

OBESIDADE INFANTIL- CONTRIBUTOS PARA A (CO) CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM AS FAMÍLIAS

Bebiana Andreia de Freitas Lopes



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



**II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR - 2024/25
CONSÓRCIO**

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana Do Castelo

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança

Escola Superior de Saúde - Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

**Obesidade Infantil- contributos para a (co) construção de um
programa de intervenção com as famílias**

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda

Bebiana Andreia de Freitas Lopes, Aluna nº 31215

Orientadoras

Professora Doutora Catarina Alves

Professora Doutora Carminda Morais

Enfermeira Tutora

Enf.^a Especialista Mestre Vera Sousa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta tese e para a minha trajetória ao longo do mestrado.

Em primeiro lugar, às minhas orientadoras, Professora Doutora Catarina Alves e Professora Doutora Carminda Morais, pela orientação competente, pela disponibilidade constante e pelo incentivo ao pensamento crítico.

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e a todos os docentes do curso de mestrado, pelo empenho, pelos conhecimentos transmitidos e pelo exemplo profissional que contribuíram para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

Às responsáveis do Hospital da Luz Guimarães, Enf.^a Teresa Moura, Enf.^a Eva Teixeira, Enf.^a Cristina Antunes e Enf.^a Patrícia Pereira, pelo apoio incondicional, sem elas esta jornada não seria possível.

À minha tutora de estágio, Enf. Vera Sousa, e a toda a equipa da USF, pelo acolhimento generoso, pela colaboração e pelo apoio prestado ao longo deste percurso, que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Nutricionista Amélia Catarina, pela disponibilidade imediata em colaborar no projeto, por todo o profissionalismo e dedicação.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade e contribuição, sem os quais esta investigação não poderia ter sido concretizada.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional, carinho e força nos momentos mais exigentes.

Aos colegas de mestrado, pela partilha de conhecimentos, pela amizade e pelo espírito de colaboração que tornaram esta experiência mais rica e significativa.

A todos e a cada um, o meu sincero agradecimento.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, fizeram parte desta caminhada e contribuíram para a sua concretização.

PENSAMENTO

“Família é contexto natural para crescer

Família é complexidade

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo de laços afetivos

Família gera amor, gera sofrimento

Família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.”

Ana Paula Relvas.

RESUMO

Enquadramento: A obesidade infantil é um desafio de saúde pública, influenciado por fatores individuais, familiares, sociais e culturais. Os pais desempenham um papel central na promoção de estilos de vida saudáveis, sendo o enfermeiro de saúde familiar, inserido na perspetiva bioecossistémica, um facilitador estratégico na capacitação parental e na promoção da saúde familiar.

Objetivos: Identificar contributos dos pais das crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade para criação de programa de intervenção; Analisar o desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Metodologia: Estudo exploratório, de paradigma misto, fundamentado nos princípios da abordagem de Pesquisa-ação Participativa em Saúde (PaPS). A recolha de dados combinou questionários sociodemográfico e FANTÁSTICO (Silva et al, 2014) e grupos de discussão participativa. O tratamento e análise de dados foi realizado com recurso ao SPSS e análise de conteúdo. O estudo teve aprovação ética (CEHB:28_2025) e consentimento informado dos participantes.

Resultados: Participaram 3 mães de crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade. Os grupos participativos constituíram espaços de partilha, reflexão e empoderamento parental, evidenciando barreiras como influência de pares e familiares, contexto escolar e falta de tempo, mas também forças como motivação e envolvimento familiar. Emergiram estratégias práticas, ajustadas ao contexto familiar, que contribuem para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Sugerem-se estratégias potenciadoras da adesão, combinem abordagens online, gamificação intergeracional e intervenção ao nível dos multissistemas.

Conclusão: O estudo reforça a relevância de intervenções familiares, co construídas e contextualizadas, destacando o enfermeiro de saúde familiar como agente de mudança e mediador entre o saber científico e a experiência.

Palavras-chave: Obesidade infantil, excesso de peso, família, enfermagem de saúde familiar

ABSTRACT

Background: Childhood obesity is a public health challenge influenced by individual, family, social, and cultural factors. Parents play a central role in promoting healthy lifestyles, and family health nurses, working from a bioecological perspective, are strategic facilitators in parental empowerment and health promotion.

Aim: - To identify contributions from parents of children diagnosed as overweight or obese for the creation of an intervention program; - To analyze the development of skills within the scope of the Professional Internship with Final Report within the scope of the Master's Degree in Community Nursing in the Area of Family Health Nursing.

Methodology: Exploratory study, mixed paradigm, based on the principles of the Participatory Action Research in Health (PaPS) approach. Data collection combined sociodemographic and FANTÁSTICO (Silva et al., 2014) questionnaires and participatory discussion groups. Data processing and analysis were performed using SPSS and content analysis. The study was approved by the ethics committee (CEHB:28_2025) and participants provided informed consent.

Results: Three mothers of children diagnosed as overweight or obese participated. The participatory groups provided spaces for sharing, reflection, and parental empowerment, highlighting barriers such as peer and family influence, school context, and lack of time, but also strengths such as motivation and family involvement. Practical strategies emerged, tailored to the family context, which contribute to the promotion of healthy eating habits. Strategies to enhance adherence are suggested, combining online approaches, intergenerational gamification, and multisystem intervention.

Conclusion: The study reinforces the relevance of family interventions, co-constructed and contextualized, highlighting the family health nurse as an agent of change and mediator between scientific knowledge and experience.

Keywords: Childhood obesity, overweight, family, family health nursing

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACRÓNIMOS

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PAI - Plano de Acompanhamento Interno

PaPS - Pesquisa- ação Participativa em Saúde

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

SIGLAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEECAESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

IMC- Índice de Massa Corporal

MEC-AESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA.....	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE TABELAS	XI
INTRODUÇÃO.....	1
1. CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	4
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	5
1.2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	8
1.2.1. Competências Comuns	8
1.2.2. Competências Específicas	10
2. CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	14
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.2.1. Excesso de Peso e Obesidade Infantil	16
2.2.2. O Papel da Família na Prevenção e Controlo da Obesidade Infantil.....	18
2.2.3. Programas de Intervenção na Obesidade Infantil.....	20
2.2.4. O Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil.....	22
3. CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO	27
3.1. METODOLOGIA.....	28
3.1.1. Questões de Investigação.....	28
3.1.2. População e Participantes	29
3.1.3. Tipo de Estudo.....	30
3.1.4. Variáveis em Estudo	31
3.1.5. Procedimentos e Técnicas de Recolha dos Dados.....	31
3.1.6. Questões Éticas e Procedimento de Recolha de Dados.....	34
3.1.7. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados.....	36
3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37
3.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes.....	38
3.2.2. Estilos de Vida- Questionário FANTÁSTICO (pré-intervenção)	40
3.2.3. Síntese da Caracterização	41
3.2.4. Interpretação dos Resultados Qualitativos- sessões de grupo	41
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
3.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO	60
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS	72
ANEXO I- DIPLOMA DE PARTICIPAÇÃO “XVII” JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	73
ANEXO II- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “1 ST INTERNATIONAL CONGRESS FAMILY HEALTH (ICFH’25)” COM A COMUNICAÇÃO ORAL “COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR”	75
ANEXO III- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “1 ST INTERNATIONAL CONGRESS FAMILY HEALTH (ICFH’25)” COM A COMUNICAÇÃO LIVRE (POSTER) “A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO”	77
ANEXO IV- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “VI CONGRESSO INTERNACIONAL ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR” COM A COMUNICAÇÃO ORAL “SUPERVISÃO CLÍNICA-UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: SCOPING REVIEW”	79
ANEXO V- CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “VI CONGRESSO INTERNACIONAL ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR” COM A COMUNICAÇÃO ORAL “INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW”	81
ANEXO VI- QUESTIONÁRIO ESTILOS DE VIDA FANTÁSTICO (SILVA ET AL., 2014)	83
ANEXO VII- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA A UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESTILOS DE VIDA FANTÁSTICO	85
ANEXO IX- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS DE BRAGA (CEHB:28_2025)	89
APÊNDICES	96
APÊNDICE I- MANUAL DE APOIO AO CUIDADO DE PESSOA DEPENDENTE	97
APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PAIS	116
APÊNDICE III- FOLHETO INFORMATIVO E CONSENTIMENTO INFORMADO	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide etária da população inscrita na USF	6
---	---

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	39
Tabela 2- Questionário Estilos de Vida FANTÁSTICO dos participantes (n=3)	40
Tabela 3- Análise da 1ª Sessão de grupo	42
Tabela 4- Análise 2ª Sessão	49
Tabela 5- Análise das duas sessões	53

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do II Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar (MEC-AESF) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. A sua elaboração tem como objetivos descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, relacionar as competências adquiridas com os referenciais teóricos e normativos definidos pela Ordem dos Enfermeiros com vista a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF), uma vez concluído o curso, refletir sobre os desafios e aprendizagens no percurso de especialização, divulgar a investigação científica realizada na área da Enfermagem de Saúde Familiar e cumprir os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar.

O estágio decorreu entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, inserindo-se no 1.º semestre do 2.º ano do curso, e constituiu um momento essencial para a aquisição e consolidação de competências através da prática clínica. Esta experiência totalizou 810 horas, das quais 600 horas foram de contacto, nomeadamente 390 horas de estágio, 210 horas para a elaboração do Relatório Final e 210 horas de trabalho autónomo. O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final realiza-se em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sob orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária ou Enfermagem de Saúde Familiar, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e com grau de mestre. Por esse motivo o estágio decorreu numa USF, inserida na Unidade Local de Saúde (ULS) de Braga.

Este relatório apresenta o resultado das atividades desenvolvidas no contexto de estágio, bem como da investigação produzida: “*Obesidade infantil – contributos para a (co) construção de um programa de intervenção com as famílias*” - temática que emergiu da relevância do papel da família na promoção da saúde infantil e da necessidade de intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar na prevenção e gestão do excesso de peso e obesidade. Esta problemática assume um carácter crescente na saúde pública,

justificando a criação de estratégias educativas e preventivas para capacitar os pais/família no processo de mudança comportamental das crianças. Deste modo, surge o estudo empírico associado ao estágio, para o qual foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais os contributos dos pais para a construção de um programa de intervenção no combate ao excesso de peso ou obesidade dos seus filhos?”.

No âmbito da problemática em estudo e indo de encontro à questão de investigação, a principal finalidade do estudo consiste em identificar os contributos dos pais para a co- construção de um programa de intervenção que vise prevenir e reduzir o excesso de peso e a obesidade infantil, valorizando as suas perceções, experiências e estratégias familiares, de forma a desenvolver uma intervenção contextualizada, participativa e ajustada à realidade das famílias.

A formação do EEECAESF, de acordo com o Regulamento nº 428/2018, destaca a importância do enfermeiro como profissional de referência que cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família. Como afirma Figueiredo (2023), “a consolidação de uma prática centrada no sistema familiar requer o entendimento da família como unidade em transformação através de um paradigma integrativo que possibilite a compreensão da sua complexidade e multidimensionalidade, num contexto de historicidade e contextual” (p. XIX). Nesse sentido, este estágio tornou-se fundamental para a consolidação e aquisição de conhecimentos, partilha de experiências e o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes a este perfil profissional.

De forma a obter um trabalho claro e sucinto, o presente Relatório de Estágio encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo centra-se na contextualização do campo de estágio e análise critico-reflexiva do desenvolvimento das competências adquiridas, com base na matriz de competências da Ordem dos Enfermeiros. O segundo capítulo aborda o enquadramento conceptual, contextualizando a problemática da obesidade infantil, o papel dos pais, programas de intervenção na obesidade infantil e o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar. O terceiro capítulo diz respeito ao estudo empírico *per si*, incluindo a metodologia, objetivos, a questão de investigação, as variáveis, a população estudada e os critérios de inclusão/exclusão. São ainda apresentados os instrumentos de recolha e análise de dados, o desenho de investigação e as considerações éticas. O capítulo finaliza com a apresentação dos resultados obtidos e a sua discussão. Por fim, é apresentada uma síntese das principais aprendizagens e

implicações da investigação, destacando os contributos do estágio para a prática clínica e para o desenvolvimento profissional como EEECAESF.

1. CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como objetivo apresentar uma análise e reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências ao longo do período de estágio. Inicia-se com a contextualização do campo de estágio, destacando as suas principais características, dinâmicas e contributos para o processo formativo. Seguidamente, é feita uma reflexão sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas, evidenciando o modo como as experiências práticas permitiram consolidar conhecimentos, aperfeiçoar capacidades e promover o crescimento pessoal e profissional.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Estágio Clínico, inserido no 2º ano do curso de MEC-AESF decorreu ao longo do período compreendido entre outubro de 2024 e março de 2025, resultando num total de 810 horas (incluindo trabalho autónomo), tendo sido realizado numa USF localizada no centro da cidade de Braga, que iniciou a sua atividade a 23 de março de 2009, sendo que desde julho de 2010, passou a funcionar como modelo B. Desde janeiro de 2024, encontra-se integrada na ULS de Braga, após a implementação do Decreto-Lei n.º 102/2003 de 7 de novembro de 2023. A ULS de Braga, integra vinte e nove USF, duas UCSP, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e oito Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (SNS, 2025).

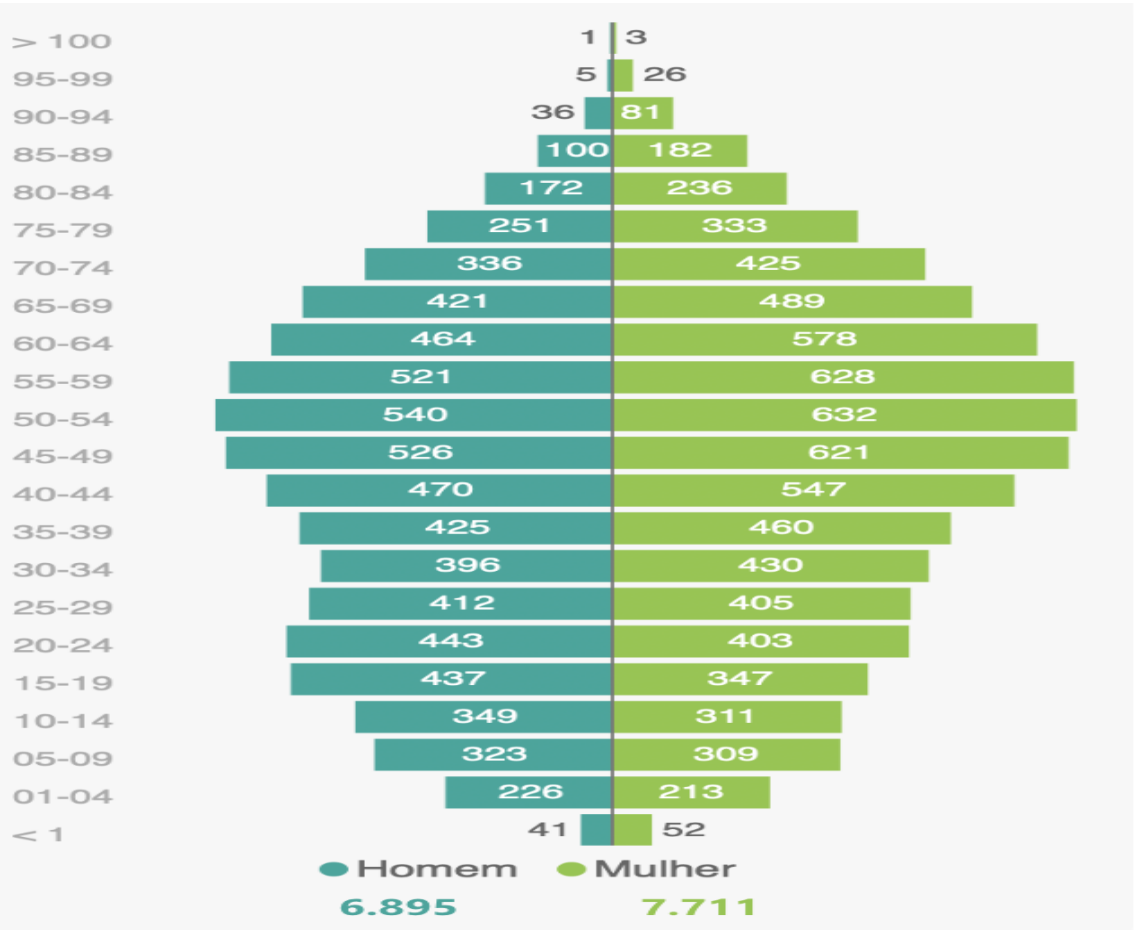
A missão da equipa desta USF centra-se na prestação de serviços personalizados e de qualidade às pessoas/família assegurando a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados prestados. No que concerne à visão, pretende atingir elevados graus de satisfação dos utentes e profissionais, sendo uma referência na qualidade de prestação de cuidados de saúde, não descurando também o papel de excelência que pretende desempenhar na formação de profissionais de saúde. Os valores que regem esta USF, passam pelo profissionalismo, a eficiência, a qualidade, a disponibilidade, a dedicação, a ética, a lealdade, a solidariedade, a humildade e a inovação (Costa & Pimentel, 2024).

