmente a sua saúde e a agir sobre fatores que a influenciam (DGS, 2017). Assim, a promoção e a educação para a saúde em meio escolar são um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências de crianças e jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis, adotando estilos de vida mais saudáveis (DGS, 2017).

Foi realizada uma pesquisa preliminar na Medline, na Base de Dados de Cochrane de revisões sistemáticas e da Síntese de Provas JBI e não foram identificadas revisões sistemáticas, revisões sistemáticas atuais ou em curso sobre o tema.

Objetivos: Mapear na literatura científica estudos empíricos acerca das intervenções de enfermagem promotoras de estilos de vida saudável dirigidas à criança em idade escolar/pais em contexto de educação para a saúde

Materiais e Métodos: Esta scoping review foi elaborada de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (2020). A pesquisa foi realizada nas bases de dados da CINAHL, MEDLINE (ambas por via EBSCO) e PUBMED no dia 19-04-2022, de acordo com os descritores MeSH e os operadores booleanos AND, OR e NOT nos idiomas português, inglês e espanhol e sem limite temporal. Os critérios de elegibilidade foram crianças em idade escolar (6 aos 9 anos) e pais (**população**). Intervenções de Enfermagem promotoras de estilo de vida saudável (**conceito**) e educação para a saúde em qualquer contexto da atuação dos enfermeiros (**contexto**). A pesquisa identificou 456 estudos potencialmente relevantes. Destes, 199 foram excluídos por serem duplicados, dos restantes 257 estudos, 233 foram excluídos após avaliação do título e resumo; dos 22 restantes, 20 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, após leitura integral do texto. O principal motivo de exclusão teve em conta o facto de as publicações não abordarem diretamente a questão de pesquisa, incluindo as intervenções de enfermagem. Foram identificados 2 estudos para a realização desta Scoping Review.

Resultados: O primeiro estudo tem como objetivo identificar os tipos de intervenções realizadas pelos enfermeiros para a prevenção e tratamento da obesidade e excesso de peso em crianças e adolescentes. Os enfermeiros atuaram como educadores para a saúde. As intervenções de enfermagem foram realizadas em contexto de cuidados de saúde primários, na comunidade e na escola. Envolveram a educação individual e em grupo, através de programas de aconselhamento pessoalmente ou por telefone. Foram também incluídas entrevistas motivacionais, aconselhamento em grupo, orientações ou coaching, programas de exercícios estruturados, contactos telefónicos e trabalhos de casa. Foi abordado os temas da nutrição, mudança na dieta, atividade física, comportamento sedentário, tamanho das porções, leitura de rótulos, influência da publicidade, alimentação social, gestão de stress, autoestima e autoeficácia, mudança de comportamento, culinária, habilidades parentais e habilidades de exercício físico (Cheng et al, 2021). Relativamente ao segundo estudo, destacam-se os programas de intervenção voltados à adoção de hábitos saudáveis, salientando que a escola é um espaço propício à aprendizagem e socialização, reconhecendo também que é um local privilegiado para a prática de promoção, prevenção e educação para a saúde. Neste sentido as intervenções de enfermagem passam pela catalisação da mudança, através do empoderamento, aconselhamento e educação para a saúde tendo como base a filosofia dos cuidados centrados na família. Esta mudança tem em conta a avaliação das necessidades, o conhecimento da realidade, a avaliação do contexto psicossocial, as barreiras ao tratamento e avaliação do estilo de vida das famílias (Gonzaga et al, 2014).

Conclusão: As intervenções de enfermagem na promoção da saúde das crianças em idade escolar contribuem fortemente para a adoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções são fundamentais para prevenir ou tratar o excesso de peso e a obesidade nas crianças, sendo de extrema importância mobilizar enfermeiros para a saúde escolar de forma a promover a mudança de comportamentos das crianças e famílias, introduzindo a educação alimentar e nutricional nos currículos escolares, assumindo estes a liderança destas intervenções nos programas, em articulação com os profissionais da área da educação. A escola é um espaço privilegiado para a prática de promoção, prevenção e de educação para saúde, onde a atuação do enfermeiro especialista é de extrema importância na mudança comportamental e na adoção de estilos de vida saudável.

Questão de investigação: Qual a evidência disponível acerca das intervenções de enfermagem promotoras de estilo de vida saudável dirigidas à criança em idade escolar em contexto de educação para a saúde?

Palavras chave: Crianças ; estilos de Vida Saudável ; Educação para a Saúde ; Intervenções de Enfermagem.

Referências Bibliográficas:

- Cheng, H.; George, C.; Dunham, M.; Whitehead, L.; Denney-Wilson, E. (2021). Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 104008.
- Direção Geral da Saúde. (2020). Estilos de Vida Saudável. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-2/estilos-de-vida-saudavel.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Referencial de educação para a saúde. Acedido em http://www.dgs.mec.pt/sites/default/files/saude/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Gonzaga, N.C.; Araújo, T.L.; Cavalcante, T.F.; Lima, F.E.; Galvão, M.T. (2014). Nursing: Promoting the health of overweight children and adolescents in the school context. *Revista da Escola de Enfermagem da U.S.P.*, 48(1), 157-165.
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Obesidade Infantil. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-obesidade-infantil/>



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Cláudia Monteiro, Ilda Pires; Prof. Dra. Margarida Lourenço; Prof. Dra Zaida Charepe; Prof. Dra. Sílvia Caldeira; Prof. Dra. Sílvia Ramos apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 47 com o tema INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL DIRIGIDAS À CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR E PAIS EM CONTEXTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA SCOPING REVIEW no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



Apêndice II- “Crescer em Segurança no Primeiro Ano de Vida” – Póster - Plano da Sessão formativa e sua apresentação elaborados em contexto da Unidade de Internamento de Neonatologia



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

“Crescer em Segurança no 1º ano de vida” Plano da sessão de formação

Centro Hospitalar [REDACTED]

Unidade de Neonatologia

Discente: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, nº 192017080

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Docente Orientador: Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, setembro 2022

Lista de siglas e Acrónimos

AD- Acidentes Domésticos

APSI- Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CH[REDACTED]- Centro Hospitalar [REDACTED]

DGS- Direção Geral da Saúde

EEESIP- Enfermeiro Especialista de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-Nascido

SMSL- Síndrome de Morte Súbita no Latente

UCP- Universidade Católica Portuguesa

Índice

| | |
|------------------------------------|-----|
| 1. Introdução..... | 96 |
| 2. Fundamentação..... | 98 |
| 3. Planeamento..... | 105 |
| 4. Avaliação..... | 107 |
| 5. Referências Bibliográficas..... | 109 |

Apêndices

Apêndice I- Crescer em segurança – Poster

Apêndice II- Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida – Sessão de formação

Apêndice III- Avaliação da qualidade de formação

1. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a promoção da segurança Infantil. Esta formação surgiu como necessidade dos profissionais de saúde, para aprofundar conhecimentos acerca do tema segurança infantil, na área da prevenção de acidentes domésticos no 1º ano de vida e a sua importância na promoção de um ambiente seguro, aumentando assim a literacia sobre os cuidados a ter no domicílio, e evitar possíveis acidentes e suas complicações. Este tema surgiu da minha experiência profissional enquanto enfermeira a desempenhar funções na unidade de urgência pediátrica do CH [redacted] e após reunião e entrevistas com a enfermeira chefe, enfermeiro especialista orientador e enfermeira responsável pela unidade da urgência pediátrica no âmbito do meu projeto cujo tema é a promoção da saúde e estilos de vida saudável. Neste sentido fui convidada a integrar um projeto já existente no Serviço de Pediatria intitulado “Promoção de Estilos de Vida Saudável” e foi-me proposto desenvolver o tema sobre a prevenção de acidentes domésticos. Este projeto nasceu na Unidade de Urgência Pediátrica e surgiu após deteção de um deficit de conhecimentos dos pais sobre alguns cuidados a ter com a criança.

Os acidentes ocorridos em crianças são uma das principais causas de morte, internamentos e incapacidades, evidenciando-se estes como um problema de saúde pública (APSI,2017). Este aspeto torna-se uma preocupação, na medida em que, consideramos tornar-se necessário prevenir a ocorrência deste tipo de acidentes desde muito cedo, ou seja, logo a partir do nascimento de forma a evitar a ocorrência dos mesmos e em simultâneo prevenir as consequências que deles advêm.

Após a deteção do diagnóstico, no qual carece de ser desenvolvida esta temática, foi elaborado um poster informativo sobre o tema intitulado “Crescer em segurança” (Apêndice I) e uma sessão de formação aos profissionais de saúde da Unidade de Neonatologia, sobre “acidentes domésticos no primeiro ano de vida” (Apêndice II) abordando sobre os principais acidentes nesta faixa etária, as suas causas e como preveni-los.

Quanto á estruturação da sessão será dividida em 4 partes distintas, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução ao tema, seguida da apresentação do poster e Plano da

Sessão de Educação para a Saúde: “acidentes domésticos no 1º ano de vida” e por fim de uma conclusão que visará promover a interação e sintetizar os aspetos mais relevantes.

2. Fundamentação

Atualmente os acidentes são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo e são a quarta causa de morte mais comum na Europa, tendo um grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social e implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010). Os acidentes são uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde. Por cada vítima de acidente que morre estima-se que dezenas sejam hospitalizadas, centenas recorram a serviços de urgência e milhares procurem consultas médicas e cuidados básicos de saúde. Muitos sobreviventes de acidentes sofrem um significativo grau de incapacidade, temporária ou permanente (DGS, 2010).

Em Portugal desde o início dos anos 90 a taxa de mortalidade por acidentes em crianças tem vindo a diminuir de forma consistente. Esta redução da taxa de mortalidade por acidente, verificou-se em todas as faixas etárias, embora o grupo etário onde se verificou menor redução da taxa de mortalidade por acidente foi dos 0-1 anos de idade (APSI, 2017). Daí tornar-se indispensável que os pais/família reconheçam os perigos que existem no espaço que rodeia a criança, e se necessário realizar alterações no domicílio para que ao seu filho esteja mais seguro. Não esquecendo ainda que a supervisão das crianças é imprescindível para diminuir a ocorrência de acidentes. Neste sentido os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumem um papel preponderante, uma vez que contactam com os RN/criança e respetiva família em diversos contextos e têm ao seu dispor as ferramentas para a capacitação dos pais/cuidadores na promoção de ambientes seguros.

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESIP, o Enfermeiro Especialista deve ter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder a situações de emergência, mas não só, pois deve também avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, e em parceria com a criança e família/pessoa significativa, independentemente do contexto em que ela se encontre, presta cuidados á criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, bem como identifica e mobiliza recursos de suporte á família/pessoa significativa (OE, 2018).

À semelhança da mortalidade também o número de internamentos como resultado dos AD em crianças diminui consistentemente ao longo dos últimos anos, eram de 14.000 no ano

2000, tendo sido menos de 4.400 em 2016. Esta redução verificou-se em todos os tipos de acidentes, sendo que os que resultam de quedas são os mais elevados (APSI, 2017).

As crianças encontram-se entre os grupos mais vulneráveis, essencialmente pelas características inatas ao seu constante crescimento e desenvolvimento e ao facto de serem crianças, apresentando uma curiosidade ilimitada, que as leva a explorar tudo em redor sem terem, no entanto, noção dos riscos a que estão sujeitas. Neste sentido e segundo dados do 'PASI - Plano de Ação para a Segurança Infantil' (2011), as crianças entre os 0 e os 4 anos de idade são as que representam maior risco de sofrer acidentes domésticos, nomeadamente em ambiente doméstico, sendo um grupo prioritário para intervenção.

Com base num estudo de 2010, realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, a ocorrência de acidentes em ambiente doméstico, na referida faixa etária é relativamente elevada, quando comparada com outras, apresentando uma percentagem de cerca de 70% (APSI, 2011).

Como já foi referido os acidentes ocorrem da interação da criança com o meio que a rodeia, que é pouco fiável e recheado de armadilhas, podendo ser prevenidos através da adoção de medidas de prevenção em Ambiente Doméstico de acordo com idade e desenvolvimento da criança.

As principais causas dos acidentes domésticos na faixa etária dos 0-1 ano de vida são as quedas, as queimaduras, intoxicações, asfixia e sufocação, afogamento e a síndrome de morte súbita.

Quedas

As quedas correspondem à mais alta incidência deste tipo de acidentes, e em Portugal, são a maior causa de idas às urgências e de internamentos. Acontecem desde os primeiros dias de vida, quando a criança ainda mal se mexe. Muitas estão relacionadas com comportamentos errados dos adultos (APSI, 2014). Nos primeiros meses de vida, desde o dia do nascimento, o perigo reside nas quedas associadas ao rolamento ou serpentear da criança, que potência a queda de camas, sofás, muda-fraldas. Ao começar a gatinhar e a os andarilhos são

responsáveis por uma série de acidentes, quando estes tombam ou caem de escadas e são. o artigo que provoca mais quedas (APSI, 2014).

Prevenção

Nunca deixe o bebê sozinho em cima da cama de um adulto, de um sofá ou mesa de muda de fraldas, nem “por um segundo”, mesmo que esteja a dormir. Se tiver que sair do quarto leve-o consigo, se não puder deite-o no berço, na cama de grades ou até mesmo no chão. Use camas de grades que devem ter no mínimo 60 cm de altura e a sua distância não deve ser superior a 6 cm. Evite usar o “ovinho” em casa. Se tiver mesmo de o fazer, nunca o coloque em cima de mesas ou outros móveis e aperte bem o cinto interno (arnês). Nunca utilize andarilhos, é o artigo para crianças que provoca mais quedas. Instale cancelas, no primeiro e no último degrau das escadas, todas as cancelas devem ter o topo liso, aberturas inferiores a 6 cm e altura de, pelo menos, 60 cm. Instale limitadores de abertura nas janelas e portas de acesso a varandas e terraços, que permitam abrir no máximo 9 cm. As varandas ou outras plataformas elevadas devem ter guardas com altura de, pelo menos, 110 cm e aberturas inferiores a 9 cm. Não colocar móveis, que as crianças possam trepar, junto de janelas.

Queimaduras

As queimaduras causam um número significativo de mortes e muitos acidentes em latentes (Hockenberry, 2014).

As suas causas são resultantes de líquidos quentes oferecidos ao bebê, tais como leite, chá e alimentos, assim como também a água do banho. Resultam ainda do ambiente da cozinha dos tachos, chávenas de chá, leite ou café, sopa e fogão. As crianças também podem queimar-se em aquecedores e outros aquecimentos. A eletricidade é outro perigo para os latentes, tal como, tomadas desprotegidas, fichas sobreaquecidas e fios elétricos degradados (APSI, 2014)

Prevenção

Na preparação do banho colocar primeiro a água fria e ir temperando com a quente, misturando antes de colocar a criança. Agitar sempre o biberão e avaliar a temperatura dos líquidos – como leite – antes de dar ao bebé. Para não queimar o bebé, não beba nem transporte bebidas e alimentos quentes com o bebé ao colo. Deve verificar a temperatura e mexer bem os alimentos antes de os dar ao bebe. Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras e fornos e afaste-os das zonas de passagem. Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar moveis em frente das tomadas. Deixar os cabos dos utensílios de cozinha – tachos, frigideiras – virados para as costas do fogão e para o centro da mesa;

Afogamentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em média, em todo o mundo, morrem 236 000 pessoas/ano na sequência de um afogamento, um problema de saúde pública que considera subestimado e pouco valorizado pelos governos, políticos e comunidade científica. De acordo com a mesma organização, as crianças são um dos grupos mais vulneráveis e mais expostos ao risco de afogamento. Em muitos países do mundo, os afogamentos estão entre as primeiras 5 causas de morte (APSI, 2022). Em Portugal, de acordo com os estudos que a APSI realiza de forma regular desde 2003, o número de mortes por afogamento de crianças e jovens tem reduzido de forma significativa e consistente ao longo das últimas duas décadas, no entanto, continuam a ser a 2ª causa de morte acidental em crianças e jovens, representando 16,9% de todos os afogamentos não intencionais na população portuguesa (APSI, 2022).

Nos latentes, o afogamento pode acontecer com apenas 2,5 cm de água. Consequentemente, os latentes devem ser sempre supervisionados numa banheira e perto de uma fonte de água como baldes poços e piscinas. A maior parte dos afogamentos ocorreu em banheiras, lavatórios e baldes. A parte de cima do corpo da criança é mais pesada do que o resto do corpo, levando a que as crianças não consigam retirar a cabeça de dentro de água (Hockenberry, 2014).

Prevenção

Nunca deixar a criança sozinha no banho, mesmo quando já se senta. Um palmo de água é suficiente para a criança se afogar, esvazie baldes e alguidares depois de utilizados, no exterior ou no quintal guarde-os virados para baixo para não acumularem água da chuva. Supervisionar os locais com piscinas e lagos e colocar barreiras de proteção nas piscinas e tape os poços.

Intoxicações

As intoxicações estão entre as principais causas de morte em crianças menores de 4 anos. A mais alta incidência verifica-se no grupo dos dois anos e a segunda mais alta no das crianças de um ano de idade. Os latentes que não gatinham estão relativamente livres deste tipo de acidente dado que não se movem, a partir do momento em que começam a movimentar-se esse risco está em quase toda a parte (Hockenberry, 2014).

Prevenção

Guarde sempre os produtos de limpeza ou outros tóxicos (pesticidas, cosméticos entre outros) nas embalagens de origem, em locais altos e fechados. Não de medicamentos às escuras e confirme as doses e horários antes de os administrar. Não tome medicamentos á frente da criança pela sua curiosidade. Não os deixe em cima da mesa-de-cabeceira ou outros lugares baixos de fácil acesso. Guarde-os em locais altos. Mantenha as plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança.

Asfixia e engasgamento

No processo de desenvolvimento a criança leva tudo para a boca, tendo a tendência para engolir, podendo levar ao engasgamento e à asfixia. Estes tipos de acidentes podem ser provocados por guloseimas, pedaços de alimentos e alimentos duros, sacos de plástico e peças pequenas. A cama ou berço coloca uma série de perigos (APSI, 2014).

Prevenção

Os bebés exploram os objetos com a boca, deverá guardar os brinquedos, objetos pequenos (menores de 32mm esféricos) e pulseiras, anéis e brincos fora do alcance do bebe. Triturar bem os alimentos, devem ser partidos em pedaços pequenos quando fizer a introdução nas refeições. Não dar alimentos duros, lisos e escorregadios. Manter os sacos de plástico guardados e fora do alcance da criança.

Síndrome de morte súbita

Tal como o nome indica, a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável. A maioria dos casos está associada ao sono e por isso é conhecida como “morte no berço” (SPP, 2009). É a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida em todo o mundo, excluindo o período neonatal. A ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade. Acontece geralmente no domicílio, sendo o bebé encontrado sem vida no berço (SPP, 2009). Em muitos países, a adoção de medidas relativamente simples tornou possível reduzir muito significativamente a taxa de mortalidade por SMSL. No entanto, em Portugal, a divulgação dos conhecimentos sobre morte súbita do lactente e a formação dos profissionais e pais nunca adquiriu a dimensão atingida noutros países da Europa. Sabe-se que existem

bebés mais suscetíveis, mas não existe nenhum fator de risco que por si só possa causar a SMSL. Por outro lado, existem vários fatores de risco que podem contribuir, em combinação, para a morte dum lactente suscetível (SPneonatologia, 2016).

Prevenção

O bebé deve ser deitado na posição de decúbito dorsal, esta posição permitiu reduzir a mortalidade entre 20% a 67%. A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé e não deve ultrapassar os ombros, os cobertores não devem ser pesados. Não deixar ninguém fumar no ambiente que o bebé respira como o quarto, casa, carro ou onde quer que ele permaneça. Os pés do bebé devem tocar o fundo da cama, de forma que não haja risco de escorregar para debaixo dos lençóis. Evitar o sobreaquecimento, a temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21 °C. O colchão deve ser firme e bem-adaptado ao tamanho da cama ou berço, evitando qualquer espaço entre o colchão e as grades. O uso de colchões moles pode possibilitar a sufocação. Deve-se retirar almofadas, brinquedos e outros objetos fofos do berço quando o bebe se encontra a dormir.



3. Planeamento


Planeamento da sessão de formação

Tema: Prevenção de acidentes domésticos no 1^a ano de vida

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de neonatologia

Data/Hora: 28 de setembro de 2022 / 14h00

Duração: 30 minutos

Local: Unidade de neonatologia do CH 

Formadora: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da UCP.

Metodologia: Metodologia expositiva e ativa.

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de um instrumento (anónimo) de avaliação dirigido aos formandos (enfermeiros).

Objetivo Geral:

Sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção de acidentes que possam ocorrer no domicílio no 1^o ano de vida da criança.

Objetivos Específicos:

Identificar as principais causas dos acidentes na criança até ao 1^o ano de vida;

Transmitir cuidados antecipatórios relativos à prevenção de acidentes em ambiente doméstico;

Definir estratégias de resolução de riscos no domicílio para a prevenção dos acidentes no 1^o ano de vida.



Plano de sessão

| Conteúdos | Métodos pedagógicos | Técnicas pedagógicas | Materiais/Recursos | Tempo (minutos) |
|--|---------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|
| Introdução: - Apresentação do tema e pertinência do mesmo. | Ativa | Exposição | Poster Power Point | 5 minutos |
| Desenvolvimento: - Apresentação e discussão do Poster – Crescer em segurança no primeiro ano de vida - com suporte de apresentação em Power Point. | Expositiva e ativa | Exposição | Poster Power Point | 20 minutos |
| Conclusão e Avaliação: - Síntese da sessão; - Esclarecimento de dúvidas, - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários.; - Avaliação da sessão. | Ativa | Exposição e Discussão | Poster Power Point | 5 minutos |

4. Avaliação

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo, reflexão, partilha de sentimentos, opiniões e comentários acerca da temática. A avaliação da sessão de formação foi realizada aos participantes da sessão através do preenchimento de um instrumento de avaliação anónimo e voluntário, não sendo possível a sua extrapolação para qualquer outro tipo de finalidade. O instrumento de avaliação foi elaborado através da utilização de uma escala de posicionamento de 1 a 5, em que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 corresponde á mais alta. Desenvolvi uma grelha de avaliação da qualidade da formação para avaliação da formação, baseado no instrumento de avaliação utilizado pelo CI [REDACTED], uma vez que os enfermeiros da unidade de neonatologia se encontram familiarizados com esse documento que se apresenta em (Apêndice III). Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim de receber o “feedback” face à formação assistida, e de modo a melhorar apresentações futuras.

A formação foi realizada para 12 enfermeiros da unidade de neonatologia, em que todos avaliaram no nível 5 (pontuação mais elevada) o ponto 1, o ponto 2, o ponto 3 e 6. No ponto 4 e 5, referente à avaliação das condições da sala de formação e meios audiovisuais utilizados, foi classificada no item 4 por 7 enfermeiros e no item 3 por 5 enfermeiros. Relativamente ao ponto 7 referente á metodologia utilizada durante a sessão foi avaliada no nível 5 por 8 enfermeiros e no nível 4 por 4 enfermeiros.

Face ao exposto considero que a sessão foi extremamente positiva e bem-sucedida.

A equipa avaliou este momento de formação como muito positivo no que concerne ao papel do enfermeiro como um pilar essencial na transmissão de conhecimentos e em tornar acessível todas as informações pertinentes relativas à prevenção de acidentes no 1º ano de vida da criança. Refere que, por vezes, se não é questionada pelos pais, algumas questões desta temática são esquecidas de abordar pela equipa. A equipa também referiu que esta formação ajudou no esclarecimento das suas dúvidas e aprofundamento da temática, contribuindo desta forma para a mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis na criança. Após a apresentação da sessão, foi apresentado o poster informativo á equipa, “crescer em segurança”, na qual a equipa demonstrou estar bastante satisfeita com o resultado, afirmando que quando for exposto vai ser um suporte facilitador para a promoção da segurança do bebé. Este momento contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional por ter contribuído para a

intencionalidade da proteção, desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida da criança, e conseqüentemente menos gastos em saúde.

5. Referências Bibliográficas

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil [PASI] 2012-216: *Conhecer os riscos, criar ambientes seguros, minimizar os acidentes*. Disponível em: https://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Afogamentos de crianças e jovens em Portugal - Relatório 2002-2021. Disponível em: file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/relatorio-de-atividades>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Campanha "*Acabe com as quedas para a desgraça*". Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoes/13-acabe-com-as-quedas-para-a-desgraca>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Casa Segura. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Projeto-Seguranca-Todos/Tabela-dos-Acidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). *Afogamento de crianças e jovens em Portugal – relatório 2002-2021*. Disponível em : file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

- Hockenberry, M, j., Wilson, D. (2014). Wong- Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). A Morte Súbita do Latente – como evitar. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster: “Crescer em segurança” – Prevenção de acidentes em casa no 1º ano de vida

Crescer em Segurança

Prevenção dos acidentes em casa

Sabia que os acidentes domésticos são uma das principais causas de morte em bebés e crianças?
Eles constituem um grave problema de saúde pública (APSI, 2017).
A prevenção é a melhor proteção!

Principais acidentes no 1º ano de vida em Portugal

80% dos acidentes ocorre em casa



Quedas

Cama, sofás, ovinho, andariço, escadas, varandas



Intoxicações

Medicamentos, produtos de limpeza e de higiene pessoal



Queimaduras

Água do banho, leite, bebidas e alimentos quentes, fogão e aquecedores



Asfixia e Engasgamento

Sacos, peças pequenas, alimentos duros, fios



Afogamento

Banheira, baldes, piscinas e poços



Síndrome de morte súbita

Deite o bebé a dormir em segurança!



Reduza o Risco do Síndrome de Morte Súbita

- 1- Coloque o bebé a dormir de costas
- 2- Destape a cabeça do bebé para dormir
- 3- Deite o bebé com os pés a tocar no fundo da cama
- 4- Não fume perto do bebé
- 5- Evite dormir com o bebé na sua cama
- 6- Retire brinquedos, almofadas ou outros objetos fofos do berço.
- 7- Não aqueça demasiado o quarto, temperatura adequada (19-21°).
- 8- Use colchão firme e bem adaptado ao berço.



Ilda de Fátima Rodrigues Paulo Pires nº 32170

SETEMBRO 2022

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Referências Bibliográficas: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). A Morte Súbita do Lactente – como evitar. Acesso a 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.spneonatalogia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>
Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente. Acesso a 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.spneonatalogia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>
Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Acesso a 16 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/apsi/relatorio-de-atividades>
Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Casa Segura. Acesso a 18 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Projeto_Seguranca-Todos/Tabela-dos-Acidentes.pdf
https://www.slideshare.net/sunny_8162/sudden-infant-death-syndrome-6622632

APÊNDICE II – Apresentação em Powerpoint da sessão de formação: Crescer em segurança – Prevenção de acidentes domésticos no 1º ano de vida.

Crescer em Segurança

prevenção de acidentes domésticos no primeiro ano de vida



Objetivos

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a prevenção de acidentes que possam ocorrer no domicílio no 1º ano de vida da criança;
- Identificar as principais causas dos acidentes na criança até ao 1º ano de vida;
- Transmitir cuidados antecipatórios relativos à prevenção de acidentes em ambiente doméstico;
- Definir estratégias de resolução de riscos no domicílio para a prevenção dos acidentes no 1º ano de vida.

Acidentes Domésticos

- Todos os acidentes registados durante os tempos livres da população (ocorridos em casa, em práticas desportivas, em períodos de lazer ou diversão), acidentes com crianças na escola, na rua, etc. (DGS,2010)
- Os acidentes são uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde. Por cada vítima de acidente que morre estima-se que dezenas sejam hospitalizadas, centenas recorram a serviços de urgência e milhares procurem consultas médicas e cuidados básicos de saúde. (DGS,2010)
- **Em Portugal** desde o início dos anos 90 a taxa de mortalidade por acidentes domésticos em crianças tem vindo a diminuir de forma consistente



Em todas as faixas etárias

Menor redução da taxa de mortalidade por acidente dos 0-1 anos de idade

(APSI,2017)



Acidentes Domésticos

O número de internamentos por AD em crianças diminui consistentemente ao longo dos últimos anos.



Esta redução verificou-se em todos os tipos de acidentes



As quedas são os mais elevados

(APSI,2017).

A ocorrência de acidentes em ambiente doméstico, nesta faixa etária é elevada, quando comparada com outras faixas etárias.

de 70%

(APSI, 2011).



crianças

- São seres vulneráveis
- Dependem dos cuidados dos pais
- Constante crescimento e desenvolvimento, e tem uma curiosidade ilimitada, exploram tudo ao seu redor sem terem, noção dos riscos a que estão sujeitas.
- Desenvolvem-se em interação com o meio que é recheado de armadilhas e com as pessoas que lhes estão próximas
- Nesta faixa etária são um dos grupos que representa maior risco de sofrer AD, nomeadamente **em casa**, sendo um grupo prioritário para intervenção.



Acidentes Domésticos

Podem ser prevenidos → Através da adoção de medidas de prevenção em ambiente Doméstico



De acordo com idade e desenvolvimento da criança

Devem ser aplicadas medidas de prevenção não só na casa onde a criança vive, mas também nas que frequenta, como a casa dos avós.