Na USF, o espírito de equipa é a característica que melhor os define, sendo que não existe uma hierarquia pré-estabelecida, mas sim cooperação entre os grupos profissionais, tendo cada um o mesmo direito de voto em relação às questões da USF. Assim, esta equipa é constituída por oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos, que, de modo voluntário, integram uma equipa multidisciplinar. Segundo Costa e Pimentel (2024) “esta organiza-se de acordo com o modelo organizacional de equipa de

saúde, cada uma constituída por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico” (p. 9). No que concerne à população, esta USF presta os seus serviços a inscritos residentes em várias freguesias urbanas da cidade de Braga sendo que tem 14606 utentes inscritos (18810,0 unidades ponderadas), de acordo com os dados de fevereiro de 2025, com um pequeno predomínio do sexo feminino.

A pirâmide da população (Figura. 1), da USF, tem um formato decrescente, ou seja, uma grande proporção de adultos e idosos e uma pequena proporção de jovens, sendo esta uma característica dos países desenvolvidos, consequência do aumento da esperança média de vida, da diminuição da taxa de mortalidade e da diminuição da taxa de natalidade. Assim, conforme verificamos visualmente na pirâmide os grupos etários mais representativos são dos 45-49anos, dos 50-54anos e dos 55-59 anos, embora não possamos ignorar o número de inscritos com mais de 65 anos, tendo um total de 3097 utentes, sendo que estes são os que mais necessitam de cuidados, mais acessibilidade e à partida com mais comorbilidades (Costa & Pimentel, 2024). Assim, o Índice de Dependência do Idoso atinge os 31,89%, sendo o índice de Dependência total 50,81%.

Figura 1- Pirâmide etária da população inscrita na USF



Fonte: SNS, 2025, BI-CSP

A organização desta USF é centrada no cidadão, assim, cada indivíduo inscrito tem a sua equipa de saúde e sempre que possível, os cuidados prestados devem ser realizados pelo respetivo médico e/ou enfermeiro de família. Esta unidade, funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, sendo que os cidadãos têm acesso a diferentes tipos de consulta, nomeadamente, a consulta programada, a consulta de doença aguda e a visita domiciliária, quando há incapacidade de deslocação à USF, sempre com horários previamente estabelecidos (Costa & Pimentel, 2024). A carteira básica de serviços disponibilizada pela USF abrange programas de saúde infantil e juvenil, de planeamento familiar, de saúde materna, de rastreio oncológico, de vigilância de diabéticos, de saúde do idoso e cuidados a doentes dependentes crónicos, de vacinação, de cuidados em situações de doença aguda, cuidados no domicílio e interligação e colaboração com outros serviços.

Todos os elementos da equipa, reúnem semanalmente, para discussão de aspetos funcionais da USF e para sessões formativas, sendo que uma vez por mês, cada grupo profissional reúne independentemente (reunião setorial) (Costa & Pimentel, 2024).

Assim, estas características da USF, acima descritas, e o profissionalismo e disponibilidade dos profissionais de saúde da mesma, permitiram que durante a realização do estágio, fosse possível aprofundar e consolidar o conhecimento teórico adquirido nos dois semestres anteriores do Mestrado, aplicando-o e adaptando-o à prática clínica no contexto real de prestação de cuidados através do Enfermeiro de Saúde Familiar. Desse modo foi possível desenvolver e consolidar competências inerentes ao EECAESF, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Entre as competências adquiridas, destacam-se:

- Avaliação e diagnósticos de Saúde Familiar, identificação de fatores de risco e necessidades das famílias inscritas na USF, com especial enfoque na obesidade infantil e na intervenção precoce;
- Planeamento e implementação de Intervenções de Saúde Familiar, desenvolvimento e implementação de um programa de intervenção com as famílias com diagnóstico de obesidade infantil;
- Promoção da Literacia em Saúde e capacitação das famílias, realização de atividades educativas para a promoção de estilos de vida saudáveis e reforço da parentalidade positiva no contexto da alimentação e atividade física e ainda a realização de um Manual de Apoio ao Cuidador da Pessoa Dependente (APÊNDICE I);

- Gestão e coordenação de cuidados, articulação com diferentes profissionais de saúde e serviços comunitários para uma abordagem integrada da obesidade infantil;
- Investigação e melhoria contínua da qualidade, aplicação de metodologias de investigação na avaliação do programa de intervenção, contribuindo para a produção de conhecimento científico na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

A experiência adquirida neste estágio reforçou a apropriação da importância e da responsabilidade subjacente ao papel do EECAESF na promoção da saúde e na prevenção da doença, permitindo uma abordagem holística e centrada na pessoa e na família.

1.2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O EECAESF desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, tendo a família como unidade central dos cuidados. No contexto de estágio, a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas desta especialidade foram essenciais para a consolidação de conhecimentos e para a construção de uma prática baseada na evidência. Assim, esta reflexão pretende analisar de forma crítico-reflexiva o processo de aquisição dessas competências, evidenciando o seu impacto na prática clínica e na qualidade dos cuidados prestados às famílias.

1.2.1. Competências Comuns

A aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista em Portugal é um processo contínuo e desafiante, que exige um compromisso sólido com o desenvolvimento profissional, a aprendizagem ao longo da vida e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Assim, o Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019), estabelece um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que garantem a prestação de cuidados especializados, centrados no indivíduo/família e baseados na evidência científica.

A transição de enfermeiro generalista para especialista não se limita só à aquisição de novas competências técnicas, mas também ao desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo e práticas ancoradas na ética e na experiência refletida (Schön, 1983). Neste contexto, a tomada de decisão clínica fundamentada, a capacidade de liderança e a participação ativa na gestão e implementação de projetos inovadores na prática de

enfermagem são aspetos fundamentais deste percurso. Como refere Benner (1984), o desenvolvimento de competências ocorre através da passagem por estágios sucessivos de aprendizagem, que vão do novato ao especialista, e só se consolidam pela prática e reflexão. Deste modo, este processo, enfrenta inúmeros desafios, nomeadamente na necessidade de formação contínua, na adaptação às novas exigências do sistema de saúde e na escassez de recursos em algumas áreas de especialidade.

O estágio clínico foi um meio importante para adquirir as competências pois permitiu articular a teoria com a prática, permitindo trabalhar com famílias reais em contextos reais refletindo-se em ganhos efetivos para a saúde das famílias e o crescimento enquanto profissional de saúde e futura especialista. Neste sentido, foi fundamental desenvolver uma visão holística e interdisciplinar, em colaboração com outros profissionais de saúde, promovendo, assim, uma prática baseada, cada vez mais, na humanização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Trabalhando com pessoas e para pessoas, não podemos descurar a dimensão ética e deontológica, garantindo que este processo de especialização não se foque só na excelência técnica, mas também no respeito pela dignidade, autonomia e individualidade da pessoa/família.

Ao longo deste período em análise, tive a oportunidade de participar em diversos eventos científicos, enquanto espaços de aprendizagem ao longo da vida e de divulgação científica, os quais contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento profissional, científico e pessoal, promovendo a aquisição e o aprofundamento de competências na área da enfermagem, em particular na área da Enfermagem de Saúde Familiar, a saber:

Participação como formanda:

Nos dias 28 e 29 de novembro de 2024, participei nas “XVII Jornadas Internacionais de Saúde Materna e Obstetrícia- Por uma vida melhor...” (ANEXO I), que proporcionaram uma reflexão aprofundada sobre a importância dos cuidados maternos e obstétricos centrados na pessoa e na família, reforçando competências no domínio da promoção da saúde materna e da humanização dos cuidados.

Participação e divulgação científica:

Nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, participei no *1st International Congress of Family Health (ICFH'25)*, com uma comunicação oral intitulada “Comunicação entre equipas- um contributo para a enfermagem de saúde familiar” (ANEXO II), assim como uma comunicação livre (poster) subordinada ao tema “A família como unidade de cuidados: estudo de caso” (ANEXO III). Esta experiência permitiu desenvolver

competências de comunicação científica, aprofundar conhecimento sobre dinâmicas familiares e reforçar a importância da interdisciplinaridade e da colaboração entre equipas no contexto dos cuidados de saúde familiar.

Por fim, nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2025, participei no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, com duas comunicações orais, designadamente: “Supervisão Clínica - um desafio para a Enfermagem de Saúde Familiar: *Scoping Review*” (ANEXO IV) e “Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar na Transição para a Parentalidade: *Scoping Review*” (ANEXO V). Esta participação contribuiu para consolidar competências de investigação, partilha de boas práticas e reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro de saúde familiar nos processos de transição vivenciados pelas famílias.

Em suma, a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista é um processo dinâmico, que exige um compromisso contínuo com a formação, a reflexão crítica e a inovação. Para que, como especialistas, possamos desempenhar um papel diferenciador e contribuir para a evolução da profissão, é necessário dispor de condições adequadas para desenvolver e aplicar o nosso conhecimento, sempre com o objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e no bem-estar das pessoas.

1.2.2. Competências Específicas

A integração da equipa de saúde revelou-se um fator essencial para o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar. Desde o primeiro contacto com a enfermeira tutora, foi evidente a importância de um acolhimento estruturado, que permitiu não só a adaptação ao serviço e à equipa multidisciplinar, mas também a compreensão do funcionamento da USF e das dinâmicas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta abordagem inicial facilitadora e a comunicação eficaz com os profissionais foram fundamentais para a construção de uma relação de confiança, um dos pilares do trabalho em enfermagem familiar (Wright & Leahey, 2013).

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

A prática clínica desenvolvida ao longo do estágio permitiu a consolidação desta competência, evidenciando a importância da família enquanto unidade de cuidados. Deste

modo, a abordagem centrada na família baseia-se na compreensão da sua complexidade, reconhecendo que cada família possui características e necessidades próprias. Segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), é essencial considerar três dimensões no cuidado, nomeadamente, a dimensão estrutural, a desenvolvimental e a funcional:

- Dimensão estrutural: Através das visitas domiciliárias, foi possível avaliar não só a composição familiar e a sua rede de apoio, mas também os determinantes sociais que influenciam a saúde da família. O contacto direto no domicílio permitiu uma avaliação mais realista e individualizada, promovendo uma relação de proximidade e de confiança;
- Dimensão desenvolvimental: O acompanhamento da família em diferentes fases do ciclo vital evidenciou a importância da adaptação dos cuidados à realidade e às necessidades específicas de cada etapa. No caso do puerpério, por exemplo, foi possível perceber as dificuldades que as famílias enfrentam no regresso a casa, destacando a necessidade de reforço do acompanhamento nos primeiros dias de vida do recém-nascido;
- Dimensão funcional: O desenvolvimento de competências comunicacionais, como a escuta ativa e a leitura da comunicação verbal e não verbal, foi crucial para estabelecer uma relação terapêutica com os utentes. A empatia e a adaptação da linguagem ao contexto familiar facilitaram a adesão às orientações e aos planos de cuidados estabelecidos.

A abordagem holística e preventiva adotada ao longo do estágio reforçou a necessidade de uma prática baseada na evidência, que exige um compromisso contínuo de atualização profissional e adaptação às mudanças sociais e culturais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1.2.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O trabalho em equipa revelou-se um pilar fundamental nos CSP, sendo evidente a necessidade de colaboração entre os diferentes profissionais para garantir um cuidado integral e eficaz. A articulação com a equipa multidisciplinar permitiu compreender a complexidade da gestão dos cuidados em saúde familiar, reforçando a necessidade de competências de liderança e de organização.

No que diz respeito à gestão do tempo e dos recursos, a limitação do tempo disponível para cada consulta exigiu a adoção de estratégias para otimizar a prestação de cuidados sem comprometer a qualidade dos mesmos. A organização prévia das consultas e a definição de objetivos claros foram fundamentais para superar esta dificuldade. A dificuldade inicial na utilização do SClínico evidenciou a importância da literacia digital e da segurança da informação na prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A adaptação a este sistema exigiu um esforço adicional, mas permitiu perceber a sua relevância para o registo e continuidade dos cuidados prestados.

A participação em consultas e programas de saúde, como a vigilância infantil, o planeamento familiar e o acompanhamento de pessoas com doença crónica e suas famílias, permitiu desenvolver competências na intervenção a diferentes níveis de prevenção. Apesar das limitações organizacionais, foi possível integrar estratégias educativas que promovem hábitos saudáveis e previnem complicações futuras.

A realização deste estágio clínico foi uma oportunidade essencial para desenvolver competências na abordagem centrada na família, compreendendo a sua complexidade e a importância da personalização dos cuidados. A experiência reforçou a necessidade de um compromisso contínuo com a formação e a atualização profissional, garantindo uma prática baseada na evidência e adaptada às necessidades reais das famílias.

O estágio permitiu ainda uma reflexão crítica sobre a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, evidenciando a importância da continuidade dos cuidados e do acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital. Como futura EEECAESF, reconheço a necessidade de uma maior valorização dos cuidados comunitários, promovendo estratégias que melhorem a qualidade da assistência prestada às famílias e contribuam para a sua autonomia e bem-estar.

2. CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como finalidade enquadrar conceptualmente o tema em estudo, apresentando os principais fundamentos teóricos que sustentam a sua análise.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A obesidade infantil atinge uma dimensão tão avassaladora, que a Organização Mundial da Saúde considera o problema como um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI. De acordo com os dados do *Childhood Obesity Surveillance Iniciativa COSI* da OMS/Europa de 2021/2022, em Portugal a prevalência de excesso de peso foi de 31,9% e destes 13,5% apresentavam obesidade infantil.

A família desempenha um papel determinante na prevenção desta doença, na medida em que os pais são considerados os primeiros educadores nutricionais, conseguindo interferir nas escolhas alimentares das crianças assim como nos seus hábitos alimentares (Pinho, 2019). Os primeiros anos de vida da criança são, então, fundamentais para o desenvolvimento dos seus hábitos alimentares, que irão persistir na vida adulta. Deste modo, os pais têm um papel fundamental na construção dos hábitos alimentares das crianças, nomeadamente através das próprias práticas alimentares (João, 2020).

O desenvolvimento de intervenções baseadas na família, é fulcral na prevenção e tratamento da obesidade infantil (Pinho, 2019). Deste modo, o enfermeiro de saúde familiar assume um papel preponderante no seguimento das famílias e das crianças com esta condição.

Neste sentido, pela importância atribuída a esta condição e desconhecendo-se o verdadeiro ponto de situação ou prevalência de obesidade e excesso de peso na população da ULS de Braga, foi elaborado no ano de 2023, na USF, um Plano de Acompanhamento Interno (PAI), que pretendia avaliar a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças que completaram 8 anos no referido ano (crianças nascidas em 2015).

Este PAI permitiu avaliar 114 crianças (encontravam-se inscritas nesta USF 118 crianças, nascidas entre 1/01/2015 e 31/12/2015, das quais 4 foram excluídas por se encontrarem emigradas e não frequentadoras). Assim, na avaliação inicial, constataram que das 114 crianças em estudo a prevalência de obesidade foi de 16,7% (19 crianças) e

excesso de peso 18,4% (21 crianças), merecendo estes resultados especial atenção para a intervenção. Com o diagnóstico de situação elaborado pela unidade e a vontade da equipa em intervir, pretendeu-se recorrer à Pesquisa- ação Participativa em Saúde (PaPS) para, num trabalho com as famílias, com foco nas suas forças, encontrar novas formas de conhecimento e ação coletiva proporcionando uma mudança positiva nas mesmas (ICPHR, 2013).

Neste sentido, partiu-se da seguinte questão de investigação: “Quais os contributos dos pais para a construção de um programa de intervenção no combate ao excesso de peso ou obesidade dos seus filhos?”.

Em alinhamento com a questão definiu-se o objetivo geral do estudo:

- Identificar contributos dos pais das crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade para criação de programa de intervenção.

E os respetivos objetivos específicos:

- Caracterizar estilos de vida dos pais;
- Analisar a perceção dos pais relativamente ao diagnóstico de excesso de peso ou obesidade dos seus filhos;
- Identificar as principais forças e dificuldades enfrentadas pelos pais na implementação de hábitos de vida saudáveis;
- Conhecer as principais estratégias identificadas pelos pais no combate ao excesso de peso ou obesidade dos seus filhos.

Neste capítulo são definidos os meios e procedimentos utilizados para a realização deste estudo, de forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos previamente estabelecidos. Para isso serão apresentados e discutidos os resultados e as principais conclusões que emergiram. Deste modo, após realizada a contextualização e o enquadramento teórico do estudo segue-se: o tipo de estudo, os objetivos e as variáveis, a população e participantes em estudo, os procedimentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos éticos e de análise de dados. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, finalizando com as principais conclusões que surgiram deste estudo.

2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é uma etapa essencial no desenvolvimento de um projeto de investigação, pois permite situar o problema de pesquisa dentro de um corpo de conhecimentos já existente, fundamentando a relevância do estudo. De acordo com Fortin (2009), o enquadramento teórico consiste na seleção e organização de conceitos e teorias que sustentam o problema investigado, permitindo ao investigador construir uma visão estruturada e coerente da temática. Ao apoiar-se em teorias reconhecidas, o investigador consegue estabelecer hipótese fundamentadas, orientar a recolha de dados e interpretar os resultados de forma crítica e informada. Assim, o enquadramento teórico não apenas contextualiza o estudo, mas também contribui para a sua validade científica e rigor metodológico.

Neste sentido, de forma a construir o enquadramento conceptual no âmbito da problemática, serão abordadas neste capítulo: Excesso de Peso e Obesidade Infantil, a família como unidade de cuidados, programas de intervenção de combate à obesidade infantil e por fim o papel do enfermeiro de saúde familiar no combate a esta problemática.

2.2.1. Excesso de Peso e Obesidade Infantil

A obesidade infantil constitui uma das principais preocupações de saúde pública no século XXI, sendo considerada uma “epidemia silenciosa”, que afeta milhões de crianças em idade precoce, com repercussões a curto, médio e longo prazo (*World Health Organization* (WHO), 2023).

De acordo com a OMS, a obesidade infantil é definida como uma acumulação excessiva de gordura corporal que pode comprometer a saúde da criança, sendo diagnosticada através do Índice de Massa Corporal (IMC) ajustado à idade e ao sexo, com base em curvas de crescimento específicas. Considera-se excesso de peso quando o IMC está acima do percentil 85 e obesidade quando se encontra acima do percentil 95 (WHO, 2006).

A prevalência de obesidade infantil tem vindo a aumentar de forma significativa nas últimas décadas. Em Portugal, os dados do COSI Portugal 2022 (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*) revelam que cerca de 29,7% das crianças entre os 6 e os 8 anos apresentam excesso de peso, dos quais 12, 1% se enquadram na categoria de obesidade, com uma ligeira tendência de estabilização, mas ainda com valores elevados face ao desejado (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), 2022).

A obesidade infantil é um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais. Entre os principais fatores de risco destacam-se os hábitos alimentares inadequados, a prática insuficiente de atividade física, o tempo excessivo em comportamentos sedentários (como o uso prolongado de ecrãs), e o contexto familiar e socioeconómico (Monteiro et al., 2019; Lobstein et al., 2015). Além disso, o ambiente obesogénico, caracterizado pela fácil disponibilidade de alimentos hipercalóricos e pela redução das oportunidades para a atividade física, contribui de forma significativa para a sua prevalência (Swinburn et al., 2011). Importa salientar que a obesidade na infância tende a persistir ao longo do ciclo de vida. Estudos indicam que uma criança obesa tem entre 60% a 80% de probabilidade de permanecer obesa na vida adulta, especialmente quando existe histórico familiar (Simmond et al., 2016). Esta continuidade está fortemente associada ao desenvolvimento precoce de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes tipo 2, a hipertensão arterial, a dislipidemia, doenças cardiovasculares e esteatose hepática não alcoólica (Reilly & Kelly, 2011; WHO, 2023).

A obesidade infantil tem implicações significativas e duradouras na saúde física, emocional e social da criança, representando um fator de risco importante para a morbilidade a curto, médio e longo prazo. As consequências ultrapassam o plano individual, repercutindo-se também ao nível familiar, comunitário e nos sistemas de saúde, dada a crescente necessidade de recursos para tratar as complicações associadas.

A obesidade infantil pode também comprometer o desenvolvimento físico e motor, limitando a prática de atividade física e perpetuando um ciclo vicioso entre o sedentarismo, o ganho de peso e o isolamento social.

As consequências psicológicas da obesidade infantil são igualmente relevantes. As crianças com excesso de peso ou obesidade estão mais sujeitas a baixa autoestima, ansiedade, depressão e distúrbios da imagem corporal. Frequentemente, são alvo de estigmatização e *bullying*, tanto em contexto escolar como social, o que pode comprometer o seu bem-estar emocional e o desempenho escolar (Pont et al., 2017; Puhl & Latner, 2007). Estes fatores psicológicos podem conduzir à adoção de comportamentos de risco, incluindo restrições alimentares não saudáveis, compulsão alimentar e isolamento social, agravando ainda mais o problema de base.

Além das implicações clínicas e emocionais, os custos económicos e sociais associados à obesidade infantil são significativos. Estes incluem tanto os custos diretos, relacionados com o tratamento das comorbilidades, como os indiretos, decorrentes da

perda de produtividade e da sobrecarga dos sistemas de saúde (Withrow & Alter, 2011). Assim, torna-se imprescindível implementar estratégias de saúde pública integradas, sustentáveis e orientadas para a prevenção. Estas devem incluir a promoção de ambientes saudáveis, a educação alimentar, a regulação da publicidade dirigida ao público infantil, e a intervenção precoce com o envolvimento ativo das famílias, escolas e comunidades (Direção-Geral de Saúde, 2022; WHO, 2016).

Em suma, a obesidade infantil exige uma abordagem intersectorial e multicompetente, centrada na promoção de estilos de vida saudáveis e no combate às desigualdades sociais e estruturais que perpetuam o problema. O investimento na prevenção precoce representa não apenas um imperativo ético e clínico, mas também uma medida económica inteligente para reduzir a carga de doença futura.

2.2.2. O Papel da Família na Prevenção e Controlo da Obesidade Infantil

A família representa o primeiro e mais influente contexto de socialização da criança, sendo determinante na construção de hábitos, valores e comportamentos relacionados com a saúde (Teixeira, et al., 2023). No caso da obesidade infantil, a evidência demonstra que a família desempenha um papel central tanto na sua prevenção como na sua abordagem terapêutica, assumindo-se como uma verdadeira unidade de cuidados (WHO, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2023), a família é considerada um elemento essencial da estrutura comunitária, com um papel fundamental na promoção da saúde e no suporte aos seus membros ao longo do ciclo de vida. Na Enfermagem de saúde familiar, a família é entendida não apenas como um conjunto de indivíduos, mas como uma entidade dinâmica, com padrões próprios de funcionamento, comunicação, tomada de decisão e suporte emocional (Wright & Leahey, 2013).

A prática do enfermeiro de saúde familiar é sustentada por modelos teóricos que orientam a sua intervenção com as famílias. Um dos modelos mais utilizados é o MDAIF (Figueiredo, 2012), que considera três domínios principais, como já referido anteriormente: estrutural, quem é a família e como está organizada; desenvolvimental, que diz respeito às etapas do ciclo de vida familiar e por último a funcional, que demonstra como a família interage, comunica e toma decisões. Este modelo permite uma compreensão holística da família e a identificação de forças e vulnerabilidades que podem influenciar a saúde dos seus membros.

O modelo sistêmico ou dos sistemas, com origem nos trabalhos de Von Bertalanffy, também é referenciado na abordagem familiar, ao considerar a família como um sistema aberto e dinâmico, cujos elementos estão interligados de forma interdependente (Relvas, 2000; 2003). Qualquer alteração num dos elementos reflete-se em todo o sistema, o que reforça a importância de intervenções familiares integradas. Segundo Sampaio e Gameiro (1985), a família é “um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (pp.11-12). Para além disto, esta reconhece a família como um sistema aberto e dinâmico que de acordo com as exigências está constantemente em transformação, de forma a garantir a sobrevivência e o crescimento psicossocial dos seus membros.

A literatura evidencia que as intervenções mais eficazes na prevenção e controlo da obesidade infantil são aquelas que envolvem a família de forma ativa e estruturada (Aleid et al., 2024). As famílias funcionam como um sistema de suporte e como modelos de referência comportamental, influenciando diretamente os hábitos alimentares, a prática de atividade física e os padrões de sono das crianças (Aleid et al., 2024).

A capacitação familiar é essencial para promover a literacia em saúde, fortalecer as competências parentais e facilitar a adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis (Nutbeam, 2008). O enfermeiro de saúde familiar tem um papel central neste processo, atuando como educador, facilitador e agente de mudança, promovendo a autonomia e o empoderamento dos cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A promoção de estilos de vida saudáveis envolve a criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis, o envolvimento da criança no planeamento alimentar, e a partilha de refeições em família, o que tem demonstrado efeitos protetores face ao risco de obesidade (Gable et al., 2007).

O exemplo parental tem um peso determinante na formação de hábitos saudáveis. Pais ativos e com rotinas saudáveis tendem a influenciar positivamente os comportamentos dos filhos (Aleid et al., 2024).

A atividade física regular é igualmente essencial, não apenas para o controlo do peso corporal, mas também para o desenvolvimento motor, emocional e social da criança. As recomendações da OMS indicam que as crianças entre os 5 e os 17 anos devem praticar, no mínimo, 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a

vigorosa (WHO, 2020). A redução do tempo de ecrã, aliada a atividades em família como caminhadas ou jogos ao ar livre, é fortemente recomendada (WHO, 2020).

A literacia em saúde é definida como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, e é um preditor crítico de comportamentos saudáveis (Sørensen et al., 2012). No contexto da obesidade infantil, melhorar a literacia da criança e da família permite reconhecer comportamentos de risco, compreender os benefícios da mudança e aderir às orientações dos profissionais de saúde.

O enfermeiro de saúde familiar assume um papel pedagógico e facilitador neste processo, atuando como promotor de saúde e agente de mudança. Através da educação para a saúde, individual ou em grupo, são criadas oportunidades para sensibilizar, esclarecer dúvidas e desenvolver competências que favoreçam a adoção de hábitos saudáveis e sustentáveis.

2.2.3. Programas de Intervenção na Obesidade Infantil

Os programas de intervenção na obesidade infantil têm evoluído para abordagens cada vez mais integradas, centradas na criança e na família, e sustentadas em práticas baseadas na evidência científica. A eficácia destes programas depende da articulação entre múltiplos níveis de intervenção, individual, familiar, escolar, comunitário e político, e a inclusão ativa das famílias no processo de mudança (Aleid et al., 2024; WHO, 2016).

A obesidade infantil é uma condição multifatorial, pelo que a sua abordagem deve ser multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, educação física e serviço social. Esta colaboração permite uma resposta mais eficaz, ajustada às necessidades da criança e da família (Skelton et al., 2012). Deste modo, os programas mais eficazes combinam: intervenções comportamentais (mudança de hábitos alimentares e de atividade física); aconselhamento nutricional; apoio psicológico e emocional e envolvimento da escola e da comunidade (Bleich et al., 2013).

Existem diversos programas internacionais e nacionais com resultados positivos no controlo da obesidade infantil. Alguns exemplos incluem: “*Shape Up-Europe*”: um programa europeu que promove a saúde nas escolas, com foco na participação de alunos e na colaboração entre escolas, famílias e comunidade; “*COSI Portugal*” (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*): iniciativa do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que não só monitoriza a prevalência da obesidade, mas também apoia a

implementação de estratégias de intervenção baseadas em dados (INSA,2022); “MEND” (*Mind, Exercise, Nutricion... Do it!*): programa britânico que combina exercício físico, educação nutricional e apoio psicológico, com resultados positivos na melhoria do estilo de vida e autoestima das crianças (Sacher et al., 2010).

Estes programas reforçam a importância de intervenções continuadas, contextualizadas e (co) construídas com os principais atores do processo: as crianças, as famílias e os profissionais de saúde.

A complexidade da obesidade infantil exige estratégias de intervenção que não sejam apenas prescritas, mas sim construídas em conjunto com as famílias. A (co)construção de programas implica um modelo participativo, onde os profissionais de saúde e as famílias assumem papéis ativos e complementares, promovendo a corresponsabilidade, o empoderamento e a sustentabilidade das mudanças (Nutbeam, 2008).

O planeamento participativo permite às famílias identificar os fatores que influenciam os seus comportamentos, priorizar problemas e encontrar soluções adequadas ao seu contexto. Este processo pode incluir: sessões de escuta ativa e diálogo; questionários ou entrevistas para levantamento de necessidades; atividades de grupo (por exemplo, workshops de culinária, sessões de atividade física em família) e definição conjunta de objetivos e estratégias de mudança promovem maior adesão e sentido de pertença.

O papel do profissional de saúde, nomeadamente, do enfermeiro de saúde familiar é o de facilitador do processo, criando um espaço seguro, sem julgamentos, onde a partilha é valorizada e as decisões dão tomadas em conjunto (Wright & Lealey, 2013). Para além da sua intervenção clínica, assume também funções pedagógicas e de advocacia em saúde, promovendo literacia e capacitação dos cuidadores (Sørensen et al., 2012).

A evidência demonstra que programas (co)construídos com as famílias têm maior adesão e melhor sustentabilidade a longo prazo, aumentam a motivação e o sentido de compromisso dos participantes, permitem intervenções mais ajustadas à realidade familiar, melhorando a eficácia, promovem a capacitação das famílias para a manutenção de hábitos saudáveis, mesmo após o fim da intervenção. Além disso, contribuem para o reforço das competências parentais, para a autonomia das famílias e para a redução das desigualdades em saúde (Faith et al., 2012; WHO, 2016). Assim, a (co) construção de programas de intervenção em obesidade infantil representa não só uma estratégia eficaz,

como também uma abordagem ética e humanizada, que respeita a dignidade e o protagonismo das famílias.

2.2.4. O Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil

O enfermeiro de saúde familiar ocupa um papel central nos cuidados de saúde primários, especialmente na promoção da saúde infantil e na prevenção da obesidade. A sua intervenção dirige-se não apenas à criança, mas também à família enquanto unidade de cuidados, reconhecendo o seu papel determinante no processo saúde/doença ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A prática de Enfermagem de Saúde Familiar assenta numa perspetiva sistémica e integradora, emergindo da confluência de três áreas do conhecimento: as ciências sociais, que analisam o funcionamento e as dinâmicas familiares; a terapia familiar, que promove uma abordagem centrada nas forças da família; e as ciências de enfermagem, que refletem os valores, teorias e conceções próprias da profissão (Wright & Leahey, 2012). Esta união sustenta uma prática centrada tanto nos sistemas individuais como no sistema familiar, valorizando as interações e reciprocidades entre os seus membros (Friedman, 1998).

A Enfermagem de Saúde Familiar é entendida como o cuidado das necessidades de saúde das famílias dentro do raio de ação da prática de enfermagem. Essa atuação pode ter como foco a família como contexto, como unidade, como sistema ou como parte integrante da sociedade (Hanson, 2005). Nesse enquadramento, os cuidados são prestados de forma continuada e personalizada, promovendo a autonomia e a capacitação da família em gerir os seus próprios processos de saúde (Henessy & Gladin, 2006).

A intervenção do enfermeiro de saúde familiar é, assim, orientada para o empoderamento da família, valorizando os seus pontos fortes e promovendo o seu crescimento e desenvolvimento. O objetivo passa pela capacitação da família e pelo desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável face às constantes mudanças ao longo do ciclo de vida (Figueiredo, 2009).

A experiência adquirida no contacto direto com as famílias evidencia que o enfermeiro de saúde familiar se assume como facilitador ativo na promoção da saúde e prevenção da doença, de acordo com as competências avançadas da *International Family Nursing Association* (IFNA, 2017). Estas competências incluem: a prática baseada na evidência, a comunicação terapêutica, a avaliação das necessidades familiares, a liderança

e a colaboração interdisciplinar. Assim, o enfermeiro de saúde familiar atua promovendo a capacitação das famílias, fortalecendo recursos internos e externos, e orientando decisões informadas ao longo do ciclo vital.

Desta forma, a aplicação dos princípios da PaPS oferece uma abordagem estruturada para que o enfermeiro possa atuar como mediador e parceiro das famílias, promovendo a co construção de estratégias de intervenção. Através da PaPS, o enfermeiro valoriza os saberes, experiências e necessidades das famílias, contribuindo para a implementação de soluções contextualizadas e socialmente relevantes, enquanto garante a validade científica do processo de investigação (ICPHR, 2013). Esta abordagem evidencia como o enfermeiro de saúde familiar pode integrar prática clínica, educação para a saúde e investigação participativa, reforçando o seu papel na transformação de hábitos e promoção do bem-estar familiar.