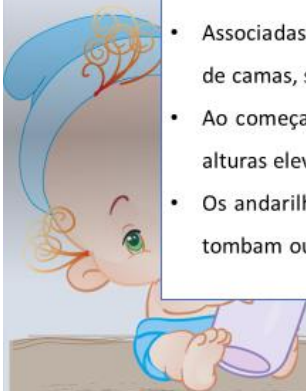


Tipos de acidentes Domésticos



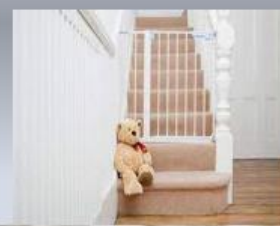
Quedas

- Maior fator de risco
- Maior causa de idas às urgências e de internamentos em Portugal
- Associadas ao rolamento ou serpentear da criança, que potencia a queda de camas, sofás e muda fraldas
- Ao começar a gatinhar e a andar aumenta a probabilidade de quedas de alturas elevadas: escadas, janelas, varandas e moveis
- Os andarilhos são responsáveis por uma série de acidentes, quando estes tombam ou caem de escadas e são, o artigo que provoca mais quedas.



Quedas - Prevenção

- Não deixar a criança sozinha em cima de camas, sofás, muda fraldas, nem por uns segundos, deve reunir todo o que necessita antes de colocar a criança na superfície
- Manter sempre supervisão da criança, especialmente quando começa a gatinhar « andar » e trepar;
- Não utilizar andarilhos
- Instalar **cancelas** no topo e início das escadas, devem ter topo liso, aberturas inferiores a 6 cm e altura de, pelo menos 60cm
- Use camas de grades que devem ter no mínimo 60 cm de altura e a sua distância não deve ser superior a 6 cm
- As varandas ou outras plataformas elevadas devem ser equipadas com gradeamento com altura de pelo menos 110cm, barras verticais, onde a criança não consiga passar nenhuma parte do corpo
- Não colocar móveis, que as crianças possam trepar, junto de janelas.



Queimaduras

- Causam um número significativo de mortes e muitos acidentes em latentes
- São resultantes de líquidos quentes oferecidos ao bebê: leite, chá, sopas
- Alimentos quentes
- água demasiado quente do banho
- Lareira e barbecues: Chamas, brasas, brincadeiras com fósforos
- Objetos quentes: portas de fornos, recuperadores, salamandras, aquecedores, pequenos eletrodomésticos
- Eletricidade: Tomadas desprotegidas, fichas sobreaquecidas, fios elétricos degradados



Queimaduras - Prevenção

- Testar sempre a temperatura da água do banho
- Na preparação do banho colocar primeiro a água fria e ir temperando com a quente, misturando antes de colocar a criança
- Agitar sempre o biberon e avaliar a temperatura dos líquidos – como leite – antes de dar à criança.
- Deixar os cabos dos utensílios de cozinha – tachos, frigideiras – virados para as costas do fogão e para o centro da mesa
- Não cozinhar ou comer alimentos quentes – como líquidos aquecidos – com a criança ao colo
- Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras, fornos
- Manter os fios elétricos e extensões escondidos ou fora do alcance da criança
- Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar móveis em frente das tomadas



Intoxicações

- A partir do momento em que a criança começa a gatinhar o risco está em quase toda a parte
- A mais alta incidência verifica-se no grupo dos dois anos e a segunda mais alta no das **crianças de um ano de idade**.
- Medicamentos, Cosméticos, Bebidas alcoólicas, Produtos de limpeza, Plantas, Pesticidas e herbicidas.



Intoxicações - Prevenção

- Manter fora do alcance da criança todos os produtos tóxicos: medicamentos, cosmética, bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas, herbicidas
- Manter as plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança
- Não tomar medicamentos á frente da criança pela sua curiosidade
- Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc .



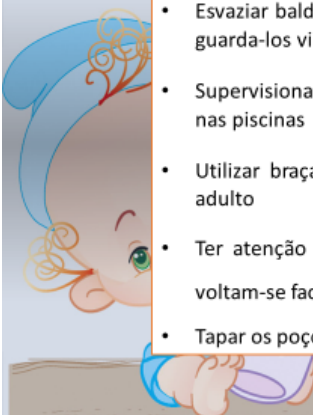
Afogamentos

- 2ª causa de morte acidental em crianças
- A parte de cima do corpo da criança é mais pesada do que o resto do corpo, levando a que as crianças não consigam retirar a cabeça de dentro de água.
- **Uma criança pode afogar-se numa pequena quantidade de água, bastando apenas 20cm = um palmo!**



Afogamentos - Prevenção

- Nunca deixar a criança sozinha no banho, mesmo quando já se senta
- Esvaziar baldes e alguidares depois de utilizados, no exterior ou no quintal guarda-os virados para baixo para não acumularem água da chuva
- Supervisionar os locais com piscinas e lagos e colocar barreiras de proteção nas piscinas
- Utilizar braçadeiras em piscinas, lagos, e sempre com supervisão de um adulto
- Ter atenção às boias, colchões ou pequenos barcos, pois são perigosos, voltam-se facilmente
- Tapar os poços



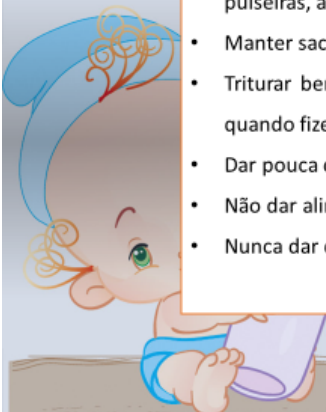
Asfixia/sufocação

- No processo de desenvolvimento a criança leva tudo à boca, tendo a tendência para engolir podendo levar ao engasgamento e à asfixia
- Pode ser provocada: guloseimas, pedaços de alimentos grandes, alimentos duros, sacos de plástico e peças pequenas
- A cama ou berço coloca uma serie de perigos
- Pode ocorrer pela introdução de alimentos e/ou objetos no nariz.



Asfixia/sufocação - Prevenção

- Guardar os brinquedos, objetos pequenos (> de 32mm esféricos) e pulseiras, anéis e brincos **fora do alcance do bebê**
- Manter sacos de plástico guardados e **fora do alcance da criança**
- Triturar bem os alimentos, devem ser partidos em pedaços pequenos quando fizer a introdução nas refeições.
- Dar pouca comida de cada vez
- Não dar alimentos duros, lisos e escorregadios
- Nunca dar de comer ou beber com o bebê/criança deitado.



S. Morte Súbita

- Morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida, aparentemente saudável
- É a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida em todo o mundo
- É rara no primeiro mês de vida, aumenta entre os 2 e os 4 meses
- 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade
- Acontece geralmente no domicílio
- A adoção de medidas simples tornou possível reduzir bastante a taxa de mortalidade por SMSL
- Em Portugal é necessário mais divulgação dos conhecimentos e formação aos profissionais e pais

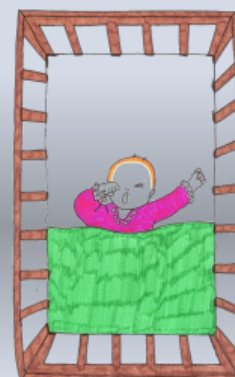
(SPNeonatologia, 2016)



S. Morte súbita - Prevenção

- Colocar o bebé a dormir de costas
- Destapar a cabeça do bebé para dormir
- Deitar o bebé com os pés a tocar no fundo da cama.
- Não fumar perto de bebé
- Não dormir com o bebé na sua cama
- Retirar brinquedos, almofadas ou outros objetos fofos do berço.
- Não aquecer demasiado o quarto - temperatura adequada (19-21º).
- Usar colchão firme e bem adaptado ao berço.

(Spneonatologia, 2016)



Referencias bibliográficas

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil (PASI) 2012-2016: Conhecer os riscos, criar ambientes seguros, minimizar os acidentes. Acesso a 17 de setembro de 2022. Disponível em: https://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Afogamentos de crianças e jovens em Portugal - Relatório 2002-2021. Acesso a 16 de setembro de 2022. Disponível em: file:///C:/Users/fitim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Acesso a 16 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/apsi-relatorio-de-atividades>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Campanha "Acabe com as quedas para a desgraça". Acesso a 18 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/campanhas-e-acoes/13-acabe-com-as-quedas-para-a-desgraca>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Casa Segura. Acesso a 18 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Projeto-Seguranca-Todos/Tabela-dos-Acidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). Afogamento de crianças e jovens em Portugal - relatório 2002-2021. file:///C:/Users/fitim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf
- Direcção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acesso a 9 de setembro. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/tema-saude-de-a-a-2/pr-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-apsi>
- Engelberg, M.J., Wilson, D. (2010). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente. 8ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acórdão 8/09/2022 em <https://files.dgs.gov.pt/2018/07/13/000000019191212184.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). A Morte Súbita do Lactente – como evitar. Acesso a 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.sponematologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente. Acesso a 19 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.sponematologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>



**Obrigado pela vossa
atenção!**



APÊNDICE III – Instrumento de avaliação da qualidade da sessão de formação

Cedido gentilmente pelo Centro Hospitalar F [REDACTED]



Avaliação da qualidade da formação pelo formando

Ação de formação: _____

Data de início: ____ / ____ / ____

Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim da qualidade e melhoria continua face à formação assistida, de modo a melhorar apresentações futuras. Para tal, pede-se a participação de todos os elementos. Os questionários são anónimos. Utilize, por favor, a escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 á pontuação mais elevada.

| Em que medida está a sua satisfação da ação de formação relativamente: | | | | | |
|--|--------------------|---|---|------------------|---|
| | Muito insatisfeito | | | Muito satisfeito | |
| 1- Adequação das suas expetativas em relação á formação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Utilidade da formação em situação de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- organização e qualidade dos conteúdos apresentados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Aos meios audiovisuais utilizados durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- As condições da sala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- segurança e domínio da temática por parte da formadora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Metodologia utilizada durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Apêndice III – Procedimento setorial – “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos de idade” realizado em contexto da Unidade de Urgência
Pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

“Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos”

Plano da sessão de formação

Centro Hospitalar [REDACTED]

Unidade de Urgência Pediátrica

Discente: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, nº 192017080

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Docente Orientador: Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, outubro 2022

Lista de siglas e Acrónimos

ADL- Acidentes Domésticos e de Lazer

APSI- Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CH[REDACTED]- Centro Hospitalar [REDACTED]

DGS - Direção Geral da Saúde

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

Índice

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 8- Introdução..... | 134 |
| 9- Fundamentação..... | 136 |
| 10- Planeamento..... | 138 |
| 11- Avaliação..... | 140 |
| 12- Referências Bibliográficas..... | 142 |

Apêndices

Apêndice I - Procedimento setorial – “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos”

Apêndice II - Sessão de formação sobre o procedimento setorial

Apêndice III- Avaliação da qualidade de formação

1. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a uniformização e normalização da prática dos cuidados de enfermagem na prevenção de acidentes ocorridos no domicílio até aos 4 anos, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados á criança/família. Este tema surgiu da minha experiência profissional enquanto enfermeira a desempenhar funções na unidade de urgência pediátrica do CI [REDACTED], e também de um projeto existente nesta unidade intitulado “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis”, ao qual fui convidada a integrar. Os enfermeiros que fazem parte deste projeto fizeram um levantamento no ano de 2019 dos motivos pelo qual as crianças recorrem a esta UUP, com o objetivo de intervir junto do Utente Pediátrico, através de intervenções com vista á promoção da saúde de forma a promover hábitos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida da criança/jovens, tendo constatado que existe um grande número de crianças que recorre á Urgência Pediátrica por acidentes domésticos.

Os acidentes ocorridos em crianças são uma das principais causas de morte, internamentos e incapacidades, evidenciando-se estes como um problema de saúde pública (APSI, 2017). Este aspeto torna-se uma preocupação, na medida em que, considero tornar-se necessário prevenir a ocorrência deste tipo de acidentes desde muito cedo, ou seja, logo a partir do nascimento de forma a evitar a ocorrência dos mesmos e em simultâneo prevenir as consequências que deles advêm. Desta forma destaca-se a importância do papel do enfermeiro na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos á prevenção dos ADL.

Após a deteção do diagnóstico, no qual carece de ser desenvolvida esta temática, foi elaborado um procedimento setorial (Apêndice I) de forma a uniformizar os procedimentos de atuação do enfermeiro, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e uma sessão de formação aos profissionais de saúde da UUP, sobre “Segurança e Prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos quatro anos ” (Apêndice II) abordando sobre os principais acidentes nesta faixa etária, e a atuação do enfermeiro.

Quanto á estruturação da sessão será dividida em 4 partes distintas, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução ao tema, seguida da apresentação do procedimento setorial

e Plano da Sessão de formação: “Segurança e Prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos” e por fim de uma conclusão que visará promover a interação e sintetizar os aspetos mais relevantes.

2. Fundamentação

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2010) os Acidentes Domésticos e de Lazer, sob o qual incide este plano de sessão, são considerados todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, podendo estes ocorrer em casa, na rua, escola, etc. A ocorrência deste tipo de acidentes é muito comum, especialmente em crianças (DGS, 2010).

As crianças encontram-se entre os grupos mais vulneráveis, essencialmente pelas características inatas ao seu constante crescimento e desenvolvimento e ao facto de serem crianças, apresentando uma curiosidade ilimitada, que as leva a explorar tudo em redor sem terem, no entanto, noção dos riscos a que estão sujeitas. Neste sentido e segundo dados do ‘PASI - Plano de Ação para a Segurança Infantil’ (2011), as crianças entre os 0 e os 4 nos de idade são as que representam maior risco de sofrer acidentes domésticos, nomeadamente em ambiente doméstico, sendo um grupo prioritário para intervenção.

Atualmente os acidentes são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo e são a quarta causa de morte mais comum na Europa, tendo um grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social e implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010). Os acidentes são uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde. Por cada vítima de acidente que morre estima-se que dezenas sejam hospitalizadas, centenas recorram a serviços de urgência e milhares procurem consultas médicas e cuidados básicos de saúde. Muitos sobreviventes de acidentes sofrem um significativo grau de incapacidade, temporária ou permanente (DGS, 2010).

De acordo com o sistema EVITA coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), durante os anos analisados, segundo o relatório 2009 – 2012, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi o domicílio. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos no domicílio por grupo etário e sexo, os valores mais elevados surgem nas idades extremas, sendo verificada no sexo masculino entre os 0 e os 4 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014). Daí tornar-se indispensável que os pais/família reconheçam os perigos que existem no espaço que rodeia a criança, e se necessário realizar alterações no domicílio para que ao seu filho esteja mais seguro. Neste sentido os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumem um papel preponderante, uma vez que contactam com

a criança e respetiva família em diversos contextos e têm ao seu dispor as ferramentas para a capacitação dos pais/cuidadores na promoção de ambientes seguros.

Em Portugal num estudo realizado pela APSI nos anos 2011 e 2015 morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de ADL. A somar a estes valores temos os registos do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, de aproximadamente 24.784. (APSI, 2017). Neste mesmo estudo realizado pela APSI, em 2011 e 2015 faleceram 68 crianças com idades inferiores a 4 anos de idade, vítimas de ADL e 5428 internamentos nesta faixa etária em resultado destes acidentes tais como intoxicações, quedas, queimaduras, afogamentos, asfixia e corpos estranhos (APSI, 2017). As quedas são a principal causa de ocorrência de crianças e jovens aos serviços de urgência e consequente internamento, destacam-se como a maior causa de ADL na criança (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014), nos anos 2011 e 2015 morreram cerca de 15 crianças/jovens vítimas de queda (APSI, 2017).

As crianças desenvolvem-se com grande rapidez, quando pensamos que ainda mal se mexem, já rebolam. Pouco depois já se sentam, gatinham e rapidamente se põem de pé em busca da descoberta do meio que as rodeia. Se não forem tomadas medida de precaução a aventura de crescer pode ter consequências indesejadas e mesmo graves. Cerca de 80% dos acidentes são quedas de sofás, da cama dos pais, do carrinho, de escadas entre outros acidentes. Desta forma os pais e a casa devem ser preparados com antecedência tendo em conta a previsibilidade dos comportamentos e da curiosidade de uma criança saudável.

Em suma, as medidas de prevenção surgem como uma necessidade evidente, sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover ambientes seguros onde as crianças possam crescer e desenvolver em segurança, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença.



3. Planeamento

Planeamento da sessão de formação

Tema: Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos.

Destinatários: Equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica

Data/Hora: 7 e 9 de outubro de 2022 / 15h00

Duração: 20 minutos

Local: Unidade de Urgência Pediátrica do CH 

Formadora: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da UCP.

Metodologia: Metodologia expositiva e ativa.

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de um instrumento (anónimo) de avaliação dirigido aos formandos (enfermeiros).

Objetivo Geral:

Dar a conhecer à equipa de enfermagem a proposta do procedimento setorial de forma a uniformizar os procedimentos de atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes ocorridos no domicílio até aos 4 anos, com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Objetivos Específicos:

Uniformizar e normalizar os procedimentos dos cuidados de enfermagem a prestar á criança/família sobre a segurança e prevenção de acidentes no domicílio;

Garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem á criança e família,

Facilitar a integração de novos profissionais



Plano de sessão

| Conteúdos | Métodos pedagógicos | Técnicas pedagógicas | Materiais/R recursos | Tempo (minutos) |
|--|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Introdução: - Apresentação do tema e pertinência do mesmo. | Ativa | Exposição | Procedimento setorial Power Point | 5 minutos |
| Desenvolvimento: - Apresentação e discussão do Procedimento setorial – “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos” - com suporte de apresentação em Power Point. | Expositiva e ativa | Exposição | Procedimento setorial Power Point | 10 minutos |
| Conclusão e Avaliação: - Síntese da sessão; - Esclarecimento de dúvidas, - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários.; - Avaliação da sessão. | Ativa | Exposição e Discussão | Procedimento setorial Power Point | 5 minutos |

4. Avaliação

A avaliação da formação é importante que seja realizada, pois só apenas deste modo podemos compreender a eficácia/sucesso da mesma. Decorreu no final da sessão de formação, após a exposição do conteúdo, reflexão, partilha de sentimentos, opiniões e comentários acerca da temática. A avaliação da sessão foi realizada aos enfermeiros participantes através do preenchimento de um instrumento de avaliação anónimo e voluntário, não sendo possível a sua extrapolação para qualquer outro tipo de finalidade, apenas e exclusivamente para fins académicos. O instrumento de avaliação foi elaborado através da utilização de uma escala de posicionamento de 1 a 5, em que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 corresponde á mais alta. Desenvolvi uma grelha de avaliação com o objetivo de avaliar a qualidade da formação, tendo por base o instrumento de avaliação utilizado pelo C[REDACTED], uma vez que os enfermeiros da UUP se encontram familiarizados com esse documento que se apresenta em (Apêndice III). Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim de receber o “feedback” face à formação assistida, e de modo a melhorar apresentações futuras.

A formação foi realizada em dois dias diferentes com o objetivo de obter o maior número possível de enfermeiros. Assim sendo foi realizada para um total de 14 enfermeiros da UUP, em que todos avaliaram no nível 5 (pontuação mais elevada) o ponto 1, o ponto 2, o ponto 3 e 6. No ponto 4 e 5, referente à avaliação das condições da sala de formação e meios audiovisuais utilizados, foi classificada no item 4 por 4 enfermeiros e no item 3 por 10 enfermeiros. Relativamente ao ponto 7 referente á metodologia utilizada durante a sessão foi avaliada no nível 5 por 10 enfermeiros e no nível 4 por 4 enfermeiros.

Face ao exposto considero que a sessão foi extremamente positiva e bem-sucedida.

A equipa avaliou este momento de formação como uma necessidade evidente e também como um momento muito positivo no que concerne ao papel do enfermeiro como um pilar na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção dos ADL. Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover ambientes seguros onde as crianças possam crescer e desenvolver em segurança, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A equipa também referiu que esta formação ajudou no esclarecimento das suas dúvidas e aprofundamento da temática, contribuindo desta forma para a mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando ambientes mais seguros e saudáveis na criança. Após a apresentação da sessão, foi disponibilizada a norma do procedimento setorial, na qual a equipa demonstrou estar bastante satisfeita com o resultado, afirmando que depois da sua aprovação vai ser um suporte facilitador para a promoção da segurança da criança. Atendendo á pertinência da temática e consequente importância do papel do enfermeiro como pilar na capacitação dos pais para a prevenção de acidentes domésticos e promoção de ambientes saudáveis, foi-me sugerido pela Enfermeira Gestora a implementação deste procedimento setorial a toda a área Pediátrica, pois é uma temática considerada bastante importante e ainda pouco desenvolvida. Futuramente, foi-me também solicitada pela Enfermeira Chefe, a realização de uma sessão de formação aos restantes enfermeiros da área Pediátrica. O procedimento seguiu os tramites normais para a sua implementação. Este momento contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional por ter contribuído para a intencionalidade da proteção, desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida da criança, e consequentemente menos gastos em saúde.


5. Referências Bibliográficas

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil (PASI) 2012-2016: *Conhecer os riscos, criar ambientes seguros, minimizar os acidentes*. Disponível em: https://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Casa Segura. Acesso a 25 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Projeto-Seguranca-Todos/Tabela-dos-Acidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Acesso a 18 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/relatorio-de-atividades>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). Afogamento de crianças e jovens em Portugal – relatório 2002-2021. Disponível em: [file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio de Afogamentos-2002-2021-VF.pdf](file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acesso a 18 de outubro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Hockenberry, M, j., Wilson, D. (2014). Wong- Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 - 1ª Edição. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente. Lisboa. Acesso a 12 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Procedimento setorial: “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos”

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

| | | |
|------------------------|--|--|
| SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO | | |
| Nº E DATA DE REVISÃO | | |

| |
|--|
| APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |
|--|

1. OBJECTIVO

Uniformizar e normalizar os procedimentos dos cuidados de enfermagem a prestar á criança e família sobre a segurança e prevenção de acidentes no domicílio;
 Garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem á criança e família;
 Facilitar a integração de novos profissionais

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento destina-se á equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____
 Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES


4.1 Pela implementação do procedimento

Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria

4.2 Pela revisão do procedimento:

Diretora e Enfermeira Gestora do Serviço de Pediatria

| | | |
|------------|-------------|----------------|
| ELABORAÇÃO | VERIFICAÇÃO | PRÓXIMA EDIÇÃO |
|------------|-------------|----------------|

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

5. DEFINIÇÕES

Acidentes Domésticos e de lazer (ADL) são todos os acidentes domésticos e de lazer, registados nas urgências do SNS, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência (INVITA, 2014). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2010) os ADL, sob o qual incide este procedimento de enfermagem, são considerados todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, podendo estes ocorrer em casa, na rua, escola, etc. A ocorrência deste tipo de acidentes é muito comum, especialmente em crianças (DGS, 2010).

Síndrome de Morte Súbita é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

ADL – Acidentes Domésticos de Laser

APSI – Associação Portuguesa de Segurança Infantil

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

OE – Ordem dos Enfermeiros

PASI – Plano de Ação para a Segurança Infantil

RN – Recém-Nascido

SMSL – Síndrome de Morte Súbita no Latente


SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

7. REFERÊNCIAS

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil [PASI] 2012-216: Conhecer os riscos, criar ambientes seguros, minimizar os acidentes. Acesso a 19 de outubro de 2022. Disponível em: https://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). Casa Segura. Acesso a 25 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/imagens/PDF/Projeto-Seguranca-Todos/Tabela-dos-Acidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação, 2017. Acesso a 18 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/relatorio-de-atividades>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). Afogamento de crianças e jovens em Portugal – relatório 2002-2021. Disponível em: [file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio de Afogamentos-2002-2021-VF.pdf](file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afogamentos-2002-2021-VF.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acesso a 18 de outubro. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Hockenberry, M, j., Wilson, D. (2014). Wong- Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 - 1ª Edição. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio EVITA 2009-2012.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf)

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente. Lisboa. Acesso a 122 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>

8. DESCRIÇÃO

Atualmente os acidentes são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo e são a quarta causa de morte mais comum na Europa, tendo um grande impacto nos sistemas de saúde e de proteção social e implicações relevantes na vida pessoal e familiar das vítimas (DGS, 2010). Os acidentes são uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde. Por cada vítima de acidente que morre estima-se que dezenas sejam hospitalizadas, centenas recorram a serviços de urgência e milhares procurem consultas médicas e cuidados básicos de saúde. Muitos sobreviventes de acidentes sofrem um significativo grau de incapacidade, temporária ou permanente (DGS, 2010).

As crianças encontram-se entre os grupos mais vulneráveis, essencialmente pelas características inatas ao seu constante crescimento e desenvolvimento e ao facto de serem crianças, apresentando uma curiosidade ilimitada, que as leva a explorar tudo em redor sem terem, no entanto, noção dos riscos a que estão sujeitas. Neste sentido e segundo dados do 'PASI - Plano de Ação para a Segurança Infantil' (2011), as crianças entre os 0 e os 4 nos de idade são as que representam maior risco de sofrer acidentes domésticos, nomeadamente em ambiente doméstico, sendo um grupo prioritário para intervenção.

De acordo com o sistema EVITA coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), durante os anos analisados, segundo o relatório 2009 – 2012, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi o domicílio.

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |


Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos no domicílio por grupo etário e sexo, os valores mais elevados surgem nas idades extremas, sendo verificada no sexo masculino entre os 0 e os 4 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014). Daí tornar-se indispensável que os pais/família reconheçam os perigos que existem no espaço que rodeia a criança, e se necessário realizar alterações no domicílio para que o seu filho esteja mais seguro. Não esquecendo ainda que a supervisão das crianças é imprescindível para diminuir a ocorrência de acidentes. Neste sentido os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumem um papel preponderante, uma vez que contactam com as criança e respetiva família em diversos contextos e têm ao seu dispor as ferramentas para a capacitação dos pais/cuidadores na promoção de ambientes seguros.

Em Portugal num estudo realizado pela APSI nos anos 2011 e 2015 morreram aproximadamente 340 crianças e jovens vítimas de ADL. A somar a estes valores temos os registos do número total de internamentos no período entre 2012 e 2016, de aproximadamente 24.784. (APSI, 2017). Neste mesmo estudo realizado pela APSI, em 2011 e 2015 faleceram 68 crianças com idades inferiores a 4 anos de idade, vítimas de ADL e 5428 internamentos nesta faixa etária em resultado destes acidentes tais como intoxicações, quedas, queimaduras, afogamentos, asfixia e corpos estranhos (APSI, 2017). A ocorrência de acidentes em ambiente doméstico, na referida faixa etária é relativamente elevada, quando comparada com outras, apresentando uma percentagem de cerca de 70% (Alto-Comissário da Saude,2011).

As quedas são a principal causa de ocorrência de crianças e jovens aos serviços de urgência e conseqüente internamento, destacam-se como a maior causa de ADL na criança (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014), nos anos 2011 e 2015 morreram cerca de 15 crianças/jovens vítimas de queda (APSI, 2017).

Em Portugal os afogamentos representam a 2ª causa de morte nas crianças e jovens, sendo que entre os anos de 2011 e 2015 morreram cerca de 30 crianças/jovens vítimas de afogamento. (APSI, 2017). O afogamento pode acontecer com apenas 2,5 a 5 cm de água (Hockenberry, 2014).


As intoxicações em Portugal, entre 2012 e 2016, surgem como 2ª causa de internamento nas crianças entres os 0 e os 4 anos de vida (APSI, 2017). Os níveis de toxicidade estão

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

dependentes de diversos fatores, tais como, tipo de substância, forma de exposição, dosagem e idade da criança. É assim de extrema importância um cuidado acrescido dos pais removendo os agentes tóxicos do alcance da criança (Hockenberry e Wilson, 2014). A sufocação e asfixia é a 3º causa de morte acidental em Portugal (APSI, 2017). A criança durante o seu desenvolvimento, leva os objetos á boca como forma de os descobrir podendo levar á sufocação. Outro fator de potencial risco de sufocação e/ou asfixia é a hora da refeição bem como os alimentos duros e com pedaços demasiado grandes (Hockenberry, 2014).

As queimaduras podem ter as mais diversas causas, e são um risco constante para as crianças, apresentando elevadas taxas de mortalidade e morbidade ((Hockenberry, 2014). O Síndrome de Morte Súbita no Latente (SMSL), tal como o nome indica é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável. A maioria dos casos está associada ao sono e por isso é conhecida como “morte no berço”, sendo a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida em todo o mundo, excluindo o período neonatal (SPP,2009). A ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade. Acontece geralmente no domicílio, sendo o bebé encontrado sem vida no berço (SPP,2009). Em muitos países, a adoção de medidas relativamente simples tornou possível reduzir muito significativamente a taxa de mortalidade por SMSL. No entanto, é fundamental reforçar a necessidade de estabelecer estas medidas de segurança, pois embora o Boletim de Saúde Infantil refira, nos conselhos aos pais, que o bebé deve ser deitado “preferencialmente de costas”, este aspeto é ainda motivo de admiração de muitos pais, que optam por deitar o bebé de lado com receio de episódios de “engasgamento” (SPP,2009).