No contexto da prevenção da obesidade infantil, o enfermeiro de saúde familiar destaca-se pelo seu papel educativo, de acompanhamento e de intervenção precoce. O acompanhamento da criança, por parte do enfermeiro de saúde familiar, inicia-se idealmente na fase pré-concepcional e estende-se até à adolescência. Durante este processo, o enfermeiro de saúde familiar estribado na perspectiva sistémica, assegura a capacitação dos pais com vista a tomadas de decisão informadas, nomeadamente no que se refere às dinâmicas familiares, ao desenvolvimento psicoafectivo e socio relacional do sistema familiar e à identificação de recursos endógenos e exógenos a mobilizar em contexto de crise e de gestão do stresse. Assegura, também, a vigilância contínua do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como da adoção de hábitos de vida promotores de saúde. A vigilância regular facilita a identificação precoce de sinais de risco para a obesidade, permitindo atuação atempada junto das famílias. Este acompanhamento possibilita ainda o aconselhamento aos pais sobre práticas protetoras, como o aleitamento materno exclusivo, a alimentação equilibrada e a prática de atividade física (Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária, s.d.).

A sua intervenção não se restringe apenas ao contexto da consulta, mas também através de visitas domiciliárias e da intervenção em diversos *settings*, com recurso a estratégias diversificadas, designadamente sessões educativas em grupo e articulação com instituições escolares e comunitárias, fortalecendo a rede de suporte à criança ao sistema familiar. A abordagem sistémica e colaborativa preconizada por Bronfenbrenner (1996), permite reforçar a relação de confiança e o vínculo terapêutico com a família, permitindo (co)construir as intervenções mais adequadas à realidade sociocultural de cada agregado

familiar. Assim, a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1996) oferece um enquadramento conceptual poderoso para compreender as múltiplas influências sobre o desenvolvimento infantil e o risco de obesidade, reforçando a sua relevância para a intervenção em saúde familiar. Estudos recentes sublinham a importância de intervenções que abordem simultaneamente os contextos mais próximos da criança (família e escola), os sistemas comunitários e as políticas públicas (mesossistema, exossistema e macrossistema), produzindo mudanças mais sustentáveis em comportamentos de alimentação e atividade física (Wills-Ibarra et al., 2024).

Um estudo aplicado à pediatria analisou fatores associados ao crescimento linear infantil segundo os subsistemas da teoria bioecológica, demonstrando que cada nível- desde as interações familiares diretas até às condições socioambientais mais amplas- exerce uma influência significativa no desenvolvimento físico da criança (Veiga, Silva & Padilha, 2022). Revisões recentes sobre obesidade infantil reforçam que o ambiente exerce um papel crucial na etiologia desse problema, incluindo dieta, sedentarismo, políticas alimentares e desigualdades socioeconómicas- dimensões enquadradas nos níveis exossistémico e macrossistémico do modelo de Bronfenbrenner (Sarni, Kochi & Suano- Souza, 2021).

Dessa forma, o enfermeiro de saúde familiar pode aplicar a teoria bioecológica de forma sistémica:

- Microsistema: avaliação das interações próximas da criança, práticas alimentares no lar e rotinas de atividade física;
- Mesossistema: articulação da família com escola e comunidade, promovendo programas educativos e clubes de atividade física;
- Exossistema: identificação de barreiras comunitárias, como falta de espaços de recreação ou acesso limitado a alimentos saudáveis;
- Macrossistema: análise de valores culturais, normas sociais e políticas locais que influenciam comportamentos de saúde.

Com base nesta avaliação, o enfermeiro de saúde familiar pode desenvolver intervenções multicompetentes, incluindo:

- Sessões educativas familiares sobre nutrição saudável, planeamento de refeições e atividade física (microsistema);
- Parcerias com escolas e serviços comunitários para programas de promoção da saúde (mesossistema);

- Atuação local na promoção de políticas públicas que favoreçam ambientes alimentares saudáveis e a disponibilidades de espaços seguros para a atividade lúdica e física das crianças (macrossistema);
- Empoderamento familiar com comunicação adaptada, co definição de objetivos e reforço de recursos locais.

A monitorização pode ser realizada através de indicadores de processo (participação familiar e articulação comunitária), resultados (mudanças de hábitos alimentares e literacia em saúde) e impacto (redução do risco de obesidade a longo prazo), seguindo evidências recentes que destacam a eficácia de intervenções que respeitam a complexidade ecológica (Wills-Ibarra et al., 2024).

Revisões recentes reforçam a importância de intervenções estruturadas nos cuidados de saúde primários, que envolvam avaliação nutricional, educação para a saúde, uso de tecnologias digitais e estratégias motivacionais como o *coaching* em saúde (Rebello, Santos & Costa, 2023). Estas abordagens visam promover a literacia em saúde e facilitar mudanças de comportamentos sustentadas. Assim, o enfermeiro de saúde familiar assume também o papel de educador em saúde. Promove a literacia em saúde através de estratégias de comunicação eficazes, adaptando a linguagem ao nível de compreensão dos indivíduos e construindo um ambiente baseado na confiança e no respeito mútuo (IFNA, 2017). Essa função educativa é particularmente relevante na prevenção da obesidade infantil, ao facilitar a compreensão dos fatores de risco e a adesão a comportamentos promotores de saúde.

Em Portugal, o relatório do COSI Portugal 2022 aponta uma prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças do 1.º ciclo, evidenciando a urgência de respostas eficazes nos cuidados de saúde primários (INSA, 2022). Neste sentido, o enfermeiro de saúde familiar é um agente privilegiado na implementação de programas de intervenção e na articulação com outros profissionais e recursos da comunidade. Esses programas podem incluir avaliações familiares sistematizadas, utilizando modelos teóricos como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que orienta a compreensão das dinâmicas familiares e os recursos disponíveis (Figueiredo, 2012).

A colaboração interdisciplinar é outro aspeto fundamental da prática deste profissional. O enfermeiro de saúde familiar articula com outros profissionais de saúde e com entidades da comunidade, de forma a garantir uma abordagem integrada e

sustentada. Além disso, monitoriza o impacto das suas intervenções com base em indicadores de saúde e na avaliação contínua das necessidades da criança e da família.

A Organização Mundial de Saúde (2002) reconheceu, já nessa altura, no âmbito da meta 15 “Saúde para Todos no Século XXI”, a importância de um sistema de saúde mais integrado e centrado nos cuidados de saúde primários, atribuindo ao enfermeiro de saúde familiar a responsabilidade de acompanhar as famílias de forma contínua, próxima e personalizada (Costa, Silva & Silva, 2013).

Em suma, a prática do enfermeiro de saúde familiar é marcada por uma abordagem holística, humanizada e culturalmente sensível, onde a obesidade infantil é compreendida não apenas como uma condição biomédica, mas como um fenómeno inserido na complexidade das relações familiares, sociais e ambientais. A família é reconhecida como um recurso essencial no cuidado, e o enfermeiro de saúde familiar como um facilitador ativo na promoção da saúde e prevenção da doença ao longo da vida.

3. CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO

A investigação assume um papel fundamental no aprofundamento do conhecimento e na melhoria das práticas em saúde, permitindo compreender fenómenos, identificar necessidades e fundamentar intervenções mais eficazes. Neste sentido, o presente capítulo apresenta o estudo empírico desenvolvido, descrevendo as opções metodológicas, bem como os objetivos, participantes, instrumentos e procedimentos utilizados. Pretende-se, assim, evidenciar o rigor e a relevância do processo investigativo realizado, que constitui a base para a análise e interpretação dos resultados obtidos e para a reflexão crítica que deles decorre.

3.1. METODOLOGIA

A metodologia constitui uma parte essencial de qualquer investigação científica, pois descreve de forma clara e rigorosa os procedimentos utilizados para alcançar os objetivos do estudo. Segundo Fortin (2009), a metodologia refere-se ao conjunto organizado de etapas que orientam o investigador na recolha, análise e interpretação dos dados, garantindo a coerência entre o problema de investigação, o quadro teórico e os métodos escolhidos.

Nesta secção é apresentado o desenho de investigação.

3.1.1. Questões de Investigação

Este estudo parte da seguinte questão de investigação: “Quais os contributos dos pais para a construção de um programa de intervenção de combate ao excesso de peso ou obesidade dos seus filhos?”

Em alinhamento com a questão definiu-se o objetivo geral do estudo:

- Identificar contributos dos pais das crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade para a criação de programa de intervenção.

E os objetivos específicos:

- Caracterizar estilos de vida dos pais;
- Analisar a perceção dos pais relativamente ao diagnóstico de excesso de peso ou obesidade dos seus filhos;

- Conhecer as principais estratégias identificadas pelos pais no combate ou excesso de peso ou obesidade dos seus filhos;
- Identificar as principais forças e dificuldades enfrentadas pelos pais na implementação de hábitos de vida saudáveis;

3.1.2. População e Participantes

Este estudo surge no seguimento de um Plano de Acompanhamento Interno (PAI) que se encontra a ser desenvolvido em algumas Unidades de Saúde Familiar de Braga entre 2023-2025. O objetivo do mesmo é identificar e acompanhar crianças com obesidade e excesso de peso nascidas no ano de 2015.

Em 2023, numa das USF envolvidas foram identificadas 19 crianças com excesso de peso e 21 com obesidade, constituindo a base para a definição da população-alvo. No entanto, após a reavaliação em consulta, apenas 17 mantinham critérios diagnósticos compatíveis, o que definiu o grupo-alvo final da investigação.

A população alvo deste estudo são os pais de crianças nascidas em 2015 com:

- Excesso de peso ($IMC \geq P85$) e $P < 97$) (WHO, 2006);
- Obesidade ($IMC \geq P97$) (WHO, 2006).

Critérios de inclusão

- Pais de crianças nascidas em 2015, identificadas com excesso de peso e obesidade e que aceitem participar no estudo de forma voluntária e esclarecida.

Critérios de exclusão

- Pais/ encarregados de educação com barreiras linguísticas que impossibilitem a compreensão do estudo e do consentimento esclarecido;
- Pais/encarregados de educação de crianças com doenças crónicas ou condições médicas que interfiram com o crescimento, metabolismo ou peso corporal (ex.: doenças endócrinas, síndromes genéticas específicas, terapêutica prolongada com corticoides);
- Pais/encarregados de educação não frequentadores da USF.

3.1.3. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de paradigma misto, fundamentado nos princípios da abordagem de Pesquisa-ação Participativa em Saúde.

A adoção de um paradigma misto justifica-se pela intenção de integrar dados quantitativos e qualitativos, de modo a obter uma compreensão mais abrangente e contextualizada dos fenômenos em estudo. Este tipo de abordagem permite articular a objetividade dos indicadores numéricos com a profundidade interpretativa das narrativas dos participantes, favorecendo uma análise mais completa e integradora.

A PaPS é entendida “... como sendo um paradigma de pesquisa, em vez de um método de pesquisa. O paradigma de pesquisa orienta o processo de investigação.” e a “...participação como método de pesquisa significa que as pessoas estão envolvidas na investigação em saúde de formas específicas, a fim de melhorar a qualidade da investigação” ICPHR (2013, p.12).

Nesta perspectiva, o envolvimento dos pais é considerado central, uma vez que são eles os principais agentes de promoção de hábitos de vida saudáveis junto das crianças. A sua participação ativa nas sessões de grupo - concebidas sob a forma de rodas de conversa ou metodologia *World Café*- visa identificar forças, motivações, problemas e necessidades, bem como co construir estratégias que favoreçam mudanças sustentáveis nos comportamentos familiares. Espera-se, assim, que o envolvimento dos pais contribua não apenas para o empoderamento individual e coletivo, mas também para a transformação das práticas quotidianas relacionadas com a alimentação, atividade física e bem-estar infantil.

De acordo com o *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR, 2022), a PaPS tem como objetivo promover o envolvimento ativo das pessoas e comunidades em todas as etapas da investigação, desde a identificação do problema até à implementação e avaliação das soluções, reconhecendo-as como coprodutoras do conhecimento e agentes de mudança na melhoria da saúde e do bem-estar coletivo.

Assim, este estudo exploratório segue os princípios orientadores da PaPS, ao valorizar a participação ativa, a reflexão crítica, o empoderamento dos participantes e a transformação prática, articulando simultaneamente métodos quantitativos e qualitativos que sustentam a validade e a aplicabilidade dos resultados.

3.1.4. Variáveis em Estudo

As variáveis consideradas no presente estudo foram definidas de acordo com os objetivos e a natureza mista (quantitativa e qualitativa) da investigação, permitindo uma análise integrada dos fenómenos em estudo.

Variáveis quantitativas: incluem a idade dos participantes (em anos) e o índice de massa corporal (IMC), calculado com base na relação entre o peso e altura (kg/m^2). Estas variáveis permitem caracterizar numericamente a amostra e identificar padrões relacionados com o estado nutricional.

Variáveis qualitativas categóricas: englobam o sexo, a escolaridade, o estado civil, a presença de patologias associadas, a prática de atividade física (sim/não; frequência e duração) e o excesso de peso no agregado familiar. Estas variáveis permitem descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e analisar a sua relação com os comportamentos de saúde.

Variáveis comportamentais: referem-se ao estilo de vida, avaliado através dos diferentes domínios do Questionário de Estilo de Vida Fantástico (Silva et al, 2014), abrangendo aspetos como alimentação, atividade física, consumo de substâncias, relacionamentos interpessoais e bem-estar psicológico.

Variáveis qualitativas descritivas: resultam da análise das narrativas dos pais nas sessões de grupo, incluindo as perceções sobre hábitos de vida saudáveis, as barreiras e facilitadores na adoção de comportamentos saudáveis e as expectativas em relação ao programa de intervenção. Estas informações foram analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016), permitindo compreender os significados atribuídos às práticas e motivações familiares.

3.1.5. Procedimentos e Técnicas de Recolha dos Dados

Num primeiro momento, procedeu-se à consulta do relatório do PAI “Obesidade Infantil” da USF (2023), para identificação das crianças nascidas em 2015 e diagnosticadas com excesso de peso ($\text{IMC} \geq P85$) e $P < 97$) ou obesidade ($\text{IMC} \geq P97$), de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006). Posteriormente, foi realizada a consulta dos processos clínicos dos pais através do sistema SClínico, para recolha de dados sociodemográficos e clínicos relevantes.

Seguidamente, foram contactados os pais das 17 crianças que mantinham diagnóstico de excesso de peso ou obesidade, com o objetivo de apresentar o estudo e

convidá-los a participar num grupo de discussão participativa dedicado à temática da obesidade infantil, bem como ao levantamento de dificuldades e estratégias familiares associadas.

Durante este processo, uma mãe manifestou desinteresse imediato, outra não pôde ser contactada por ausência de número válido, e uma terceira não atendeu às tentativas de contacto. Os restantes demonstraram interesse, ainda que com limitações de disponibilidade.

Após contacto telefónico individual, foi enviado um email informativo aos oito pais que confirmaram intenção de participar, contendo os objetivos do estudo, os procedimentos previstos e a calendarização da sessão. Com o intuito de reduzir o risco de esquecimento do evento, foi também agendada uma “consulta” em nome do filho, coincidente com o horário previsto (previamente comunicado aos pais que funcionaria como lembrete) e que levaria a que fossem notificados dessa consulta de enfermagem. Pretendia-se com esta primeira sessão o contacto apenas com os pais, no sentido de criar um ambiente mais objetivo e reservado, que favorecesse a expressão livre de opiniões e experiências sem constrangimentos associados à presença das crianças. No dia da sessão, foi realizado novo contacto telefónico para lembrar as famílias.

Tendo em conta a natureza participativa do estudo, foi fundamental promover o envolvimento direto dos pais das crianças com excesso de peso ou obesidade. O processo de convocatória e dinamização dos grupos revelou-se exigente, implicando a gestão de expectativas, logística e constrangimentos familiares.

O presente estudo, em alinhamento com os objetivos, seguiu o paradigma misto, integrando abordagens quantitativas e qualitativas de modo a proporcionar uma compreensão mais ampla e contextualizada do fenómeno em análise.

Abordagem quantitativa

Para a recolha dos dados quantitativos foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico aos pais (Apêndice II) - Este instrumento, elaborado pela investigadora, teve como objetivo caracterizar a amostra relativamente a variáveis como idade, sexo, escolaridade, estado civil, prática de exercício físico, IMC e presença de patologias associadas. Os dados obtidos possibilitaram uma descrição detalhada do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes.

- Questionário de Estilo de Vida Fantástico (Anexo VI); A Escala de Estilo de Vida Fantástico, validada para a população portuguesa por Silva et al. (2014), é um instrumento de autopreenchimento e avaliação que explora hábitos e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis. O questionário é composto por 10 domínios representados pelo acrónimo FANTÁSTICO (Família e amigos, Atividade Física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e Stress, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde mental e sexual, Outros comportamentos). O instrumento é constituído por 30 questões de resposta fechada, organizadas de acordo com os diferentes domínios do estilo de vida e avaliados através de uma escala *likert*, com a seguinte pontuação: 2 pontos para comportamento saudável, 1 ponto para comportamento a melhorar e 0 pontos para comportamento não saudável. A soma das respostas de todas as questões permite obter um score global, com valores compreendidos entre 0 e 120 pontos. Este score pode ser analisado imediatamente e classificado em cinco categorias: “Excelente” (103/120 pontos), “Muito Bom” (85-102 pontos), “Bom” (73-84 pontos), “Regular” (47-72 pontos) e “Necessidade melhorar” (0-46 pontos). Este instrumento apresenta aplicação rápida, abordagem positiva e abrange múltiplas dimensões do bem-estar psicossocial, podendo também ser utilizado como um recurso pedagógico e reflexivo, que incentiva o autodiagnóstico do estilo de vida e a autorreflexão (Silva et al., 2014).

No presente estudo, preconiza-se a aplicação do questionário em dois momentos distintos- antes e após a intervenção. Permitindo avaliar possíveis alterações nos estilos de vida dos pais ao longo do processo participativo.

A aplicação dos questionários foi realizada presencialmente durante os grupos de discussão participativa agendados, assegurando o consentimento informado e a confidencialidade de todos os participantes.

Abordagem qualitativa

A componente qualitativa do estudo será desenvolvida segundo os princípios da PaPS, valorizando o envolvimento ativo dos participantes na identificação de problemas, na partilha de experiências e na construção de soluções. Para tal, foram realizados grupos de discussão participativa com os pais, organizados sob a forma de rodas conversa ou *World Café*, com o intuito de recolher contributos para a construção do programa de

intervenção, nomeadamente, identificando forças, motivações barreiras e necessidades no que se refere aos hábitos de vida familiares, co construir estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis e favorecer a reflexão crítica e o empoderamento parental enquanto agentes promotores de saúde.

As informações resultantes destes grupos foram registadas em notas de campo e analisadas segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2016), permitindo identificar áreas temáticas, categorias, subcategorias e significados emergentes nas narrativas dos participantes.

A utilização combinada de instrumentos quantitativos e grupos de discussão participativa possibilita uma triangulação metodológica, permitindo compreender não apenas os comportamentos e resultados mensuráveis, mas também as perceções, motivações e processos de mudança vivenciados pelos pais ao longo da intervenção. Esta abordagem é coerente com os princípios da PaPS, garantindo que o conhecimento produzido seja cientificamente válido e socialmente útil.

3.1.6. Questões Éticas e Procedimento de Recolha de Dados

Foi solicitada a autorização ao Coordenador da USF para a realização do estudo, assim como o parecer à comissão de ética da ULS de Braga (CEHB:28_2025) e ambos tiveram parecer favorável (ANEXO VII e ANEXO VIII).

A recolha de dados iniciou-se com a consulta do relatório do PAI “Obesidade Infantil” da USF, em 2023, para identificação das crianças diagnosticadas com excesso de peso ($IMC \geq 85$ e $P < 97$) ou obesidade ($IMC \geq P97$) (WHO, 2006) nascidas em 2015 e à posterior consulta dos processos dos pais através do SClínico.

Foi aplicado o Questionário de Estilo de Vida Fantástico (após autorização pelos autores) (Anexo VII) e questionário sociodemográfico aos pais.

Como intervenção preconizou-se a realização de sessões em grupo com os pais (rodas de conversa ou World Café) com o intuito de identificar as forças, motivações, problemas e necessidades e encontrar estratégias para os resolver, negociando com estes as metas (sessões de educação para a saúde, partilha de experiências...). Foram planeadas sessões presenciais, realizadas pela investigadora com o apoio da orientadora do contexto clínico, no Salão Nobre da USF sendo que os pais foram convocados através de contacto telefónico, seguindo os princípios éticos.

A ética em enfermagem está intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais. Portanto, os enfermeiros devem desenvolver competências para mobilizar os recursos disponíveis e prestar cuidados adequados em situações únicas e imprevisíveis. A competência ética é, portanto, fundamental pois a responsabilidade e o respeito pelo outro são a base para um cuidado seguro e adequado.

Segundo Fortin (2009)

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (p. 114).

A investigação no domínio da saúde compreende a natureza humana e pode provocar danos aos direitos e liberdade das pessoas, o que impõe fundamentos éticos e legais a certificar nos procedimentos e nas atitudes investigatórias (Fortin, 2009).

Desta forma, e seguindo as orientações estabelecidas pela OE (Decreto-Lei nº161/96, 1996), ao longo da realização deste estudo, foram considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- O princípio da beneficência e da justiça, atendendo à dignidade e ao respeito pela privacidade, confidencialidade e anonimato dos participantes e dos dados por eles cedidos;
- O princípio da autonomia, em que todos os participantes do estudo, após serem previamente e devidamente informados sobre a finalidade e os procedimentos do estudo, participem voluntariamente;
- O princípio da não maleficência, que garante aos participantes o direito de desistir a qualquer momento do estudo, sem que haja qualquer prejuízo pessoal com a investigação.

Além destes, tendo em conta que o presente estudo assenta numa abordagem de PaPS, foram ainda respeitados os seguintes princípios éticos específicos desta abordagem (Banks et al, 2022; Khanlou & Peter, 2005; Smith, 2013):

- Participação e coautoria, reconhecendo os participantes como (co)construtores do conhecimento e valorizando as suas experiências, saberes e contributos em todas as fases do processo;
- Autonomia coletiva e empoderamento, promovendo o protagonismo dos pais e a sua capacidade de reflexão e decisão sobre as práticas de saúde e de vida familiar;

- Transparência e corresponsabilidade, assegurando diálogo permanente, clareza nos objetivos e partilha de decisões entre investigadores, equipa de saúde e participantes;
- Devolutiva e utilidade social dos resultados, comprometendo-se a partilhar os resultados com os participantes e com a comunidade, de forma compreensível e aplicável à melhoria dos cuidados e das práticas em saúde;
- Transformação social e equidade, visando a promoção da saúde infantil e o fortalecimento das redes de apoio familiar e comunitário, em consonância com o compromisso ético de transformação da realidade investigada.

De acordo com ao *Internacional Collaboration for Participatory Health Reserch* (ICPHR) (Banks et al., 2022), estes princípios articulam-se com os valores éticos universais como o respeito pelos participantes, a proteção das comunidades envolvidas, a justiça e o tratamento equitativo, a responsabilidade pública e profissional dos investigadores, a honestidade na comunicação e o benefício social da investigação.

Contudo, na PaPS, estas fronteiras entre “investigadores” e “participantes” tornam-se mais fluidas, uma vez que as pessoas afetadas pelo fenómeno estudado podem igualmente assumir o papel de (co)investigadores, participando ativamente em todas as fases do processo de investigação, desde a definição das questões à aplicação dos resultados.

Importa referir, que os procedimentos éticos foram rigorosamente cumpridos. Foi facultado a cada participante o consentimento informado, livre e esclarecido, assinado mediante concordância (Apêndice III), ressaltando que a participação no estudo era voluntária e os participantes poderiam suspender a mesma em qualquer momento, sem necessidade de justificação.

As informações recolhidas foram pseudoanonimizadas e tratadas em sistema informático de acesso restrito à investigadora. Todo o material recolhido será destruído até seis meses após a defesa pública do trabalho.

Não se prevê qualquer tipo de dano para os participantes ou instituição.

3.1.7. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos, as respostas dos questionários foram inicialmente codificadas e inseridas numa base de dados estruturada, posteriormente analisada com recurso ao software *Statistical Package for the Social*

Sciences (SPSS), versão 22.0. Foram realizadas análises de estatística descritiva (médias, desvios padrão e frequências), e inferenciais, adequados à natureza das variáveis e aos objetivos do estudo.

Os dados qualitativos obtidos nas sessões de grupo foram submetidos a análise de conteúdo, segundo os procedimentos descritos por Bardin (2016): pré-análise, codificação, categorização e interpretação. Esta análise permitirá identificar padrões, temas e significados emergentes nas narrativas dos participantes.

3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados baseou-se nas duas sessões de grupo realizadas com os pais das crianças identificadas com excesso de peso ou obesidade. Importa referir que, embora inicialmente tivessem sido sinalizadas 40 crianças com este diagnóstico no âmbito do PAI, apenas 17 mantinham os critérios clínicos compatíveis à data da consulta, constituindo assim o grupo-alvo final da investigação.

Não obstante os esforços de convocatória e sensibilização, apenas três mães participaram efetivamente nas sessões- duas na primeira e uma na segunda. Apesar de reduzida adesão, as sessões decorreram com forte envolvimento das participantes e geraram discursos ricos, com elevado valor qualitativo, permitindo uma compreensão aprofundada das representações, dificuldades e estratégias parentais no contexto da obesidade infantil.

O primeiro grupo de discussão participativa decorreu num ambiente de partilha espontânea, destacando-se a dificuldade na preparação de lanches saudáveis e a gestão das preferências alimentares das crianças. Desta discussão emergiu a proposta de realização de um workshop prático sobre lanches saudáveis, prontamente acolhida pelas participantes.

Após o encontro, procedeu-se a um contacto telefónico com as famílias ausentes, de modo a compreender os motivos da não participação. As justificações incluíram constrangimentos laborais, falta de apoio familiar e compromissos de saúde. Este contacto revelou-se também uma oportunidade de reforçar o vínculo com as famílias e de aferir o interesse em futuras atividades.

Dessa interação resultou a organização de um segundo encontro, que contou com a presença da Nutricionista convidada, centrada no tema da alimentação saudável, especialmente na confeção de lanches equilibrados. Embora apenas uma mãe tenha

participado, o momento revelou-se profundamente significativo, pela partilha de experiências e reflexão sobre mudanças comportamentais possíveis no contexto familiar.

Apesar da baixa participação, as duas sessões decorreram com forte envolvimento das participantes e geraram discursos ricos, com elevado valor qualitativo, permitindo uma compreensão aprofundada das representações, dificuldades e estratégias parentais no contexto da obesidade infantil.

3.2.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes

Participaram neste estudo três mães de crianças diagnosticadas com excesso de peso ou obesidade, como referido anteriormente, correspondendo ao total de participantes nas duas sessões de grupo realizadas. As participantes tinham idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos, com média de $50,3 \pm 9,5$ anos, sendo todas do sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil, duas eram casadas e uma referiu outro tipo de situação conjugal.

Relativamente ao nível de escolaridade, todas as participantes possuíam ensino superior, evidenciando um nível educacional elevado. Apenas uma referiu praticar exercício físico regular, com uma frequência semanal entre duas a três horas.

O peso corporal das participantes variou entre os 78kg e 86kg, com média de $83,0 \pm 4,36$ kg, e as alturas situaram-se entre 154cm e 165cm, com média de $160,7 \pm 5,86$ cm. Os valores de IMC oscilaram entre 28,65 e 55,84, com média de $38,83 \pm 14,83$, sendo que duas participantes apresentavam obesidade, e uma encontrava-se na faixa do excesso de peso. Nenhuma das mães referiu a presença de doenças crónicas associadas ao excesso de peso.

Todas as participantes indicaram ter outros membros do agregado familiar com excesso de peso ou obesidade, sendo que duas delas consideraram-se a si próprias e só uma das participantes considerou a filha, tendo considerado também outros elementos da família como marido, avó, mãe e tias. Uma das mães referiu estar a ser acompanhada clinicamente (por nutricionista) para controlo do peso, afirmando já ter obtido resultados positivos com o acompanhamento.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Variável	Valor	Amostra (n= 3)	
		n	%
Sexo	Feminino	3	100
Idade	Idade (Anos)	Media ($\bar{x}$) $\pm$ DP	50,3 $\pm$ 9,5
		Máx.	60
		Min.	40
Peso	Peso (kg)	Media ($\bar{x}$) $\pm$ DP	83,0 $\pm$ 4,36
		Máx.	86
		Min.	78
Altura	Altura (cm)	Media ($\bar{x}$) $\pm$ DP	169,7 $\pm$ 5,86
		Máx.	165
		Min.	154
Índice de Massa Corporal	Valor do IMC	Media ($\bar{x}$) $\pm$ DP	38,83 $\pm$ 14,83
		Máx.	55,84
		Min.	28,65
	Categoria:		
	Excesso de Peso	1	33,3
Estado civil	Obesidade	2	66,7
	Casada	2	66,7
	Outro	1	33,3
Escolaridade	Ensino superior	3	100
Prática de exercício físico	Sim	1	33,3
	Não	2	66,7
Excesso de peso no agregado	Sim	3	100
Acompanhamento clínico	Sim	1	33,3
	Não	2	66,7

3.2.2. Estilos de Vida- Questionário FANTÁSTICO (pré-intervenção)

As três participantes responderam ao questionário FANTÁSTICO (Silva et al, 2014) antes da realização das sessões de grupo, permitindo avaliar os seus estilos de vida nos diferentes domínios contemplados pelo instrumento.

A pontuação total obtida pelas participantes variou entre 84 e 98 pontos, com média de $89,33 \pm 7,57$, situando-se na faixa de avaliação “Muito Bom” (85-102 pontos), segundo a classificação do instrumento. (Tabela 2).

Tabela 2- Questionário Estilos de Vida FANTÁSTICO dos participantes (n=3)

Domínio	P1	P2	P3
Família e Amigos	4	4	4
Atividade física/ Associativismo	2	3	2
Nutrição	3	3	4
Tabaco	4	4	4
Álcool e outras drogas	12	12	12
Sono e Stress	2	2	5
Trabalho/ Tipo de personalidade	3	2	4
Introspeção	5	3	5
Comportamentos de saúde e sexual	4	5	5
Outros comportamentos	4	4	4
Total	86	84	98

No que respeita aos domínios específicos, observa-se que:

- Família e Amigos e Tabaco apresentaram resultados uniformes e elevados entre as participantes (4 pontos cada), demonstrando boas redes de suporte social e ausência de consumo tabágico nos últimos cinco anos.
- O domínio Álcool e outras drogas obteve pontuação máxima (12 pontos) para todas as participantes, revelando ausência de consumo de risco.
- O sono e o Stress foram um dos domínios mais frágeis, especialmente para P1 e P2 (2 pontos cada), indicando dificuldades no descanso e na gestão do stress.

- A atividade Física/associativismo também revelou fragilidades, com pontuações entre 2 e 3 pontos, sugerindo níveis reduzidos de prática regular de atividade física.
- O domínio da Nutrição obteve pontuações moderadas (3 a 4 pontos), refletindo a presença de alguns hábitos saudáveis (como consumo diário de frutas e vegetais), mas também de comportamentos alimentares menos adequados, como consumo frequente de alimentos hipercalóricos e excesso de peso significativo.

Estes resultados evidenciam a necessidade de intervenções direcionadas, particularmente nos domínios relacionados com a atividade física, nutrição e gestão do stress, confirmando a pertinência das sessões de grupo propostas no âmbito do estudo.

3.2.3. Síntese da Caracterização

De forma global, o perfil das participantes revela mulheres adultas de meia-idade, com elevado nível de escolaridade, mas que enfrentam desafios na gestão do peso e na adoção de estilos de vida saudável. Apesar de apresentarem bons resultados em áreas como suporte social e ausência de comportamentos de risco (tabaco, álcool), mantêm fragilidades nos hábitos alimentares, na prática de exercício físico e na gestão do stress.

Este perfil evidencia a importância de intervenções personalizadas que considerem não apenas os aspetos nutricionais, mas também os fatores emocionais, comportamentais e contextuais que impactam a saúde das famílias.

3.2.4. Interpretação dos Resultados Qualitativos- sessões de grupo

As duas sessões de grupo realizadas permitiram explorar as perceções, dificuldades e estratégias parentais relacionadas com a obesidade infantil. A análise seguiu as etapas propostas por Bardin (2016), agrupando as unidades de significado em categorias e subcategorias, que refletem as principais áreas temáticas emergentes do discurso das participantes.

3.2.4.1. Análise da 1ª Sessão de grupo

A análise de conteúdo da primeira sessão de grupo permitiu identificar quatro áreas temáticas e onze categorias principais, conforme descrito na tabela 3, que refletem as perceções, experiências e dificuldades relatadas pelas mães participantes, no contexto

da obesidade infantil. Sendo que, como referido anteriormente, a sessão contou com a presença de duas mães.