Os bebés desenvolvem-se com grande rapidez, quando pensamos que ainda mal se mexem, já reboham. Pouco depois já se sentam, gatinham e rapidamente se põem de pé em busca da descoberta do meio que as rodeia. Se não forem tomadas medida de precaução a aventura de crescer pode ter consequências indesejadas e mesmo graves. Cerca de 80% dos acidentes são quedas de sofás, da cama dos pais, do carrinho, de escadas entre outros acidentes. Desta forma os pais e a casa devem ser preparados com

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

antecedência tendo em conta a previsibilidade dos comportamentos e da curiosidade de uma criança saudável.

Em suma, as medidas de prevenção surgem como uma necessidade evidente, sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover ambientes seguros onde as crianças possam crescer e desenvolver em segurança, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença.

8.1 Procedimento de enfermagem

Intervenções:

Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes;

Ensinar os pais sobre estratégias e medidas de segurança;

Reconhecer nos pais, conhecimentos sobre a prevenção de acidentes e medidas de segurança;

Ensinar os pais sobre prevenção de asfixia na criança;

Ensinar os pais sobre a prevenção do SMSL

Asfixia e engasgamento

- Ensinar os pais sobre os sinais de asfixia e aspiração
- Ensinar os pais sobre a atuação na asfixia:

Manobra de Heimelich no latente:

➤ Colocar o bebé em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco (facilitando a expulsão do objeto), suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax sobre o antebraço;

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

➤ Aplicar até 5 pancadas interescapulares com a base da mão usando uma força adequada ao tamanho da criança.

Manobra na criança:


- Colocar a criança numa posição inclinada para a frente;
- Aplicar até 5 pancadas interescapulares, se a criança for pequena deve-se colocar ao colo como no latente.

- Medidas de Segurança:

- Guardar os sacos de plástico e balões fora do alcance das crianças;
- Não colocar fios ao pescoço;
- Cortar os alimentos sólidos em pedaços pequenos e retirar osso, e espinhas;
- Evitar alimentos duros e lisos como amendoins, ervilhas, rebuçados entre outros;
- Não oferecer á criança objetos pequenos;
- Os fios de estores, candeeiros devem ser enrolados mantidos altos e afastados da cama da criança;
- Deitar o bebé a dormir em decúbito dorsal;
- Não colocar as crianças a dormir com os pais;
- Utilizar chupeta com o tamanho adequado à criança

Quedas

- Nunca deixar o bebé sozinho em cima da mesa, cama, muda fraldas, sofás nem mesmo por um segundo;
- Colocar sempre o ovinho, alcofa ou espreguiçadeira no chão;
- Colocar limitadores de aberturas nas janelas
- Manter sempre supervisão da criança, especialmente quando começa a gatinhar, andar e trepar;
- Não utilizar andarilhos
- Colocar cancelas nas escadas, com aberturas inferiores a 6 cm, e altura de 60cm;

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SETORIAL |
| | Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos |

- Usar camas de grades, com 60 cm de altura e a distância não deve ser superior a 6 cm;
- As varandas devem ser equipadas com gradeamento com altura de 110 cm;
- Não colocar móveis junto de janelas;
- Ensinar a criança a descer de barriga para baixo da cama, sofá e cadeiras;
- Usar sapatos bem presos aos pés.

Ensinar os pais sobre sinais de alarme:

- Grande sonolência ou irritabilidade
- Vômitos persistentes
- Vigiar estado de consciência: discurso incoerente
- Vigiar alterações de comportamento: desequilíbrio ou alterações da visão

Afogamentos

- Nunca deixar a criança sozinha no banho, mesmo quando já se senta;
- Manter torneiras bem fechadas;
- Esvaziar baldes e alguidares depois de utilizados, no exterior ou no quintal guardá-los virados para baixo para não acumularem água da chuva;
- Supervisão constante em locais com piscinas e lagos;
- Colocar barreiras de proteção nas piscinas;
- Ter atenção às boias, colchões ou pequenos barcos, pois são perigosos, voltam-se facilmente;
- Tapar poços.

Queimaduras

- Verificar sempre a temperatura da água do banho;
- Colocar primeiro a água fria e só depois misturar a quente;
- Agitar sempre o biberon e verificar a temperatura do leite no pulso;



Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos

- Alertar para o fato de em caso de utilização do micro-ondas, não esquecer que os alimentos não aquecem de forma uniforme;
- Deixar os cabos dos utensílios de cozinha, tachos, frigideiras, virados para as costas do fogão e para o centro da mesa;
- Não cozinhar ou comer alimentos quentes com a criança ao colo;
- Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras e fornos;
- Manter os fios elétricos e extensões escondidos, fora do alcance da criança;
- Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar móveis em frente das tomadas.

Intoxicações

- Manter fora do alcance da criança os produtos tóxicos: medicamentos, cosmética, bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas, herbicidas;
- Manter as plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança;
- Não tomar medicamentos á frente da criança pela sua curiosidade;
- Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc.;
- Feche as embalagens e guarde os produtos imediatamente após o uso;
- Optar por produtos com tampa de segurança.

Em caso de intoxicação contatar o **CIAV: 808 250 143**

Síndrome de Morte Súbita no Latente

Os enfermeiros devem ensinar os pais a:

Promover o decúbito dorsal quando o bebé dorme

Destapar a cabeça do bebé para dormir

Deitar o bebé com os pés a tocar no fundo da cama

Não fumar perto de bebé

Não dormir com o bebé na sua cama

Retirar brinquedos, almofadas ou outros objetos fofos do berço

Não aquecer demasiado o quarto - temperatura adequada (19-21°)
Usar colchão firme e bem-adaptado ao berço.

Linhas de apoio aos pais: 112, Saúde 24, CIAV, SOS Criança, www.apsi.org.pt

9. INDICADORES

Não aplicável

10. ANEXOS

APÊNDICE II – Apresentação em Powerpoint do procedimento setorial: “Segurança e prevenção de acidentes em ambiente doméstico até aos 4 anos”

Proposta
Procedimento Setorial:

***“Segurança e prevenção de acidentes em ambiente
domestico até aos 4 anos”***

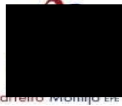
CH
2022



**Procedimento setorial
“Segurança e prevenção de ADL”**

OBJETIVO

- Uniformizar e normalizar os procedimentos dos cuidados de enfermagem a prestar á criança e família sobre a segurança e prevenção de acidentes no domicilio;
- Garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem á criança e família;
- Facilitar a integração de novos profissionais;



Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

AMBITO DE APLICAÇÃO

- Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica



Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

Os ADL são todos os acidentes registados durante os tempos livres da população, podendo estes ocorrer em casa, na rua, escola, etc. Este tipo de acidentes é muito comum especialmente em crianças.

Queimaduras, quedas, afogamentos, asfixia/sufocação e intoxicações.

(DGS, 2010)



Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

- Atualmente os acidentes são considerados um problema de saúde pública em todo o mundo e são a quarta causa de morte mais comum na Europa;
- São uma das principais causas de incapacidade e de anos de vida perdidos, de redução da produtividade e de consumo de serviços de saúde;
- Muitos sobreviventes de acidentes sofrem um significativo grau de incapacidade, temporária ou permanente.

(DGS,2010)



Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

- Dados do Plano de Ação para a Segurança Infantil - as crianças entre os 0 e os 4 anos de idade são as que representam maior risco de sofrer acidentes em ambiente doméstico, sendo um grupo prioritário para intervenção (PASI,2011)

- Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA):

O local de maior ocorrência dos ADL é o **domicilio**



0 e os 4 anos de idade sexo masculino



Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

Em Portugal

APSI

Mortes

2011 e 2015 morreram
340 crianças

2011 e 2015 faleceram
68 crianças com
idades > a 4 anos

Internamentos

2011 e 2015
5428 internamentos
com idades inferiores
a 4 anos de idade

total de internamentos
no período entre 2012
e 2016, de
aproximadamente
24.784

Procedimento setorial “Segurança e prevenção de ADL”

Portugal, APSI 2017

A sufocação e
asfixia é a 3º causa
de morte acidental

As intoxicações
entre 2012 e 2016,
surgem como 2ª
causa de
internamento nas
crianças entre os 0
e os 4 anos de vida



Os afogamentos são a 2ª causa
de morte nas crianças e jovens.
2011 e 2015 morreram cerca de
30 crianças/jovens vítimas de
afogamento

As quedas são a
principal causa de
ocorrência de crianças
e jovens aos serviços
de urgência e
consequente
internamento, 2011 e
2015 morreram cerca
de 15 crianças/jovens
vítimas de queda

Procedimento de Enfermagem

Intervenções:

- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes ;
- Ensinar os pais sobre estratégias e medidas de segurança;
- Reconhecer nos pais, conhecimentos sobre a prevenção de acidentes e medidas de segurança;
- Ensinar os pais sobre prevenção e atuação de asfixia na criança;
- Ensinar os pais sobre a prevenção do SMSL .

Asfixia e engasgamento

- Ensinar os pais sobre sinais de asfixia e aspiração
- Ensinar os pais sobre a atuação na asfixia:

Manobra de Heimlich no latente:

- Colocar o bebê em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax sobre o antebraço ;
- Aplicar até 5 pancadas interescapulares com a base da mão usando uma força adequada ao tamanho da criança.



Asfixia e engasgamento

Manobra na criança:



- Colocar a criança numa posição inclinada para a frente;
- Aplicar até 5 pancadas interescapulares, se a criança for pequena deve-se colocar ao colo como no latente .

Asfixia e engasgamento

Medidas de Segurança:

- ❑ Guardar os sacos de plástico e balões fora do alcance das crianças;
- ❑ Não colocar fios ao pescoço;
- ❑ Cortar os alimentos sólidos em pedaços pequenos e retirar osso, e espinhas;
- ❑ Evitar alimentos duros e lisos como amendoins, ervilhas, rebuçados entre outros;
- ❑ Não oferecer á criança objetos pequenos;
- ❑ Os fios de estores, candeeiros devem ser enrolados mantidos altos e afastados da cama da criança;
- ❑ Deitar o bebé a dormir em decúbito dorsal;
- ❑ Não colocar as crianças a dormir com os pais;
- ❑ Utilizar chupeta com o tamanho adequado à criança



Quedas

- ❑ Nunca deixar o bebé sozinho em cima da mesa, cama, muda fraldas e sofá;
- ❑ Colocar sempre o ovinho, alfofa ou espreguiçadeira no chão;
- ❑ Colocar limitadores de aberturas nas janelas;
- ❑ Manter a supervisão da criança, especialmente quando começa a gatinhar, andar e trepar;
- ❑ Não utilizar andarilhos;
- ❑ Colocar cancelas nas escadas, com aberturas inferiores a 6 cm, e altura de pelo 60cm;
- ❑ Usar camas de grades, com 60 cm de altura e a distância não deve ser superior a 6 cm;
- ❑ As varandas devem ser equipadas com gradeamento com altura de 110 cm;
- ❑ Não colocar móveis junto de janelas;
- ❑ Ensinar a criança a descer de barriga para baixo da cama, sofá e cadeiras;
- ❑ Usar sapatos bem presos aos pés.



Quedas

Ensinar os pais sobre sinais de alarme:

- ❑ Grande sonolência ou irritabilidade
- ❑ Vômitos persistentes
- ❑ Vigiar estado de consciência: discurso incoerente
- ❑ Vigiar alterações de comportamento: desequilíbrio ou alterações da visão



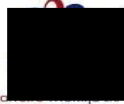
Afogamentos

- ❑ Nunca deixar a criança sozinha no banho, mesmo quando já se senta
- ❑ Manter torneiras bem fechadas;
- ❑ Esvaziar baldes e alguidares depois de utilizados, no exterior ou no quintal guardá-los virados para baixo para não acumularem água da chuva;
- ❑ Supervisão constante em locais com piscinas e lagos;
- ❑ Colocar barreiras de proteção nas piscinas;
- ❑ Ter atenção às boias, colchões ou pequenos barcos, pois são perigosos, voltam-se facilmente;
- ❑ Tapar poços.



Queimaduras

- ❑ Verificar sempre a temperatura da água do banho;
- ❑ Colocar primeiro a água fria e só depois misturar a quente;
- ❑ Agitar sempre o biberon e verificar a temperatura do leite no pulso;
- ❑ Alertar para o fato de em caso de utilização do micro-ondas, não esquecer que os alimentos não aquecem de forma uniforme;
- ❑ Deixar os cabos dos utensílios de cozinha, tachos, frigideiras, virados para as costas do fogão e para o centro da mesa;
- ❑ Não cozinhar ou comer alimentos quentes com a criança ao colo;
- ❑ Colocar proteções em frente e em redor de lareiras, salamandras e fornos;
- ❑ Manter os fios elétricos e extensões escondidos, fora do alcance da criança;
- ❑ Colocar proteções ou tampas de plástico nas tomadas elétricas; ou colocar móveis em frente das tomadas.



Intoxicações

- ❑ Manter fora do alcance da criança os produtos tóxicos: medicamentos, cosmética, bebidas alcoólicas, produtos de limpeza, pesticidas, herbicidas;
- ❑ Manter as plantas penduradas ou em superfícies altas longe do alcance da criança;
- ❑ Não tomar medicamentos á frente da criança pela sua curiosidade;
- ❑ Não guardar produtos tóxicos em embalagens familiares – garrafas de sumo, etc;
- ❑ Fechar as embalagens e guardar os produtos imediatamente após o uso;
- ❑ Optar por produtos com tampa de segurança.

Em caso de intoxicação contactar o **CIAV: 808 250 143**



SMSL

É a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida.

- ❑ É a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida em todo o mundo, excluindo o período neonatal
- ❑ Acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável
- ❑ É rara no primeiro mês de vida, aumenta entre os 2 e os 4 meses
- ❑ Cerca de 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade
- ❑ Acontece geralmente no domicílio, sendo o bebé encontrado sem vida no berço

MORTE NO BERÇO



SMSL

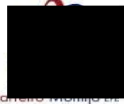
Os enfermeiros devem ensinar os pais a:

- ❑ Promover o decúbito dorsal quando o bebé dorme
- ❑ Destapar a cabeça do bebé para dormir
- ❑ Deitar o bebé com os pés a tocar no fundo da cama
- ❑ Não fumar perto de bebé
- ❑ Não dormir com o bebé na sua cama
- ❑ Retirar brinquedos, almofadas ou outros objetos fofos do berço
- ❑ Não aquecer demasiado o quarto - temperatura adequada (19-21°)
- ❑ Usar colchão firme e bem-adaptado ao berço.



BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil (PASI) 2012-2016: Conhecer os riscos, criar ambientes seguros, minimizar os acidentes. Acesso a 19 de outubro de 2022. Disponível em: <https://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI2011.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2014). Casa Segura. Acesso a 25 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/images/PDF/ProjetoSegurancaTodos/TabeladosAcidentes.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Relatório de Avaliação 2017. Acesso a 18 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/relatorio-de-atividades>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). Afogamento de crianças e jovens em Portugal. Relatório 2002-2021. Disponível em: file:///C:/Users/fatim/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/acidentes/Relatorio_de_Afoga2002-2021-VF.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2006. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acesso a 18 de outubro. Disponível em <https://www.dgs.pt/pagina-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014) Wong - Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-9748-004-1.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico Versão 3.0 - 1ª Edição. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Ped%C3%A1trico.pdf>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia (2014). Evita 2009 – 2012, Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009 – 2012. Lisboa: INSA. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/1040018/24493/INSA-Relatorio_EVITA2009-2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil pediátrica
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente. Lisboa. Acesso a 12 de outubro de 2022. Disponível em: <https://www.spediatria.pt/wp-content/uploads/2016/10/Morte-subita-do-lactente.pdf>



Bonnie Thompson



**OBRIGADA
PELA
VOSSA
ATENÇÃO!**

APÊNDICE III – Instrumento de avaliação da qualidade da sessão de formação

Cedido gentilmente pelo Centro Hospitalar E [REDACTED]



Avaliação da qualidade da formação pelo formando

Ação de formação: _____

Data de início: ___ / ___ / ___

Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim da qualidade e melhoria continua face à formação assistida, de modo a melhorar apresentações futuras. Para tal, pede-se a participação de todos os elementos. Os questionários são anónimos. Utilize, por favor, a escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 á pontuação mais elevada.

| | Em que medida está a sua satisfação da ação de formação relativamente: | | | | |
|--|--|---|---|------------------|---|
| | Muito insatisfeito | | | Muito satisfeito | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Adequação das suas expetativas em relação á formação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Utilidade da formação em situação de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- organização e qualidade dos conteúdos apresentados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Aos meios audiovisuais utilizados durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- As condições da sala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- segurança e domínio da temática por parte da formadora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Metodologia utilizada durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Apêndice IV – Cartaz Informativo dirigido aos pais sobre Obesidade Infantil – “Uma Epidemia do Século XXI” e plano da sessão formativa : Promover uma alimentação saudável na infância para os Enfermeiros em contexto de formação em serviço na Unidade de internamento de Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Obesidade Infantil - Promover uma Alimentação Saudável

Plano da sessão de formação

Centro Hospitalar [REDACTED]

Unidade de Internamento Pediátrico

Discente: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, nº 192017080

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Docente Orientador: Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, novembro 2022

Lista de siglas e Acrónimos

DGS- Direção Geral da Saúde

DNTs – Doenças não Transmissíveis

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

SNS – Serviço nacional de Saúde

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UIP- Unidade de Internamento Pediátrico

Índice

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 1. Introdução..... | 176 |
| 2. Fundamentação | 178 |
| 3. Planeamento | 186 |
| 4. Avaliação..... | 188 |
| 5. Referências Bibliográficas | 189 |

Apêndices

Apêndice I – Cartaz Informativo – “Obesidade Infantil – uma Epidemia do Seculo XXI”

Apêndice II - Sessão de formação acerca do Cartaz Informativo

Apêndice III- Avaliação da qualidade de formação

1. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP. A sua principal finalidade consiste em promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças prevenindo a obesidade, uma vez que os hábitos e preferências são estabelecidos durante os primeiros anos de vida e tendem a manter-se durante toda a vida (Beja, 2014). É importante haver sensibilização para as mudanças nos estilos de vida das famílias, e os pais devem ser, empoderados e capacitados sobre hábitos saudáveis, de modo a haver uma contribuição positiva para o futuro das crianças (Pessoa, 2016). Assim, pretendo, com esta sessão de formação aumentar e aprofundar o conhecimento dos enfermeiros acerca desta temática, de forma a capacitarem os pais no que concerne à introdução de uma alimentação saudável nas suas crianças e jovens, numa perspetiva de prevenção da obesidade infantil, tendo como fundamento a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a excelência dos cuidados de enfermagem. Este tema teve por base a minha experiência profissional como enfermeira onde constato diariamente um aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil a partir de idade precoce. Contribuíram, igualmente, as duas primeiras semanas de estágio na UIP, onde pude constatar que as crianças e pais adotam hábitos alimentares pouco saudáveis. Esta constatação, reforçou a necessidade e relevância de abordar esta temática, pelo que para inverter esta situação, torna-se essencial investir na adoção de hábitos alimentares saudáveis na criança, com vista à promoção da saúde, de forma a promover hábitos de vida saudáveis e favorecer o crescimento e desenvolvimento infantil (Beja, 2016).

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial e um dos maiores desafios da saúde pública do nosso século (Beja et al., 2014). A obesidade infantil é uma condição complexa e é um fator de risco para diversas doenças não transmissíveis (DNTs), tais como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hiperlipidemia e diabetes mellitus (Rito et al., 2017). Este aspeto torna-se uma preocupação, na medida em que, considero tornar-se necessário, promover hábitos alimentares saudáveis logo desde o nascimento, pois, a obesidade infantil está extrinsecamente ligada a hábitos alimentares ainda na fase da amamentação (Pessoa, 2016), de forma a prevenir a ocorrência do excesso de peso e obesidade infantil e em simultâneo prevenir as consequências que deles advêm. Desta forma destaca-se a importância do papel do enfermeiro na capacitação e

empoderamento dos pais, para a adoção de hábitos alimentares saudáveis nos filhos, uma vez que a família tem um papel determinante na prevenção da obesidade, e representa um modelo para os filhos.

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema para toda a equipa multidisciplinar da UIP junto do enfermeiro orientador e a enfermeira chefe do serviço de pediatria. Numa segunda fase foi elaborado como estratégia de prevenção da obesidade um cartaz informativo intitulado “Obesidade Infantil - uma epidemia do século XXI” (Apêndice I), de forma a sensibilizar os pais e crianças para a adoção de hábitos alimentares saudáveis na prevenção da obesidade infantil e excesso de peso e, uma sessão de formação sobre o cartaz informativo para os profissionais de saúde da UIP (Apêndice II).

Quanto á estruturação da sessão será dividida em 4 partes distintas, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução ao tema, seguida da apresentação e por fim de uma conclusão que visará promover a interação e sintetizar os aspetos mais relevantes.

2. Fundamentação

A obesidade é considerada uma epidemia do século XXI, pelo que é um sério problema a nível mundial e um dos maiores desafios da saúde pública do nosso século (Beja et al, 2014). “Atualmente, a obesidade é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial” (Rito et al., 2017 p.3).

Considera-se obesidade e excesso de peso, uma acumulação anormal e excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto negativo na saúde (DGS, 2022). A obesidade é originada pelo desequilíbrio energético resultante de um aporte muito superior às necessidades orgânicas, num período prolongado (Beja et al., 2014).

A obesidade infantil é uma condição complexa e é um fator de risco para diversas doenças não transmissíveis (DNTs) tais como a diabetes tipo II, as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia entre outras (Rito et al., 2017, p.3), contribuindo para diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e aumento dos custos com a saúde (Beja et al, 2014). É também uma doença crónica com múltiplas causas, com destaque para as comportamentais, nomeadamente alterações ao padrão alimentar e sedentarismo (Beja et al, 2014). No seguimento do descrito, cerca de 55,0% das crianças com obesidade tornam-se adolescentes com a mesma condição e cerca de 80,0% destes adolescentes serão adultos obesos, reduzindo a média da idade do aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis (DNTs), com fortes consequências a nível da saúde e da economia do país (SNS, 2021). Em Portugal, segundo o estudo COSI, nos gastos anuais da saúde há um valor estimado de 2,8% que está relacionado com a obesidade (Rito et al., 2017).

Diversos estudos evidenciam agravamento do problema na população portuguesa, sendo a prevalência entre crianças e jovens das mais elevadas na Europa (Beja et al, 2014).

De acordo com o relatório do COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) 2019 coordenado cientificamente e conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), em Portugal a obesidade infantil atinge proporções elevadas, sendo que no ano 2019 a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) estimada era de 29,6% e 11,9% eram crianças que viviam com obesidade infantil. Apesar disso, entre 2008 e 2019, Portugal conseguiu travar o crescimento do excesso de peso, verificando-se uma redução de 8,2 pontos percentuais na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% em 2008 para 29,6% em 2019) e de 3,4% na obesidade infantil (15,3% em 2008 para 11,9% em 2019), permitindo a Portugal passar do 2º país europeu com maior prevalência de excesso de peso

infantil para o 14°. De salientar ainda que a prevalência de excesso de peso em Portugal continua a afetar 1 em cada 3 crianças (SNS, 2021).

O excesso de peso tem efeitos negativos imediatos na saúde individual de crianças e jovens, com o risco de apresentarem na idade adulta obesidade e comorbilidades. Com o crescimento desta problemática em idades infantojuvenis e pela maior facilidade na introdução de mudança nos seus comportamentos, torna-se prioritário atuar junto destas faixas etárias (Beja et al., 2014).

A má nutrição e a obesidade andam geralmente de mão dada, no mesmo país, na mesma comunidade e família (DGS, 2013). A promoção da alimentação saudável e a prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição, em particular do excesso de peso e da obesidade é uma prioridade de saúde a nível nacional (DGS, 2022).

A melhor maneira de se combater a obesidade infantil ainda é por meio da prevenção, conscientizando, não somente os adultos, mas educando as crianças para a prática de hábitos alimentares saudáveis (Pessoa, 2016).

Alimentação saudável, corresponde a uma alimentação variada, equilibrada e completa, que permita garantir o consumo diário de alimentos nutricionalmente adequados de modo a assegurar as necessidades nutricionais para a manutenção da saúde e para a prevenção do risco de doenças crónicas associadas à alimentação, em linha com as recomendações da Roda dos Alimentos (DGS, 2022).

A alimentação é um dos determinantes mais importantes da saúde e, nos primeiros anos de vida, tem uma grande importância. Logo desde o nascimento que o aleitamento materno contribui para a proteção contra a obesidade tardia e pode influenciar o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis na idade adulta. Crianças que foram amamentadas exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida são menos propensas a desenvolver excesso de peso e obesidade (DGS, 2022). Após o 1º ano de vida, a criança é inserida na dieta da família, tendo grande importância os hábitos alimentares estabelecidos no meio familiar (DGS, 2019). Assim sendo a alimentação na infância tem um papel determinante no crescimento e desenvolvimento das crianças e é também neste período que se moldam os seus gostos e preferências alimentares e que se programa a sua saúde futura. Durante este período da vida, os pais/família são os modelos que as crianças tendem a imitar. De um modo geral, quando os pais têm hábitos alimentares saudáveis, o filho também os tem (DGS, 2020).

Os pais podem e devem proporcionar e influenciar “opções alimentares nutritivas às crianças, por meio de seleções alimentares saudáveis e de uma dieta saudável” (Pessoa, 2016). Devido à crescente industrialização e urbanização em que vivemos, houve uma mudança no padrão alimentar das famílias, estas mudanças vêm ocorrendo nos padrões do consumo alimentar, como os hábitos alimentares inadequados, principalmente na infância e na adolescência (Pessoa, 2016). Como tal é importante a influência dos pais sobre os hábitos alimentares dos filhos que representa um fator preponderante para o surgimento da obesidade infantil. Por alimentação inadequada ou hábitos alimentares inadequados considera-se o oposto da definição supracitada sobre alimentação saudável (DGS, 2022). Hábitos alimentares inadequados praticados pelos pais podem não somente interferir na qualidade de vida dos filhos na infância como também na fase adulta, pois os hábitos alimentares inadequados dos pais têm sido alguns dos principais responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade infantil (Pessoa, 2016). Os hábitos alimentares inadequados são o terceiro principal fator de risco para a perda de anos de vida saudável” (DGS, 2022). Assim cabe aos pais promover opções alimentares nutritivas às suas crianças, por meio de seleções alimentares saudáveis e de uma alimentação saudável. Desta forma as orientações do EESIP destinadas aos pais/família, que promovam a prevenção da obesidade em crianças, são essenciais, na medida em que a família tem um papel determinante na diminuição da prevalência do excesso de peso e obesidade, uma vez que representam um modelo para os seus filhos, logo as intervenções de enfermagem que abordam a alimentação saudável devem também visar os pais, não esquecendo a importância da atividade física.

Uma alimentação saudável deve seguir os princípios da Roda dos Alimentos, esta deve ser, **equilibrada** respeitando as porções diárias recomendadas e os equivalentes, **completa** ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos e **variada** variar os alimentos dentro de cada grupo ao longo do dia (DGS, 2019).

Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos é o guia que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte de uma alimentação diária. A roda dos alimentos é constituída por 7 grupos de alimentos. Os Grupos de alimentos apresentam diferentes dimensões, os grupos de maior dimensão, devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação e os grupos de menor dimensão devem estar presentes em menor quantidade. A roda dos alimentos pretende ainda transmitir as seguintes mensagens: comer diariamente alimentos de todos os grupos na proporção em que se encontram representados, não falhar nem exagerar em nenhum deles

e variar o mais possível de alimentos dentro de cada grupo. A cada grupo está associada uma porção diária, as porções inferiores são adequadas para crianças dos 1 aos 3 anos de idade e as porções superiores para homens fisicamente ativos e rapazes adolescentes e as porções médias são as adequadas à restante população (Nunes et al., 2009).

De acordo com as linhas orientadoras nutricionais (DGS, 2019), o PNPAS (2022) e o manual da alimentação saudável do município de Gondomar (2021) a roda dos alimentos é constituída pelos seguintes grupos:

1-Grupo dos Cereais e derivados, tubérculos

4 a 11 porções por dia.

Uma porção corresponde a: 1 pão (50 g) de preferência de cereais pouco refinados ou 1 batata pequena (80 g) ou 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35 g) ou 3 a 4 colheres de sopa de arroz/massa cozinhados (75-90 g)

Devemos consumir entre 4 a 11 porções diárias deste grupo. Representa 28% da roda dos alimentos, sendo o grupo cuja proporção de ingestão de alimentos deve ser superior ao dos outros grupos. São a principal fonte de energia (hidratos de carbono), devendo ser consumidos a todas as refeições. Faz parte deste grupo entre outros o arroz, massa, batata, pão, milho, aveia e centeio.

2- Grupo das hortícolas

3 a 5 porções por dia.

Uma porção corresponde a: 90-100 g de hortícolas crus ou 45-50 g de hortícolas cozinhados. Uma destas porções corresponde a sopa.

Devemos consumir entre 3 a 5 porções por dia. Representa 23% da roda dos alimentos, é o segundo maior grupo. São ricos em fibras, sendo essenciais para o bom funcionamento do intestino, em vitaminas e minerais.

3- Grupo da Fruta

3 a 5 porções por dia.

Uma porção corresponde a: 1 peça de fruta pequena (80 g), sem casca ou caroço.

O grupo da Fruta deverá contribuir para o dia alimentar com cerca de 20%, ou seja, devem ser ingeridas entre 3 a 5 porções de fruta diariamente. A fruta é ótima fornecedora de

vitaminas, minerais, hidratos de carbono simples e fibra solúvel. São também fontes importantes de antioxidantes.

4- Grupo dos lacticínios

2 a 3 porções por dia.

Uma porção corresponde a: 1/2 chávena almoçadeira de leite (125 ml) ou 1 iogurte sólido (125 g) ou 1 fatia fina de queijo (20 g)

Este grupo representa 18% do consumo diário da roda dos alimentos, devem ser consumidos 2 a 3 porções diárias. Fazem parte deste grupo, o leite, o iogurte e o queijo e fornecem proteínas, vitaminas e cálcio, essenciais na formação dos ossos e dentes saudáveis.

5- Grupo das carnes, peixe e ovos

1,5 a 4,5 porções por dia.

Uma porção corresponde a um ovo ou carnes/peixe cozinhados livres de peles, osso ou espinhas (25 g).

Deverá fornecer ao dia alimentar cerca de 5%, ou seja, 1,5 a 4,5 porções. Ricos em vitaminas, ferro e proteínas animais, fundamentais para os músculos, ossos, pele e cabelo saudáveis. Deve dar-se preferência às carnes de aves ou coelho (“brancas”), embora não devam ser excluídas as carnes “vermelhas” (vaca e porco). O peixe deve ser consumido regularmente, é uma boa fonte de iodo e de ácidos gordos.

6- Grupo das leguminosas

1 a 2 porções por dia.

Uma porção corresponde a: 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (25 g) ou 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas ou 3 colheres de sopa de leguminosas secas ou frescas cozinhadas (80 g)

É um dos grupos mais pequenos e representa 4% da roda dos alimentos. São ricas em hidratos de carbono, proteínas, alguns minerais (como o cálcio e o ferro), vitaminas e fibras. Fazem parte deste grupo as ervilhas, favas, grão-de-bico, soja, feijão e lentilhas.

7-Grupo das gorduras e óleos

1 a 3 porções de gordura de adição por dia.

Uma porção corresponde a: 1 colher de sopa de azeite ou óleo (10 g) ou 1 colher de sobremesa de manteiga (15 g)

Podem ser de origem animal ou vegetal. Deverão ser ingeridos em menor quantidade ao longo do dia. Este grupo fornece apenas cerca de 2% do dia alimentar, isto é, 1 a 3 porções diárias. São eles o azeite, óleos, banha, manteiga, natas e margarinas.

8- Água

Encontra-se representada no centro da roda, está presente em todos os alimentos e é indispensável para o bom funcionamento do organismo. A água é, sem dúvida, a única bebida que deve ser ingerida. Os sumos e os refrigerantes não devem fazer parte das opções alimentares. Diariamente perdemos água através da respiração, transpiração, urina e fezes. Para prevenir situações de desidratação, é necessário ingerir água em quantidade suficiente para compensar esta perda. As crianças devem ingerir uma quantidade adequada de água diariamente, variando entre os 0,6 litros no primeiro ano de vida e 1,8 e 2,6 litros na adolescência.

Linhas orientadoras nutricionais para a prevenção da obesidade infantil

Como já foi referido, é necessário promover hábitos alimentares saudáveis na infância, sendo uma da estratégia para a prevenção da obesidade infantil, pois é durante a infância que são apreendidos os hábitos alimentares que tendem a manter-se durante toda a vida, sendo que os hábitos alimentares são assimilados através da observação, experimentação e educação, e os pais/família, desempenham um papel primordial na promoção de hábitos para uma alimentação saudável prevenindo a obesidade na infância.

As linhas orientadoras nutricionais da EFSA (European Food Safety Authority), são as mais atuais e as mais adequadas à população pediátrica portuguesa (DGS, 2019).

- ❖ O consumo de açúcar está totalmente contraindicado no 1º ano de vida, segundo indicação da EFSA.
- ❖ Os hidratos de carbono devem atingir os 45-60% do valor energético diário da criança, dos quais, os açúcares livres não devem exceder os 5%, preferencialmente.

- ❖ Consideram-se açúcares livres todos os adicionados aos alimentos, assim como bebidas e os açúcares naturalmente presentes em alimentos, tais como: o mel, xaropes e sumos de fruta.
- ❖ Reduzir e evitar o açúcar de adição e as bebidas açucaradas.
- ❖ Sumos e refrigerantes não devem fazer parte das opções de bebidas, uma vez que contêm açúcares livres adicionado e contribuem para a doença hepática, e por retirarem o apetite para os alimentos saudáveis.
- ❖ Doces, gomas, bolos, rebuçados, chocolates, etc., são considerados alimentos de elevada densidade energética, tendo pouco interesse do ponto de vista nutricional. O seu consumo não é necessariamente proibido, mas deve ser restrito, apenas reservado a ocasiões especiais.
- ❖ A frutose consumida em excesso, não considerando a da fruta fresca, está relacionada à doença hepática não alcoólica, já em idade pediátrica.

Baseado nestas linhas orientadoras (DGS, 2019), existem estratégias aplicáveis às crianças, de forma a promover mudanças alimentares para a aquisição de hábitos saudáveis:

- Tornar o momento da refeição agradável, positivo e feliz, de **preferência em família**, pois as crianças aprendem observando;
- Incentivar a criança a provar e adotar alimentos saudáveis exemplo “não podemos comer só o que nos apetece todos comemos sopa”;
- Os alimentos não servem para castigos ou recompensas, exemplo: “se comeres a sopa podes comer um gelado”;
- Elogiar a criança quando comer alimentos novos ou de menor agrado, Exemplo: “eu sabia que ias comer tudo, tenho muito orgulho em ti”;
- Oferecer refeições em horários regulares para que a criança crie rotinas;
- Respeitar um período mínimo entre as refeições para que a criança sinta fome, favorecendo o apetite para comer melhor, mas não exceder mais de 3 horas sem comer durante o dia;
- Os legumes devem estar presentes diariamente na alimentação, ao almoço e jantar, podendo ser feito através das sopas e do prato;
- As carnes, peixe e ovos são fonte de proteínas, de vitaminas e de minerais. Deve priorizar-se as carnes brancas (aves e coelho), sem excluir as vermelhas;
- Os pratos devem ser atrativos, jogando com as cores, sabores e texturas;

- Oferecer apenas água durante o dia e às refeições, sumos (naturais ou artificiais), chás ou xaropes não deverão ser oferecidos num contexto de rotina. Poderão ser a exceção nos dias de festa;
- Incentivar a que a criança se alimente sozinha, sem pressas;
- Não se zangar com a criança por ela não comer;
- Não substituir os alimentos da refeição por outros que sejam do seu agrado;
- Não subornar a criança com doces ou outros alimentos que sabe que a criança comerá, porque passará uma mensagem errada, o que levará a predispor-la a ser subornada na próxima refeição.
- Envolver as crianças em atividades culinárias

O exercício físico tem um papel adjuvante no tratamento da obesidade, pois o gasto calórico proveniente da atividade física mostra-se como grande aliado na perda de peso, nas últimas décadas, as crianças tornaram-se menos ativas, provavelmente incentivadas pelos avanços tecnológicos e fatores socioeconômicos (Paes et al., 2015), assim compete aos pais mudar estes hábitos comportamentais através de:

- Diminuir o tempo de sedentarismo (tempo de ecrã, sentado...)
- Incentivar a prática de exercício físico moderado
- Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de atividade física moderada e regular;
- Os pais devem participar com os filhos em atividades ao ar livre.



3. Planeamento

Planeamento da sessão de formação

Tema: “Obesidade Infantil” – Promover uma Alimentação Saudável

Destinatários: Equipa de enfermagem da Unidade de Internamento Pediátrico

Data/Hora: 12 de dezembro de 2022 / 15h00

Duração: 30 minutos

Local: Unidade de Internamento Pediátrico do CH 

Formadora: Ilda de Fatima Rodrigues Paulo Pires, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da UCP.

Metodologia: Metodologia expositiva e ativa.

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efetuada através do preenchimento de um instrumento (anónimo) de avaliação dirigido aos formandos (enfermeiros).

Objetivo Geral:

Sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática da obesidade infantil e a importância de hábitos alimentares saudáveis na sua prevenção.

Objetivos Específicos:

Abordar a roda dos alimentos como orientação para uma alimentação saudável

Transmitir estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis na infância, atuando na prevenção da obesidade.



Plano de sessão

| Conteúdos | Métodos pedagógicos | Técnicas pedagógicas | Materiais/Recursos | Tempo (minutos) |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Introdução: - Apresentação do tema e pertinência do mesmo. | Ativa | Exposição | Power Point Cartaz | 5 minutos |
| Desenvolvimento: - Apresentação e discussão do cartaz informativo – Obesidade Infantil – “Uma Epidemia do Seculo XXI” com suporte de apresentação em Power Point. | Expositiva e ativa | Exposição | Power Point Cartaz | 15 minutos |
| Conclusão e Avaliação: - Síntese da sessão; - Esclarecimento de dúvidas, - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários.; - Avaliação da sessão. | Ativa | Exposição e Discussão | Power Point Cartaz | 10 minutos |

4. Avaliação

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo, reflexão, partilha de sentimentos, opiniões e comentários acerca da temática. A sua avaliação é importante, pois só deste modo podemos compreender a eficácia/sucesso da mesma. No final da sessão foi entregue um questionário aos formandos para avaliação da sessão, que contempla parâmetros de avaliação da formação e do formador, para classificação numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 corresponde á mais alta. A elaboração deste questionário teve por base o instrumento de avaliação utilizado pelo CH[REDACTED]. Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim de receber o “feedback” face à formação assistida, e de modo a melhorar apresentações futuras (Apêndice III).

A formação foi realizada para 14 enfermeiros da UIP. Perante os resultados obtidos no questionário de avaliação pude concluir que o meu desempenho enquanto formadora revelou-se, de uma forma geral, muito positivo e que os conteúdos transmitidos foram uma mais valia para a equipa, no que concerne ao papel do enfermeiro como um pilar na capacitação e empoderamento de conhecimentos e comportamentos dos pais relativos à prevenção da obesidade infantil. Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, deve adquirir conhecimentos e competências, capaz de promover mudanças nos comportamentos das crianças para que possam crescer e desenvolver de forma saudável, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença

A equipa também referiu que esta formação ajudou no esclarecimento das suas dúvidas e aprofundamento da temática, contribuindo desta forma para a mudança de comportamentos potenciadores de saúde, aconselhando estratégias para promover uma alimentação saudável na criança. Após a apresentação da sessão, foi apresentado o cartaz informativo á equipa, “Obesidade Infantil - Uma Epidemia do Seculo XXI”, na qual a equipa demonstrou estar bastante satisfeita com o resultado, afirmando que vai ser um suporte facilitador para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Este momento contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional por ter contribuído para a intencionalidade, da prevenção da obesidade infantil e melhoria da qualidade de vida da criança, e consequentemente menos gastos em saúde.

5. Referências Bibliográficas

- Beja, A., Ferrinho, P., Craveiro, I. (2014). *Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32 (n. °1). Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a03.pdf>
- Camara Municipal de Gondomar. (2021). *Mais Saúde para Todos: Manual de Alimentação Saudável*. 1ª Versão. Município de Gondomar. Disponível em: <https://www.cm-gondomar.pt/atividade-municipal/saude/alimentacao-saudavel/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Portugal. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Vamos por a Alimentação Saudável em Casa*. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/03/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-sauda%CC%81vel-on-em-casa.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Determinantes Relacionados com Estilos de Vida*. Disponível em: https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/03/_images_centrodocs_perfilsaude_PRSARSALG_CAPIV_det_estilos_vida_1.pdf
- Nunes, E., Breda, J. (2009). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN 972-9425-94-9
- Paes, S.T., Marins, J.C.B., Andreazzi, A.E. (2015). *Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual*. Revista Paulista de Pediatria. Associação de Pediatria de São Paulo. Edição 1, volume 33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/KFwvSFP9hsLknRMcZ77CzYB/?format=pdf&lang=pt>
- Pessoa, J. (2016). *Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos*. Temas em Saúde, Vol. 16 (2), 460-481. In Temas em Saúde. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>
- Rito, A., Sousa, R. C., Mende, S., Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2016*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa – Ministérios da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. ISBN: 978-989-8794-43-7 Disponível em:

http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4857/8/COSI%202016_V2_fev2018.pdf

- Serviço Nacional de Saúde. (2021). Obesidade Infantil. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-obesidade-infantil/>

APÊNDICE I – Cartaz Informativo: Obesidade Infantil – “Uma Epidemia do Século XXI”

OBSIDADE INFANTIL UMA EPIDEMIA DO SÉCULO XXI



Em Portugal 1 em cada 3 crianças é obesa ou tem excesso de peso



RISCOS PARA A SAÚDE

Diabetes tipo II

Doenças Cardiovasculares

Hipertensão Arterial

Colesterol

Problemas Respiratórios

COMO PREVENIR



Hábitos alimentares saudáveis faz a diferença

Dicas para uma alimentação saudável na infância

- Promover o aleitamento materno
- Fazer refeições em família
- Fazer pratos atrativos com cores, sabores e texturas diferentes
- Elogiar a criança quando consumir alimentos novos e de menor agrado
- Os alimentos não servem para castigos ou recompensas
- Não subornar a criança com doces ou outros alimentos não saudáveis
- Não se zangar com a criança por ela não comer
- Dar apenas água durante o dia e às refeições evitar sumos e refrigerantes
- Iniciar as refeições pela sopa
- Ingerir legumes diariamente ao almoço e jantar
- Reduzir o consumo de sal
- Dar prioridade às carnes brancas, sem excluir as vermelhas
- Reduzir e evitar o açúcar



Ilda de Fátima Rodrigues Paulo Pires n° 32170

Dezembro 2022

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Referências Bibliográficas:
Câmara Municipal de Gondomar. (2023). *Mane Saúde para Todos: Manual de Alimentação Saudável*. 1ª Edição. Município de Gondomar. Disponível em: <https://www.cm-gondomar.pt/atividade-municipal/saude/alimentacao-saudavel/>
Direção-Geral de Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. Portugal. Ministério da Saúde.
Direção-Geral de Saúde. (2020). *Vamos por a Alimentação Saudável em Casa*. Disponível em: <https://nutricao.pt/nutricao/vp-casavel/aplaodi/2020/05/Alimentar%20a%20CC%81sa-saud%C3%Bavel-em-casa.pdf>
Direção-Geral de Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Lisboa. Disponível em: <https://nutricao.pt/nutricao/vp-casavel/aplaodi/2019/10/Alimentar%20a%20CC%81sa-saud%C3%Bavel-dos-0-aos-6-anos-.pdf>
Preuss, J. (2016). *Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida das filhas*. *Temas em Saúde*, Vol. 16 (2), 160-161. In *Temas em Saúde*. Disponível em: <http://revistaemsaude.com/vp-casavel/aplaodi/2016/08/16226.pdf>

APÊNDICE II – Apresentação em Powerpoint da sessão de formação: Obesidade Infantil
- Promover uma Alimentação Saudável

Projeto de Intervenção
Obesidade Infantil

OBESIDADE INFANTIL

“Promover hábitos alimentares saudáveis”



CH [REDACTED]
2022

Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Enfermeira Ilda de fatima Pires
Orientadora Estágio [REDACTED]a
Docente Orientadora Professora Doutora ZaidaCharepe

OBESIDADE INFANTIL

“Promover hábitos alimentares saudáveis”

OBJETIVOS:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de uma alimentação saudável, na prevenção da obesidade infantil.
- Transmitir estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis na infância, atuando na prevenção da obesidade.
- Apresentação de um instrumento promotor da prevenção da obesidade Infantil, como meio de educação para a saúde – **Cartaz sobre a obesidade infantil.**



Obesidade Infantil

“A obesidade é a doença pediátrica mais prevalente ao nível mundial”

(Rito et al, 2017)

É considerada uma epidemia do século XXI

(Beja et al, 2014)



Obesidade Infantil

Definição

Acumulação anormal e excessiva de massa gorda corporal, com potencial impacto negativo na saúde (PNPAS, 2022).