Tabela 3- Análise da 1ª Sessão de grupo

Área Temática 1: Perceção parental sobre o excesso de peso e obesidade infantil				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	de	Citação Ilustrativa
Compreensão sobre a obesidade	Obesidade como doença e fator de risco	Conceção da obesidade associada a doenças crónicas.	da	“Entendo como excesso de peso e as doenças que estão associadas, como diabetes, colesterol, hipertensão.” (P2)
	Autoavaliação do próprio peso	Perceção individual do estado ponderal	do	“Tenho excesso de peso, mas não tenho nenhuma das doenças, felizmente, associadas.” (P2)
Impactos emocionais e sociais	<i>Bullying</i>	Experiências de <i>bullying</i> relacionadas ao peso	de	“Desde pequena que foi vítima de <i>bullying</i> ... chamaram-na gorda como um elefante.” (P2) ...depois miúdos são um bocadinho mauzinhos.” (P1)
	Dificuldade na integração e autoestima	Sentimentos de exclusão e impacto emocional	de	“Eles acabam por ser os gordinhos e diferentes da norma...” (P1)
Dúvidas		Dúvidas sobre combinações e práticas alimentares	sobre	“Fico sempre a pensar se ela precisa mesmo da sobremesa... será que a fruta ainda faz sentido.” (P2)

Área Temática 2: Estilos de vida e práticas familiares

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Alimentação em contexto escolar	Críticas à qualidade das refeições escolares	Perceção negativa sobre a alimentação fornecida na escola	“Na escola dão-me uma folha de alface sem molho... isso não é apelativo para as crianças.” (P2) “E de facto, o meu também diz que a comida é péssima, que não consegue comer nada, que às vezes é arroz com arroz e às vezes é massa com massa, carne com gordura.” (P1)
	Necessidade de acompanhamento nutricional	Sugestão de maior presença de profissionais de nutrição	“Deveria haver nutricionistas nas escolas para avaliar e orientar as refeições e os lanches.” (P2)
	Supervisão inadequada	Conflitos gerados	“As funcionárias disseram que pão com mortadela não podia ser saudável... e a criança passou a levar só pão.” (P1) “O meu filho, dizia, não sei quem levou um bolo e a funcionária disse, que não é muito saudável, mas como era um bolo de arroz podia ser.” (P1)
Cultura alimentar e	Normalização de ultraprocessados	Consumo frequente de alimentos ultraprocessados	“Eles têm uma festa, trazem gomas. Têm uma atividade na escola e trazem gomas...a exceção torna-se a regra.” (P1)

influência social	Pressão familiar	Influência familiares escolhas alimentares	de nas	“Eu tenho uma cunhada, que no dia que ele fez 3 anos lhe deu uma bolacha húngara, ela estava ansiosa para lhe dar açúcar.” (P1)
Sedentarismo e tecnologia		Aumento do tempo de ecrãs e redução de atividades físicas	do	“Agora eles só querem os telemóveis, tablets... já não brincam na rua como antigamente.” (P2)
Práticas alimentares e rotinas	Dificuldade com lanches saudáveis	Barreiras na preparação aceitação lanches	na e de	“Os lanches são o mais complicado... ela prefere sempre os embalados.” (P2)
	Conciliação com o dia a dia	Dificuldades em conciliar trabalho e alimentação saudável.	em e	“Com o trabalho e a correria do dia a dia, nem sempre consigo preparar tudo como gostaria.” (P2)
	Alimentação fora de casa	Alimentação em contexto de deslocação ou festas	de ou	“O meu filho janta no carro, à ida para a atividade.” (P1) “Eu tento que sopa em todas as refeições... mas quando vai a festas, ele perde-se completamente.” (P1)

Área Temática 3: Forças e dificuldades na promoção de hábitos de vida saudáveis

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Perceção do custo da alimentação		Identificação de barreiras financeiras para	“Hoje em dia as famílias também passam por dificuldades económicas... e a

			alimentação saudável	alimentação saudável, por vezes, é mais cara.” (P2)
Modelos e reforço social	Influência dos pares	Impacto da opinião dos pares nas escolhas alimentares	da	“Quando leva bolachas, os colegas pedem... mas ninguém pede uma trinca de pão.” (P1)
	“Dia da asneira” e o seu impacto	Perceção negativa sobre a prática do “dia da asneira”		“Ele interiorizou que no dia da asneira tinha que levar porcarias... e isso não funcionou bem.” (P1)

Área temática 4: Estratégias parentais e necessidade de apoio

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Estratégias parentais	Modelo parental	Utilização do comportamento parental como modelo	“Todos comemos sopa, todos comemos fruta... damos o exemplo” (P1)
	Ajustes alimentares	Estratégias para controlar porções	“Uso a regra do prato de sobremesa...ponho porções pequenas para ela não ter a sensação que está a comer pouco.” (P2)
Necessidade de apoio		Interesse em atividades educativas e formativas	“Gostava de um workshop sobre alimentação... especialmente sobre lanches e pequenos-almoços.” (P2)

Área Temática 1: Perceção parental sobre o excesso de peso e obesidade infantil

Compreensão sobre a Obesidade

As participantes demonstram uma compreensão clara da obesidade como uma condição patológica. Foi consensual a percepção da obesidade como doença, associada a diversas comorbilidades, como diabetes, hipertensão e dislipidemia.

“Entendo como excesso de peso e as doenças que estão associadas à obesidade, como diabetes, colesterol, hipertensão.” (P2)

Uma das mães destacou ainda a percepção diferenciada entre excesso de peso e patologias associadas afirmando:

“Tenho excesso de peso, mas não tenho nenhuma das doenças, felizmente, associadas.” (P2)

Impactos emocionais e sociais

Para além dos riscos físicos, emergiu a percepção dos impactos emocionais e sociais da obesidade, sobretudo em contexto escolar. Foram relatadas experiências de *bullying* e exclusão social, com forte repercussão na autoestima:

“Desde pequena que foi vítima de *bullying*... chamaram-na gorda como um elefante.” (P2)

...depois os miúdos são um bocadinho mauzinhos.” (P1)

As participantes também reconheceram as dificuldades na integração das crianças com obesidade:

“Eles acabam por ser os gordinhos e diferentes da norma...(P1)

Conhecimentos e dúvidas nutricionais

As mães referiram inseguranças quanto à gestão prática da alimentação, especialmente sobre sobremesas, jejum noturno e quantidade de fruta ingerida. Expressaram dúvidas quanto às necessidades nutricionais das crianças.

“Fico sempre a pensar se ela precisa mesmo da sobremesa... será que a fruta ainda faz sentido.” (P2)

Área Temática 2: Estilos de vida e práticas familiares

Alimentação em contexto escolar

O papel da escola foi amplamente discutido, com críticas à percepção da qualidade das refeições escolares:

“Na escola dão-me uma folha de alface sem molho... isso não é apelativo para as crianças.” (P2)

“E de facto, o meu também diz que a comida é péssima, que não consegue comer nada, que às vezes é arroz com arroz e às vezes é massa com massa, carne com gordura.” (P1)

Foi ainda apontada a necessidade de acompanhamento nutricional especializado, sugerindo a presença de nutricionistas para orientar os menus e lanches:

“Deveria haver nutricionistas nas escolas para avaliar e orientar as refeições e os lanches” (P2)

Houve críticas à forma como são conduzidas iniciativas de educação alimentar, havendo referência a que muitas vezes se realizam sem o devido conhecimento técnico. A fiscalização dos lanches por funcionários não especializados foi apontada como contraproducente, podendo até agravar problemas alimentares nas crianças.

“As funcionárias disseram que pão com mortadela não podia ser saudável... e a criança passou a levar só pão.” (P1)

“O meu filho, dizia, não sei quem levou um bolo e a funcionária disse, que não é muito saudável, mas como era um bolo de arroz podia ser.” (P1)

Cultura alimentar e influência social

As participantes destacaram a normalização do consumo de alimentos ultraprocessados em festas e atividades:

“Eles têm uma festa, trazem gomas. Têm uma atividade na escola e trazem gomas...a exceção torna-se a regra.” (P1)

Foi também enfatizada a pressão de familiares para introduzir alimentos menos saudáveis:

“Eu tenho uma cunhada, que no dia que ele fez 3 anos lhe deu uma bolacha húngara, ela estava ansiosa para lhe dar açúcar.” (P1)

Sedentarismo e uso de tecnologias

As mães manifestaram preocupação com o estilo de vida sedentário dos filhos, associado ao uso prolongado de ecrãs (telemóveis, tablets e televisão), referindo que a situação contrasta com as experiências da própria infância. A falta de brincadeira ao ar livre foi apontada como uma mudança geracional significativa.

“Agora eles só querem os telemóveis, tablets... já não brincam na rua como antigamente” (P2)

Práticas alimentares e rotinas familiares

As mães relatam dificuldades na preparação de lanches saudáveis, cedendo, por vezes, a opções processadas:

“Os lanches são o mais complicado... ela prefere sempre os embalados.” (P2)

A conciliação da alimentação com as rotinas familiares foi descrita como um desafio:

“Com o trabalho e a correria do dia a dia, nem sempre consigo preparar tudo como gostaria.” (P2)

Situações como refeições fora de casa também foram mencionadas:

“O meu filho janta no carro, à ida para a atividade” (P1)

“Eu tento que sopa em todas as refeições... mas quando vai a festas, ele perde-se completamente.” (P1)

Área Temática 3: Forças e dificuldades na promoção de hábitos de vida saudáveis

Perceção do custo da alimentação

Foi destacada a dificuldade financeira como um obstáculo à adoção de hábitos saudáveis. As mães reconheceram que os alimentos ultraprocessados são mais acessíveis do ponto de vista económico.

“Hoje em dia as famílias também passam por dificuldades económicas... e a alimentação saudável, por vezes, é mais cara.” (P2)

Modelos e reforço social

A influência dos pares nas escolhas alimentares foi reconhecida:

“Quando leva bolachas, os colegas pedem... mas ninguém pede uma trinca de pão.” (P1)

O chamado “dia da asneira” foi apontado como prática controversa:

“Ele interiorizou que no dia da asneira tinha que levar porcarias... e isso não funcionou bem.” (P1)

Área temática 4: Estratégias parentais e necessidade de apoio

Estratégias parentais

As mães reconheceram a importância do seu papel como modelo de comportamento. Relataram adotar estratégias como comer em conjunto, dar o exemplo comendo alimentos saudáveis e incentivar a variedade alimentar.

“Todos comemos sopa, todos comemos frutas... damos o exemplo.” (P1)

Foram ainda referidos ajustes alimentares para melhorar a aceitação das refeições:

“Uso a regra do prato de sobremesa, ponho porções pequenas para ela não ter a sensação que está a comer pouco.” (P2)

Necessidade de apoio

Foi evidenciada a disposição para aprender e receber apoio prático:

“Gostava de um workshop sobre alimentação... especialmente sobre lanches e pequenos-almoços.” (P2)

As mães reconhecem a obesidade como uma condição de risco físico e emocional, percebem a influência de múltiplos contextos (familiar, escolar e social) nos hábitos alimentares e demonstram motivação para aprender e mudar, apesar das barreiras logísticas e financeiras que enfrentam.

3.2.4.2. Análise 2ª Sessão

A segunda sessão de grupo contou com a participação de uma única mãe, o que permitiu uma conversa mais personalizada, centrada nas suas experiências e dificuldades no dia a dia, relacionadas com a alimentação e o cuidado com a saúde da criança. O discurso foi analisado segundo a técnica de Bardin (2016), revelando quatro áreas temáticas e cinco categorias principais.

Tabela 4- Análise 2ª Sessão

Área Temática 1: Perceção parental sobre o excesso de peso e obesidade infantil			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Perceção sobre a alimentação da filha	Lanches escolares	Refere que a filha leva lanches saudáveis como pão, tomate, pepino, iogurte, fruta.	“Ela leva uma fatia de pão com tomate Cherry e pepino.”
	Refeições principais	Identifica que o problema maior está nas quantidades e pratos principais	“Acho que os lanches delas estão regulados. É mais a alimentação do prato da comida.”

Influência dos pares e estigma	Crítica dos colegas	Filha rejeita alimentos saudáveis devido a comentários negativos dos pares	“Disseram-lhe- que nojo, como é que comes isso? - e ela deixou de levar.”
	Integração social	Adapta os lanches para a filha se sentir integrada com os colegas.	“Às vezes leva chocapic porque as meninas também levam.”
	Preocupação com estigma	Preocupa-se com a forma como a filha será vista e tratada socialmente.	“Não quero que a minha filha passe pelo que eu passei.”

Área Temática 2: Estilos de vida e práticas familiares

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Cultura alimentar familiar	Tradições enraizadas	Reconhece que na família, alimentar é sinónimo de cuidar, com valorização da quantidade.	“Nas casas transmontanas alimentar é cuidar, e servir bem é servir muito.”
	Influência dos avós	Avó dá alimentos menos saudáveis, contrariando orientações da mãe.	“De certeza absoluta que a minha mãe lhe deu batatas fritas.”

Área Temática 3: Forças e dificuldades na promoção de hábitos de vida saudáveis

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Desafios na adesão alimentar	Preferências alimentares	Dificuldades em variar os lanches devido aos gostos restritos da filha.	“Ela não gosta de manteiga, fiambre, nem de várias frutas.”
	Contextos externos	Dificuldade em manter consistência alimentar	“Na casa da avó não, não dá para controlar.”

		na escola e na casa da avó.	
Área temática 4: Estratégias parentais e necessidade de apoio			
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Citação Ilustrativa
Estratégias de mudança	Mudança conjunta	Propõe alterações alimentares para toda a família, não só para si ou para a filha.	“Como eu me mentalizei que tinha que mudar, vamos tentar mudar toda a gente.”
	Envolvimento das crianças	Inclui as filhas na escolha de pratos e alimentos para aumentar a adesão	“Vamos comprar pratos novos, um para mim e um para ti.”

Área Temática 1: Perceção parental sobre o excesso de peso e obesidade infantil

Perceção sobre a alimentação da filha

A participante demonstrou a perceção de que, apesar do excesso de peso, a filha realiza escolhas alimentares consideradas saudáveis, especialmente no que se refere aos lanches saudáveis. Referiu, por exemplo, que a filha gosta de levar “pão com tomate Cherry, pepinos e iogurte”, evitando sumos e preferindo água. A mãe afirmou ainda que, em casa, as refeições principais incluem sempre saladas e legumes, o que considera um aspeto positivo da alimentação familiar. Reconhece que as dificuldades residem sobretudo nas quantidades ingeridas e no contexto das refeições principais: “Acho que os lanches delas estão regulados. Eu acho que é mais a alimentação mesmo, o prato da comida.”

Influência dos pares e estigma

Um tema recorrente foi a influência dos colegas na escolha alimentar da filha. A mãe relatou episódios de crítica por parte de outros alunos relativamente aos alimentos saudáveis que a filha levava para a escola, o que a levou a rejeitar opções como o tomate ou o pepino: “Havia meninos na sala dela a dizerem- que nojo, como é que comes isso?”. A participante identificou também que a filha, para se integrar socialmente, passou a solicitar ocasionalmente alimentos menos saudáveis, como cereais achocolatados, para poder partilhar hábitos semelhantes aos colegas. Este contexto relacionou-se ainda com

o reconhecimento do estigma associado ao corpo e ao peso, expressando preocupação com a forma como a filha é percebida: “Quer queiramos quer não, as pessoas olham para nós e não nos vêm da mesma forma (...) e não quero que a minha filha passe por isso.”

Área Temática 2: Estilos de vida e práticas familiares

Cultura alimentar familiar

A participante sublinhou que as práticas alimentares familiares estão fortemente enraizadas numa cultura de valorização da quantidade e da hospitalidade, reconhecendo que “alimentar é cuidar” e que, em famílias de gerações anteriores, “servir bem” significa servir muito. Acrescentou que esta lógica, aliada à tradição transmontana e ao ambiente do restaurante que gere, influencia os hábitos alimentares de toda a família. Identificou também a avó como figura que, por vezes, contraria as orientações alimentares desejadas (“pedia à minha mãe para não lhe dar batatas fritas, mas de certeza absoluta que deu.”)

Área Temática 3: Forças e dificuldades na promoção de hábitos de vida saudáveis

Desafios na adesão alimentar

A mãe apontou dificuldades em variar os lanches escolares e adaptar opções aos gostos da filha, que recusa vários alimentos como manteiga, fiambre ou determinados frutos. Refere procurar alternativas, como queijo derretido ou bolos proteicos simples, e manifesta preocupação em diversificar a alimentação, sem que esta deixe de ser apelativa para a criança. Reconheceu também a necessidade em gerir a influência dos ambientes externos (escola, casa dos avós) e a necessidade de criar estratégias para manter a consistência dos hábitos em diferentes contextos.

Área temática 4: Estratégias parentais e necessidade de apoio

Estratégias de mudança

A participante referiu ter iniciado um processo pessoal de mudança alimentar, nomeadamente através de cirurgia bariátrica, o que considera uma oportunidade para transformar os hábitos de toda a família. Destacou a intenção de envolver as filhas neste processo, propondo mudanças conjuntas, como a escolha de novos pratos e a experimentação de diferentes alimentos: “Como eu me mentalizei que tinha que mudar, vamos tentar mudar toda a gente”. Enfatizou ainda a importância de que todos comam o mesmo, ajustando apenas as quantidades, de modo a não criar a percepção de castigo ou diferenciação negativa para a filha.

3.2.4.3. Conclusão da análise das sessões com os pais

A análise das duas sessões realizadas com os pais revelou uma evolução nas preocupações e estratégias expressas ao longo do processo. Na tabela 5, apresenta a sistematização dos pontos entre as duas sessões.

Tabela 5- Análise das duas sessões

Categoria	1.ª Sessão – Partilha e tomada de consciência	2.ª Sessão – Estratégias e ação
Compreensão da obesidade	Reconhecimento da obesidade como doença e fator de risco.	Foco na prevenção e na relação entre quantidade e qualidade alimentar.
Impactos emocionais e sociais	Ênfase no <i>bullying</i> , estigma e baixa autoestima das crianças.	Preocupação em reduzir o estigma através de integração social e apoio familiar.
Contexto alimentar	Críticas às refeições escolares, falta de fiscalização adequada e “dia da asneira”.	Reflexão sobre como adaptar lanches e refeições às preferências das crianças.
Cultura e tradições	Identificação da influência familiar	Reconhecimento da influência intergeracional (ex.: papel dos avós) e tentativa de mudança.
Desafios identificados	Pressão social, limitações económicas, falta de tempo e preferências alimentares restritas das crianças.	Maior atenção às barreiras emocionais (pressão dos pares) e contextuais (ex.: escola, avós).
Estratégias parentais	Dar o exemplo e controlar os alimentos disponíveis.	Envolver toda a família no processo, adaptar porções e incluir crianças nas escolhas alimentares.
Necessidade de apoio	Interesse por workshops e acompanhamento nutricional.	Utilização prática das orientações da nutricionista e procura de estratégias conjuntas para mudanças reais.

A primeira sessão, centrou-se sobretudo na compreensão da obesidade enquanto doença, na identificação dos impactos emocionais e sociais nas crianças, nomeadamente o *bullying*, a exclusão social e a dificuldade de integração, e nas barreiras à implementação de hábitos saudáveis, como a pressão social, os constrangimentos económicos e as limitações impostas pelo contexto escolar e familiar. Os discursos revelaram ainda um grande destaque para questões culturais e de rotina (como a normalização de ultraprocessados em festas e eventos, o “dia da asneira”, bem como para as dúvidas e incertezas sobre práticas alimentares.

Na segunda sessão, a reflexão com a mãe apresentou um carácter mais pragmático e orientado para soluções, evidenciando-se uma maior ênfase na adoção de estratégias de mudança conjuntas (como envolver toda a família no processo) e promover a escolha partilhada de alimentos, no envolvimento ativo das crianças na preparação e seleção dos lanches e na gestão do impacto do estigma social e das críticas dos pares sobre as escolhas alimentares. Mantiveram-se referências às dificuldades na consistência dos hábitos alimentares em diferentes contextos, como escola e a casa dos avós, mas emergiram mais propostas para superá-las.

De forma geral, verifica-se que a primeira sessão funcionou como um espaço de partilha de dificuldades e tomada de consciência, enquanto a segunda se configurou como um momento mais focado na construção de estratégias práticas e colaborativas para melhorar a alimentação familiar, sobretudo no que respeita aos lanches.

Apesar da limitada participação nas sessões de grupo, os discursos recolhidos revelaram uma profundidade significativa no que diz respeito à vivência da obesidade infantil no contexto familiar. As mães participantes descreveram com autenticidade os desafios diários na implementação de hábitos saudáveis, os constrangimentos sociais, culturais e económicos, bem como o papel ambivalente das instituições escolares na promoção da saúde.

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo procurou, recolher contributos para a elaboração de um programa de intervenção co construído com os pais de crianças com excesso de peso ou obesidade, explorando os estilos de vida, barreiras e estratégias parentais.

A análise qualitativa revelou não apenas os desafios enfrentados pelas famílias, mas também o potencial transformador da abordagem participativa, alinhando-se

diretamente com as competências específicas do EEECAESF. As mães entenderam a obesidade infantil como doença e fator de risco, associada a comorbilidades como a diabetes e hipertensão. No entanto, estudos portugueses indicam que cerca de 33% dos pais subestimam o peso dos filhos, sendo 93% desses casos de crianças com sobrepeso ou obesidade (Rodrigues, et al, 2020). Apesar de uma melhoria parcial entre 2009-2010 e 2016-2017 na perceção parental, a identificação de obesidade diminuiu nesse mesmo intervalo (Costa et al, 2023). As mães da presente investigação pareciam reconhecer o diagnóstico nos filhos, embora nem sempre o rotulassem como “obesidade”, e aquando do questionário das três mães só uma identificou na filha essa condição, alinhada com este padrão de subestimação.

Caracterização dos estilos de vida dos pais

Os resultados dos questionários de estilos de vida, embora os resultados tenham de ser interpretados com toda a prudência pela dimensão dos inquiridos, as respostas obtidas apontam para padrões de comportamento que oscilam entre adequados e com necessidade de melhorias, especialmente no que diz respeito à atividade física (baixa ou inexistente em dois dos três participantes) e à gestão do stress e sono (pontuações médias a baixas). Este perfil está em linha com estudos que apontam para níveis insuficientes de atividade física e hábitos alimentares subótimos em adultos portugueses, particularmente em famílias com excesso de peso (Lopes et al., 2017).

A análise qualitativa das sessões reforça estas tendências, mostrando pais conscientes das necessidades de mudança, mas frequentemente condicionados por falta de tempo, dificuldades económicas e desafios organizacionais.

Forças e dificuldades na implementação de hábitos saudáveis

Da análise das sessões emergiram várias barreiras interligadas, como a pressão social (pares das crianças e familiares), a oferta excessiva de alimentos ultraprocessados, a baixa atratividade das refeições escolares e as dificuldades financeiras na aquisição de produtos considerados saudáveis. Estes fatores têm sido amplamente descritos na literatura como determinantes críticos na manutenção de comportamentos obesogénicos (Araújo et al, 2024; Birch & Ventura, 2009). Deste modo, os relatos dos pais evidenciaram também *bullying*, dificuldade na integração e baixa autoestima: “chamaram-na gorda como um elefante” e “são gordinhos e diferentes da norma”. A literatura evidencia que crianças com excesso de peso enfrentam frequentemente estigma

entre colegas e adultos, o que está associado a depressão, ansiedade e isolamento social (Siqueira et al, 2021; Viana, 2020). Na segunda sessão, a influência dos pares emergiu claramente: a filha começa a evitar alimentos saudáveis como tomate e pepino no lanche que leva para a escola, por receio de rejeição. Isto demonstra que o impacto social não é apenas teórico, mas cria barreiras concretas à adesão a comportamentos saudáveis.

Estes achados sugerem a necessidade de intervenção em múltiplos subsistemas, nomeadamente nas escolas, complementando a análise epidemiológica inicial. Um dos contributos para a (co)construção de um programa participativo passa pela utilização do modelo PRECEDE-PROCEED (Green, 1974; Kim et al, 2022), permitindo não apenas identificar determinantes epidemiológicos da obesidade infantil, mas também avaliar fatores comportamentais, ambientais e sociais, estruturar prioridades de intervenção e desenhar estratégias de promoção de saúde adequadas à realidade familiar e escolar. A integração de múltiplos subsistemas no planeamento da intervenção aumenta a eficácia e sustentabilidade das ações, promovendo um impacto mais abrangente na saúde infantil.

As mães referiram dificuldades como a pressão de familiares, nas festas, falta de tempo e refeições escolares pouco atraentes. Tais fatores são consistentes com determinantes sociais da saúde que influenciam a obesidade infantil: restrições temporais e económicas, cultura de abundância e influência familiar convergem para hábitos alimentares menos saudáveis (Monteiro et al., 2019; Lobstein et al., 2015). A presença de alimentos ultraprocessados tornou-se norma em eventos socioculturais, e houve relato de resistência às orientações alimentares em contexto familiar, reforçando o papel da cultura alimentar no processo de construção de hábitos.

Por outro lado, foram identificadas forças e recursos familiares, como o apoio parental na preparação de refeições, a consciência sobre a importância de dar o exemplo e a abertura para aprender novas estratégias alimentares. Estes aspetos apontam para o potencial de programas que mobilizem as famílias como agentes de mudança, corroborando evidências de que as intervenções centradas na família têm maior eficácia no combate à obesidade infantil (Araújo, 2024; Epstein et al., 1994).

Um dos contributos do estudo para a (co)construção de um programa de intervenção participativa passa por trabalhar com a família de forma lúdica e educativa, promovendo a valorização das escolhas alimentares saudáveis. Por exemplo, a implementação de atividades práticas e lúdicas em família, como oficinas de preparação de lanches nutritivos ou jogos educativos sobre alimentos, pode reforçar competências parentais, aumentar a adesão a hábitos mais saudáveis e envolver todos os membros do

agregado familiar na mudança de comportamentos. Esta abordagem contribui para que as estratégias de promoção da saúde sejam participativas, contextualizadas e sustentáveis, indo além do diagnóstico epidemiológico inicial.

O estudo evidenciou a importância do envolvimento ativo dos pais enquanto agentes centrais no ecossistema de desenvolvimento infantil, sublinhando a relevância da (co)construção de programas participativos. Esse envolvimento refletiu-se na priorização de temas emergentes como “lanches saudáveis” e “estratégias para melhorar os hábitos alimentares”, revelando uma consciência crescente sobre o papel parental na promoção da saúde.

Na primeira sessão, destacou-se a identificação do problema, com a partilha de percepções sobre obesidade, desafios emocionais e barreiras práticas associadas à gestão alimentar no contexto familiar. Já na segunda sessão, observou-se uma evolução qualitativa, com a emergência de estratégias concretas relacionadas com o contexto familiar e escolar, tais como envolver os filhos na preparação das refeições, ajustar porções e promover um ambiente alimentar mais saudável e afetivo.

Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções multissistêmicas, do modelo de Bronfenbrenner (Sarni, Kochi & Suano- Souza, 2021), que atuem de forma integrada nos diferentes níveis do ecossistema da criança, designadamente:

- Microsistema- promovendo a percepção correta do peso infantil pelos pais e fortalecendo competências parentais;
- Mesossistema- articulando ações entre família, escola e serviços de saúde, de modo a garantir coerências nas mensagens e práticas alimentares;
- Exossistema- envolvendo instituições políticas locais que apoiem a disponibilidade de alimentos saudáveis;
- Macrossistema- valorizando a cultura alimentar, o papel dos media e as normas sociais que influenciam comportamentos.

Assim, é essencial desenvolver estratégias de intervenção participativas que:

- Promovam a percepção correta do peso infantil pelos pais;
- Ofereçam suporte psicoeducativo para a gestão do possível estigma e/ou *bullying*;
- Envolvam todos os outros subsistemas familiares em atividades e workshops práticos;
- Estabeleçam parcerias com escolas e instituições de saúde, reforçando a adoção de escolhas alimentares saudáveis em contextos coletivos.

A comparação entre as duas sessões evidencia uma progressão reflexiva: inicialmente centrada no reconhecimento e mapeamento de percepções e problemas, e posteriormente orientada para a ação transformadora e colaborativa. Assim, constata-se o potencial da PaPS como abordagem promotora do empoderamento familiar, aprendizagem ecológica e transformação social sustentável no combate à obesidade infantil.

Esta abordagem participativa está alinhada com recomendações internacionais que defendem que programas com envolvimento familiar têm maior adesão e sustentabilidade (Aleid et al, 2024).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, este tipo de intervenções assume particular relevância. O EEESCAESF, enquanto profissional que acompanha o ciclo vital das famílias, assume um papel central na identificação precoce dos riscos, na promoção de estilos de vida saudáveis e na capacitação parental. O recurso a metodologias participativas está em consonância com os princípios da prática de enfermagem de saúde familiar, que valoriza a família como unidade de cuidados, reconhecendo-a como parceira ativa na gestão da saúde.

Neste sentido, cabe ao EECAESF dinamizar processos educativos que não se limitem à transmissão de informação, mas que favoreçam a autonomia, o empoderamento e a tomada de decisão informada. Para além disso, a sua intervenção deve articular dimensões preventivas, educativas e de acompanhamento contínuo, promovendo a adaptação das recomendações às singularidades de cada agregado familiar.

Assim, a evidência obtida neste estudo reforça o papel fundamental do EECAESF como facilitador de mudanças comportamentais sustentáveis, mediador entre família, escola e comunidade e promotor de ambientes saudáveis. Este enfoque contribui para intervenções mais sustentáveis e integradas, capazes de promover hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com impacto positivo no bem-estar físico, emocional e social da criança e da família.

Reflexão sobre o processo e perspetivas de melhoria da intervenção

A baixa adesão registada nas sessões evidencia desafios estruturais na mobilização das famílias, um fenómeno amplamente reconhecido em programas de promoção da saúde (Borrelli et al., 2015). A perda de duas participantes entre a primeira e a segunda sessão reforça a necessidade de compreender os fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores que condicionam o envolvimento parental. Neste sentido, uma abordagem

sustentada no modelo PRECEDE- PROCEED (Green et al, 2022) poderia, numa fase posterior, complementar o diagnóstico inicial, permitindo identificar de forma mais abrangente as determinantes individuais, familiares e contextuais que influenciam a participação.

Embora o estudo não tenha permitido uma intervenção plena, o processo revelou ganhos importantes de consciencialização e aquisição de estratégias práticas (ex.: uso do “prato de sobremesa” para controlo de porções, envolvimento das crianças na preparação dos lanches). Estes resultados qualitativos, ainda que limitados, sugerem o potencial das abordagens participativas na promoção de competências parentais (Bandura, 1991).

A reflexão sobre o processo aponta para a importância de desenvolver, numa fase seguinte, intervenções mais flexíveis e multimodais, combinando sessões presenciais e online, com recurso a tecnologias digitais interativas ou estratégias de gamificação com carácter intergeracional. Tais metodologias podem potenciar a adesão, o envolvimento das crianças e o sentimento de pertença familiar, aproximando o contexto doméstico das práticas de promoção da saúde.

Assim, o estudo contribuiu para identificar necessidades e oportunidades de melhoria, sugerindo que o sucesso de futuras intervenções dependerá de uma abordagem integrada, que articule os vários subsistemas do modelo bioecossistémico- família, escola e serviços de saúde, promovendo continuidade, corresponsabilidade e adaptação às realidades das famílias envolvidas.

Limitações do estudo

Embora o presente estudo exploratório, de paradigma misto, tenha cumprido os seus objetivos e revelado contributos relevantes para a prática da enfermagem de saúde familiar, é importante reconhecer alguns constrangimentos metodológicos que influenciaram o seu desenvolvimento e resultados.

A necessidade de proceder à reformulação do desenho de estudo, passando a ser um estudo exploratório, pelo número reduzido de participantes, a não reaplicação do questionário “Estilos de Vida Fantástico” após a intervenção constituiu uma limitação, pois impediu a comparação objetiva de dados quantitativos entre os dois momentos previsto de avaliação. Ainda assim, a componente qualitativa permitiu captar mudanças nas perceções e estratégias parentais, evidenciando um maior nível de consciencialização e reflexão sobre os estilos de vida familiares, em consonância com os princípios da PaPS.

Sendo este um estudo exploratório de natureza mista, o seu propósito não é a generalização estatística dos resultados, mas sim a identificação preliminar de tendências e a compreensão aprofundada de fenómenos vivenciados por famílias em contextos reais. Esta abordagem revelou-se particularmente útil para ajustar futuras intervenções e consolidar um modelo participativo e contextualizado de promoção de saúde.

A reduzida adesão, apenas três mães participaram, limitou a diversidade de perspetivas recolhidas e a robustez dos dados quantitativos. Contudo, temos de dar ênfase à profundidade das narrativas obtidas e à pertinência das temáticas emergentes, que permitiram uma análise qualitativa rica e significativa. O predomínio de participantes do sexo feminino pode ter condicionado a representatividade das experiências parentais, reforçando a necessidade de incluir perspetivas masculinas em futuras investigações. Do mesmo modo, a natureza voluntária da participação poderá ter introduzido um viés de seleção, dado que as mães que aderiram à iniciativa podem apresentar maior motivação e predisposição para a mudança do que aqueles que não participaram.

Apesar das limitações, este estudo gerou *insights* relevantes para o desenho e implementação de programas comunitários de combate à obesidade infantil, evidenciando a importância de intervenções flexíveis, interdisciplinares e multissistémicas, que envolvam famílias, escolas e serviços de saúde. A experiência obtida sublinha ainda o potencial da cocriação participativa e o papel central do EEECAESF como facilitador de processos de mudança e empoderamento parental.

3.4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu conhecer de forma aprofundada as perceções, desafios e estratégias dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade face à implementação de hábitos de vida saudável, no contexto de um programa de intervenção co construído.