É originada pelo desequilíbrio energético resultante de um aporte muito superior às necessidades orgânicas, num período prolongado (Beja et al, 2014)



Obesidade Infantil

Complicações

A obesidade infantil sendo uma doença crónica é um fator de risco para as doenças não transmissíveis (DNTs)

- Diabetes tipo II
- Doenças cardiovasculares
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Tumores (certos tipos)
- Problemas respiratórios
- Problemas psicossociais



Obesidade Infantil

Estudos evidenciam

Agravamento do problema na população portuguesa

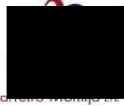


sendo a prevalência entre crianças e jovens das mais elevadas na **Europa**

1 em cada 3 crianças em Portugal tem excesso de peso



(SNS, 2021)



Obesidade Infantil

Números em Portugal (relatório da COSI, 2019)

Em Portugal a obesidade infantil atinge proporções elevada

| Ano | 2008 | 2019 |
|-----------------|-------|-------|
| Obesidade | 15,3% | 11,9% |
| Excesso de Peso | 37,9% | 29,6% |

Foi possível travar-se o crescimento do excesso de peso e obesidade .

(SNS, 2021)



Obesidade Infantil

- Cerca de 55,0% das crianças com obesidade tornam-se adolescentes com a mesma condição e cerca de 80,0% destes adolescentes serão adultos obesos, reduzindo a média da idade do aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis (DNTs).
- Com o crescimento desta problemática em idades infantojuvenis e pela maior facilidade na introdução de mudança nos seus comportamentos, torna-se prioritário atuar junto desta faixa etária.
- A melhor maneira de se combater a obesidade infantil é por meio da prevenção, conscientizando, não somente os adultos, mas educando as crianças para a prática de hábitos alimentares saudáveis (Pessoa, 2016).



Obesidade Infantil

- É na infância que se moldam os gostos e preferências alimentares e que se programa a sua saúde futura. Durante este período da vida, os pais/família são os modelos que as crianças tendem a imitar.
- De um modo geral, quando os pais têm hábitos alimentares saudáveis, o filho também os tem (DGS, 2020).
- Os pais podem e devem proporcionar e influenciar às crianças, uma alimentação saudável (Pessoa, 2016).
- Um dos **fatores responsáveis** pelo aparecimento da obesidade infantil, tem sido a influencia dos pais sobre ao hábitos alimentares na criança (Pessoa, 2016).



Obesidade Infantil

Papel do EESIP

- **O EESIP** tem um papel importante nas orientações destinadas aos pais/família, na prevenção da obesidade infantil, uma vez que a família tem um papel determinante na prevenção da obesidade, e representa um modelo para os filhos.
- **O EESIP** deve capacitar os pais para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, não esquecendo a importância da atividade física.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL Prevenção da Obesidade Infantil

Deve seguir os princípios da roda dos alimentos

↪ **COMPLETA** - Comer alimentos de todos os grupos da Roda dos Alimentos

↪ **EQUILIBRADA** – Respeitar as porções diárias recomendadas. Comer mais alimentos dos grupos maiores e menos dos grupos mais pequenos

↪ **VARIADA** – Variar dentro de cada grupo



RODA DOS ALIMENTOS Transmite as orientações para uma alimentação saudável



RODA DOS ALIMENTOS

1 – Cereais e derivados, tubérculos (4 a 11 porções/dia)

Representa 28%



- São a principal fonte de energia (hidratos de carbono). Devem ser consumidos a todas as refeições;
- Entre outros surge o arroz, massa, batata, pão, milho, trigo, aveia e centeio;
- É o grupo cuja proporção de ingestão deverá ser superior aos outros grupos.

RODA DOS ALIMENTOS

2 – Hortícolas (3 a 5 porções/dia)

Representa 23%



- É o segundo maior grupo de alimentos da roda;
- São ricos em fibras, essenciais para o bom funcionamento do intestino, vitaminas e minerais;
- Entre outros surge a abóbora, cenoura, alface, brócolos, tomate e cebola.

RODA DOS ALIMENTOS

3 – Fruta (3 a 5 porções/dia)

Representa 20%

- Fornecem vitaminas, fibras, minerais e água;
- Reforçam o sistema imunitário;
- Importante fonte de antioxidantes ;
- 1 porção corresponde a uma peça de fruta sem casca ou caroço.



RODA DOS ALIMENTOS

4 – Lactínios (2 a 3 porções/dia)

Representa 18%

- 1 porção corresponde a: 1/2 chávena almoçadeira de leite ou 1 iogurte solido;
- Fornecem proteínas, vitaminas e cálcio, essencial para os ossos e dentes saudáveis ;
- Fazem parte deste grupo, o leite, o iogurte e o queijo.



RODA DOS ALIMENTOS

5 – Carnes, peixe e ovos (1,5 a 4,5 porções/dia)

Representa 5%



- Ricos em vitaminas, ferro e proteínas animais, fundamentais para os músculos, ossos, pele e cabelo saudáveis;
- Porção = um ovo ou carnes/peixe cozinhados livres de peles, osso ou espinhas (25 g);
- Dar preferência às carnes de aves ou coelho (“brancas”), embora não devam ser excluídas as carnes “vermelhas” (vaca e porco);
- O peixe deve ser consumido regularmente. É uma boa fonte de iodo e de ácidos gordos.

RODA DOS ALIMENTOS

6 – Leguminosas (1 a 2 porções/dia)

Representa 4%



- São ricas em hidratos de carbono, proteínas, alguns minerais (como o cálcio e o ferro), vitaminas e fibras;
- Fazem parte deste grupo as ervilhas, favas, grão-de-bico, soja, feijão, lentilhas.

RODA DOS ALIMENTOS

7 – Gorduras e óleos (1 a 3 porções/dia)

Representa 2%



- Fornecem essencialmente gorduras e algumas vitaminas;
- 1 porção = 1 colher de sopa de azeite/óleo ou 1 colher de sobremesa de manteiga;
- O azeite é a gordura mais saudável presente neste grupo;
- Deverão ser ingeridos em menor quantidade ao longo do dia. São eles o azeite, óleos, banha, manteiga, natas e margarinas.

RODA DOS ALIMENTOS

8 – Água



- Encontra-se representada no centro da roda;
- Está presente em todos os alimentos e é indispensável para o bom funcionamento do organismo;
- As crianças devem ingerir uma quantidade adequada de água diariamente, variando entre os 0,6 litros no primeiro ano de vida e 1,8 – 2,6 litros na adolescência.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Prevenção da Obesidade Infantil

As linhas orientadoras nutricionais da EFSA (European Food Safety Authority), são as mais atuais e as mais adequadas à população pediátrica portuguesa (DGS, 2019).

- ❖ O consumo de **açúcares** está totalmente contraindicado no 1º ano de vida.
- ❖ Os HC devem atingir os 45-60% do valor energético diário da criança, dos quais, os açúcares livres **não devem exceder os 5%**, preferencialmente
- ❖ Consideram-se **açúcares livres todos os adicionados aos alimentos e bebidas** e os açúcares naturalmente presentes em alimentos, tais como o mel, xaropes e sumos de fruta.
- ❖ **Sumos e refrigerantes não devem fazer parte das opções de bebidas**, uma vez que contêm açúcares livres adicionados e contribuem para a **doença hepática**, e por retirarem o apetite para os alimentos saudáveis.
- ❖ **Doces, gomas, bolos, rebuçados, chocolates, etc.**, são considerados alimentos de elevada densidade energética, tendo pouco interesse do ponto de vista nutricional. O seu consumo não é necessariamente proibido, mas deve ser restrito, apenas reservado a ocasiões especiais
- ❖ **A frutose consumida em excesso** não considerando a da fruta fresca, está relacionada à **doença hepática não alcoólica**, já em idade pediátrica



Estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis

Como promover hábitos alimentares saudáveis :

- ❑ Promover o aleitamento materno - protege contra a obesidade;
- ❑ Oferecer refeições em horários regulares para criar rotinas;
- ❑ Fazer das refeições momentos agradáveis e felizes, de preferência em família;
- ❑ Os pratos devem ser atrativos jogando com as cores sabores e texturas;
- ❑ Elogiar quando os alimentos novos e de menor agrado forem comidos;
- ❑ Incentivar a que a criança se alimente sozinha, sem pressas;
- ❑ Não se zangar com a criança por ela não comer;
- ❑ Oferecer apenas água durante o dia e às refeições, evite sumos e chás ;



Estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis

Como promover hábitos alimentares saudáveis :

- ❑ Televisão, jogos ou outras distrações não devem ocorrer durante a hora da refeição;
- ❑ Respeitar um período mínimo entre refeições para que a criança sinta fome, não exceder mais que 3 horas;
- ❑ Não substituir os alimentos da refeição por outros que sejam do seu agrado;
- ❑ Ingerir legumes diariamente ao almoço e jantar;
- ❑ Dar prioridade às carnes brancas (aves e coelho), sem excluir as vermelhas;
- ❑ Iniciar as refeições pela sopa;
- ❑ Envolver as crianças em atividades culinárias;



Estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis

Como promover hábitos alimentares saudáveis

- ❑ Os alimentos não servem para castigos ou recompensas;
- ❑ Não subornar a criança com doces ou outros alimentos, que sabe que a criança comerá;
- ❑ Reduzir e evitar o açúcar de adição e as bebidas açucaradas;
- ❑ Sumos e refrigerantes não devem fazer parte das opções de bebidas;
- ❑ Bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces devem ser restritos a ocasiões festivas;
- ❑ É importante reduzir o consumo de sal;



Estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis

Como promover hábitos alimentares saudáveis :

- Diminuir o tempo de sedentarismo (tempo de ecrã, sentado...);
- Incentivar a prática de exercício físico moderado ;
- Fazer passeios diariamente a pé com duração de pelo menos 30 minutos, é um bom exemplo de atividade física moderada e regular;
- Os pais devem participar com os filhos em atividades ao ar livre.



BIBLIOGRAFIA

- Beja, A.; Ferrinho, P.; Craveiro, I. (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal nível do planeamento estratégico. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32 (n.º1). Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpssp/v32n1/v32n1a03.pdf>
- Câmara Municipal de Gondomar. (2021). Mais Saúde para Todos: Manual de Alimentação Saudável. 1ª Versão. Município de Gondomar. Disponível em: <https://www.cm-gondomar.pt/atividade-municipal/saude/alimentacao-saudavel/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional para a promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. Portugal Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Vamos por a Alimentação Saudável em Casa. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/03/Alimentacao%CC%A7a%CC%83o-saudavel-on-em-casa.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Disponível em: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentacao%CC%A7a%CC%83o-saudavel-dos-0-aos-6-anos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Determinantes Relacionados com Estilos de Vida. Disponível em: https://www.arsalgarvem-in-saude.pt/wp-content/uploads/2013/03/imagens-centrodocs_perfil_saude_PRARSALG_CAPIV_det_estilos_vil.pdf
- Nunes, E.; Breda, J. (2009). Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância. Lisboa Direção Geral da Saúde. ISBN 972-9425-94-9
- Paes, S.T.; Marins, J.C.B.; Andreazzi, A.E. (2015). Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual. Revista Paulista de Pediatria Associação de Pediatria de São Paulo Edição 1, volume 33. Disponível em: <https://www.scielo.br/rpp/a/KFwvSF9hsLknRMcZ77CzYB/?format=pdf&lang=pt>
- Pessoa, J. (2016). Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. Temas em Saúde, Vol. 16 (2), 460-481. In Temas em Saúde. Disponível em: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>



Bc



**OBRIGADA
PELA
VOSSA
ATENÇÃO!**

APÊNDICE III – Instrumento de avaliação da qualidade da sessão de formação

Cedido gentilmente pelo Centro Hospitalar [REDACTED]

Avaliação da qualidade da formação pelo formando

Ação de formação: _____

Data de início: ___ / ___ / ___

Torna-se importante o preenchimento deste questionário a fim da qualidade e melhoria continua face à formação assistida, de modo a melhorar apresentações futuras. Para tal, pede-se a participação de todos os elementos. Os questionários são anónimos. Utilize, por favor, a escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde á pontuação mais baixa e 5 á pontuação mais elevada.

| Em que medida está a sua satisfação da ação de formação relativamente: | | | | | |
|--|--------------------|---|---|------------------|---|
| | Muito insatisfeito | | | Muito satisfeito | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Adequação das suas expetativas em relação á formação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Utilidade da formação em situação de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. organização e qualidade dos conteúdos apresentados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Aos meios audiovisuais utilizados durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. As condições da sala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. segurança e domínio da temática por parte da formadora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Metodologia utilizada durante a sessão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