Os resultados sugerem que, de forma geral, os estilos de vida dos participantes se mostraram adequados em algumas dimensões, como o consumo de tabaco e álcool, embora se tenham identificado fragilidades relevantes, nomeadamente na gestão do stress, nos padrões de sono e na diversidade alimentar. As dificuldades referidas pelos pais para a implementação de hábitos de vida saudáveis foram multifatoriais e refletindo a interdependência dos sistemas descritos na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.

No microssistema, observam-se práticas familiares associadas à alimentação como expressão de afeto e cuidado frequentemente traduzidas em refeições com quantidades excessivas e na resistência à mudança de hábitos alimentares, perpetuada por

familiares próximos. O mesossistema evidencia-se na interação entre família e escola, onde surgem tensões relacionadas com a qualidade das refeições escolares e o controle dos lanches, gerando, por vezes, conflitos e práticas contraproducentes.

Por sua vez, o exossistema manifesta-se nas condições laborais e de disponibilidade de tempo dos pais, que limitam a preparação de refeições equilibradas e a prática de atividade física em família. Finalmente, o macrossistema influencia comportamentos e percepções através de normas culturais que associam abundância alimentar ao bem-estar e ao “bom cuidado”.

As experiências relatadas também revelaram o peso do estigma social e da influência dos pares, fatores que condicionam as escolhas alimentares das crianças e afetam, a autoestima e o bem-estar emocional. As estratégias parentais identificadas incluíram a adoção de práticas simples e ajustadas ao contexto familiar, como o uso do prato de sobremesa para o controle das porções, a definição de regras alimentares consistentes e o envolvimento das crianças no planeamento e escolha das refeições.

Esta leitura bioecológica permite compreender que os comportamentos parentais e infantis relacionados com a alimentação e o estilo de vida não podem ser analisados isoladamente, mas sim como o resultado de processos dinâmicos e recíprocos entre os diferentes sistemas ecológicos, que moldam o desenvolvimento e as práticas familiares ao longo do tempo. Neste sentido, uma abordagem interventiva eficaz deverá considerar estratégias multissistémicas que envolvam simultaneamente família, escola e comunidade, reforçando a coerência ecológica entre os diferentes contextos de vida da criança.

A recolha de contributos para a cocriação do programa mostrou-se fundamental para garantir a pertinência e a adequação das estratégias propostas, valorizando a experiência e as necessidades dos pais. Estes resultados, ainda que preliminares, reforçam que a participação ativa dos cuidadores é um elemento-chave para o sucesso e sustentabilidade de programas de combate à obesidade infantil. Assim como, reforçam ainda a necessidade de maior articulação entre as famílias e escolas, nomeadamente com a presença de profissionais qualificados que possam apoiar práticas alimentares mais sustentáveis e consistentes no ambiente escolar.

Em síntese, apesar das limitações, como a reduzida dimensão da amostra, a predominância de participantes do sexo feminino e a não realização de instrumentos de avaliação no pós-intervenção, este estudo aporta contributos para o desenvolvimento de intervenções mais participativas, ajustadas às realidades familiares e potenciadoras de

mudanças sustentáveis. Recomenda-se que futuros programas invistam em amostras mais amplas e diversificadas, utilizem instrumentos de avaliação pré e pós intervenção e explorem diferentes formas de participação, como por exemplo sessões híbridas, que integrem mais apoio multidisciplinar (psicólogos, educadores) e articulem esforços entre família, escola e comunidade, visando não só a redução do excesso de peso, mas a promoção global da saúde e bem-estar infantil, no imediato, bem como o desenvolvimento integrado dos adultos de amanhã.

A intervenção desenvolvida neste estudo evidencia a mais-valia da atuação do EECAESF na abordagem da obesidade infantil, ao assumir um papel central na capacitação das famílias, na promoção da literacia em saúde e na construção de estratégias de mudança sustentáveis. A sua formação específica permite-lhe cuidar da família como unidade de cuidados, identificar forças e vulnerabilidades nos diferentes sistemas ecológicos e, e intervir de forma integrada e personalizada ao longo do ciclo vital. Ao liderar processos participativos, como a recolha de contributos para a (co) construção de programas de intervenção, o EECAESF promove o empoderamento parental, reforça a corresponsabilidade na promoção da saúde infantil e contribui para a implementação de cuidados baseados na evidência, culturalmente sensíveis e ajustados à realidade comunitária. Esta abordagem não só potencia melhores resultados em saúde, como também fortalece o vínculo terapêutico e a continuidade dos cuidados, pilares fundamentais da prática em cuidados de saúde primários.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização deste projeto permitiu-me integrar e desenvolver de forma significativa as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, com especial destaque para a promoção da capacitação parental, a escuta ativa e empática das famílias, e a facilitação de processos de mudança sustentados na relação terapêutica.

A família foi assumida como unidade de cuidados, reconhecendo-se a sua centralidade na promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente quando se tratam questões complexas como o excesso de peso e a obesidade infantil. As sessões revelaram-se um espaço de partilha genuína, onde as experiências parentais foram reconhecidas como saberes legítimos. Esta valorização do discurso das famílias reforça a competência de fomentar relações de ajuda, estabelecendo vínculo colaborativo e não diretivo.

Ao longo do processo, pude exercer a competência de avaliação e intervenção nas transições e vulnerabilidades familiares, através da escuta ativa dos desafios quotidianos enfrentados pelos pais, como a conciliação com o trabalho, a influência dos pares, as tradições culturais ou os recursos económicos disponíveis. Estes aspetos emergiram como barreiras e facilitadores na construção de hábitos saudáveis, e foram trabalhados de forma sensível, respeitando os ritmos, os valores e a história de cada família.

A aquisição de contributos para a (co) construção do programa de intervenção foi uma oportunidade para aplicar a competência de planear e gerir intervenções de enfermagem centradas na família, promovendo o seu envolvimento desde o diagnóstico das necessidades até à definição das estratégias. Esta abordagem fortalecem o empoderamento parental, permitindo às famílias reconhecer as suas próprias capacidades e desenvolver soluções viáveis e significativas.

Através da análise qualitativa das sessões, reforça-se a perceção que a mudança nos comportamentos alimentares e nos estilos de vida é um processo gradual, influenciado não só por fatores individuais, mas sobretudo por determinantes sociais, culturais e relacionais. O envolvimento da família alargada, a influência dos pares, o papel das escolas e a memória de experiências anteriores mostraram-se fundamentais para compreender os desafios enfrentados.

Neste sentido, a intervenção evidenciou a importância da competência de educar para a saúde e facilitar processos de mudança, assente numa postura de parceria e não de prescrição. A partilha de estratégias, a adaptação às rotinas familiares e a escuta dos

significados atribuídos aos alimentos e a resignificação dos mesmos foram ferramentas essenciais para fomentar uma mudança sustentável.

Refleti ainda sobre a importância do enfermeiro como facilitador da rede de suporte informal e formal da família. O envolvimento de outros profissionais, como a nutricionista, e a articulação com os contextos de vida das crianças (escola, avós, atividades extracurriculares) permitiram ampliar o alcance da intervenção, valorizando a multidimensionalidade do cuidado, apoiado na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1996).

Do ponto de vista pessoal e profissional, esta experiência reforçou a minha identidade enquanto enfermeira especialista promotora de saúde, capaz de aliar a prática baseada na evidência à escuta sensível das vivências familiares. Enfrentei desafios como a fraca adesão nas sessões, mas estes foram, por si só, momentos de aprendizagem e ajustamento contínuo, respeitando sempre os princípios éticos e deontológicos, a autonomia familiar e o caráter voluntário da participação.

Concluo, assim, que a intervenção desenvolvida foi não apenas uma oportunidade de crescimento técnico e científico, mas também um exercício de aprofundamento da dimensão relacional e ética da enfermagem de saúde familiar, onde o cuidado se faz com, e não para as famílias. A escuta, a presença, o respeito pela diferença e a promoção de autodeterminação estiveram no centro deste processo, traduzindo as bases do cuidar em contextos reais e complexos.

Neste contexto, torna-se evidente que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel insubstituível na abordagem de problemáticas complexas como a obesidade infantil. A sua formação específica permite-lhe intervir de forma integrada, personalizada e centrada na família, promovendo a capacitação parental, a literacia em saúde e a corresponsabilidade no processo de mudança. Este estudo reforça que o EEECAESF não só atua como facilitador da relação terapêutica, mas também como agente de transformação comunitária, capaz de articular cuidados, mobilizar recursos e construir intervenções sustentadas e participativas. A sua presença ativa e reflexiva é, por isso, uma mais-valia na promoção da saúde familiar e na construção de respostas eficazes e humanizadas nos cuidados de saúde primários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleid, A. M., Sabi, N. M., Alharbi, G. S., Alharthi, A. A., Alshuqayfi, S. M., Alnefaie, N. S., Ismail, G. M., Allhybi, A. K., Alrasheeday, A. M., Alshammari, B., Alabbasi, Y., & Al Mutair, A. (2024). O impacto do envolvimento dos pais na prevenção e tratamento da obesidade em crianças: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *Crianças*, 11(6), 739. <https://doi.org/10.3390/children11060739>
- Araújo, A., Sousa, M., Araújo, A., Valdevino, M., Gomes, G., Liberalino, I., Costa, C., Araújo, I., Freire, Y., Lima, J., Gomes, F., Neto, J., Leitão, C., Júnior, U. (2024). Estratégias eficazes para prevenir e tratar a obesidade infantil: uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*. <https://doi.org/10.56083/RCV4N8-027>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Banks, S., Brear, M., Borner, S., Groot, B. (2022). International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR) Position Paper 2: Participatory Health Research a Guide to Ethical Principles and Practice. Version 2. <https://www.researchgate.net/publication/363377313>
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Edições 70.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison- Wesley
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907.
- Birch, L.L. & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity*, 33 (S1), S74-S81. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.22>
- Bleich, S. N., Segal, J., Wu, Y., Wilson, R., & Wang, Y. (2013). Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*, 132(1), e201-e210. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0886>

- Borrelli, B., Tooley, E., & Scott-Sheldon, L. A. J. (2015). Motivational interviewing for parent-child health interventions: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Dentistry*, 37(3), 254–265.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Artes Médicas.
- Costa, D., Machado-Rodrigues, A., Nogueira, H., Silva, M., Padez, C. (2023) Parental Perception of their child's Weight status in Portugal: Na Observational Study. *Acta Médica Portuguesa*. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/119263>
- Costa, M. A., Silva, M. A. N., & Silva, M. M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(11), 19-28.
- Costa, S., & Pimentel, A. (2024). *Manual de Acolhimento USF MRP- Para Profissionais de Saúde, Alunos de Medicina e Enfermagem*. (rev. março de 2024). USF Manuel Rocha Peixoto
- Decreto-Lei n.º 161/96 – Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I-A Série, n.º 205 de 1996-09-04. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República n.º 215/2023. Série I. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Direção- Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS 21-30) [PDF]. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Epstein, L. H., Valoski, A. M., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13(5), 373–383. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.5.373>
- Faith, M. S., Van Horn, L., Appel, L. J., Burke, L. E., Carson, J. A., Franch, H. A., ...& Wylie-Rosett, J. (2012). Evaluating parents and adult caregivers as “agents of change” for treating obese children: Evidence for parent behavior change strategies and research gaps. *American Heart Association: Circulation*, 125 (9), 1186-1207. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31824607ee>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lidel.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.

- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Friedman, M. M. (1998). *Family nursing: research, theory & practice* (4^a ed.). Appleton Century Crofts.
- Gable, S., Chang, Y., & Krull, J. L. (2007). Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(1), 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.10.010>
- Green, L.W. (1974). Toward Cost-Benefit Evaluations of Health Education: Some Concepts, Methods, and Examples. *Health Education Monographs*. 2 (Suppl 1), 34–64. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S106>
- Green, L. W., Gielen, A. C., Ottoson, J. M., Peterson, D. V., & Kreuter, M. W. (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation: Creating behavioral, environmental, and policy change*. Johns Hopkins University Press.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação*. Lusociência.
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. <https://www.researchgate.net/publication/265067039>
- International Family Nursing Association (2017). IFNA Position Statement on Advanced Practice Competencies for Family Nursing. IFNA. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2017/05/APC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>
- INSA. (2022). COSI Portugal 2022- *Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/report-cosi-portugal-2022.pdf>
- International Collaboration for Participatory Health Research. (2013). O que é a Pesquisa-Ação Participativa em Saúde (ICPHR Position Paper 1). <https://www.researchgate.net/publication/282808339>
- João, P. S. M. (2020). *O Papel dos Pais na Alimentação dos Filhos: Práticas Parentais de Autorregulação da Ingestão Alimentar, Preocupação e Perceção do Peso da Criança e Regulação Emocional*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.

- Khanlou, N., & Peter, E. (2005). Participatory action research: considerations for ethical review. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2333-2340.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.004>
- Kim, J.; Jang, J.; Kim, B.; Lee, K.H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1).
<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02092-2>
- Lobstein, T., Jackson- Leach, R., Moodie, M. L. Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., ... & McPherson, K. (2015). Child and Adolescent obesity: Part of a bigger picture. *The Lancet*, 385(9986), 2510-2520.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J. Teixeira, P., Rodrigues, S. Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., A., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF 2015–2016): Principais resultados*. Direção-Geral da Saúde.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Comunitária. (s.d.). O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável. Ordem dos Enfermeiros.
- Monteiro, C. A., Cannon, G. Levy, R. B., Moubarac, J. C. Jaime, P. C. Martins, A. P., ...&Swinburn, B. (2019), Ultraprocessed foods: What they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, 22(5), 936-941.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma Introdução ao Enquadramento Político da Saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Lusociência
- Pinho, M. G. O. (2019). *A Obesidade Infantil: A Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum- RCAAP.
<https://comum.rcaap.pt/server/api/core/bitstreams/d2f4990e-baa1-4814-810e-65e4166975dc/content>
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140 (6), e20173034.

- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>
- Rebelo, L. A. S., Santos, V. B., & Costa, S. L. (2023). Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: Integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, e20220446. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/fWScZ4M8TSTD36sVYPMhrbc>
- Regulamento n.º 428/2018 – *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República n.º 135/2018, II Série, n.º 135 de 16-07-2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), 891-898.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. (2003). *Por detrás do Espelho da Teoria à Terapia com a Família*. (2ªed). Edições Quarteto.
- Rodrigues, D., Machado-Rodrigues, A. Padez, C. (2020). Parental misperception of their child's weight status and how weight underestimation is associated with childhood obesity. *American Journal of Human Biology*. Volume 32, Issue5. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23393>
- Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A., & Singhal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: A family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18(S1), S62-S68). <https://doi.org/10.1038/oby.2009.433>
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto, Portugal. Edições Afrontamento
- Sarni, R. O. S., Kochi, C., & Suano- Souza, F. I. (2021). Childhood obesity: na ecological perspective. *Jornal de Pediatria*, 98(Supl.1), S38-S46. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.10.002>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

- Serviço Nacional de Saúde (2025). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF MRP. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/916/10033/1031671/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). Unidade Local de Saúde de Braga. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-braga-epe/>
- Silva, A. M. M., Brito, I. da S., & Amado, J. M. da C. (2014, June). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1901–1909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>
- Simmond, M. Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review an meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95-107.
- Siqueira, B., Assumpção, M., Barroso, S., Japur, C. Penaforte, F. (2021). *Estigma de peso e saúde- Repercurssões na saúde de adolescentes e adultos: revisão integrativa da literatura*. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000324>
- Skelton, J. A., Buehler, C., Irby, M. B., & Grzywacz, J. G. (2012). Where are family theories in family-based obesity treatment? Conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity*. 36, 891-900. <https://www.nature.com/articles/ijo201256>
- Smith, L. T. (2013). Ethical principles in practice: Evidence from participatory action research. *Action Research*, 11(4), 402-414. <https://scispace.com/pdf/ethical-principles-in-practice-evidence-from-participatory-35c6i0w40z.pdf>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systemic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global driveres and local invironments. *The Lancet*, 378 (9793), 804-814. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60813-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60813-1/abstract)
- Teixeira, K. M. A., Araújo, R. F. de, & Garcia, P. P. C. (2023). A influência da família e meio social na formação do hábito alimentar do pré-escolar e escolar. *Research*

- Society and Development*, 12(6), e19912642202. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42202>
- Veiga, G. R. S., Silva, G. A. P., & Padilha, B. M. (2022). Determining factors of child linear growth from the viewpoint of Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Journal of Pediatrics* (Rio de Janeiro), 99(3), 205-218. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2022.10.009>
- Viana, M. (2020). *O aspecto Psicológico na Obesidade: barreiras e oportunidades no tratamento multidisciplinar integrado do utente e família para a manutenção dos resultados visando a redução dos custos com doenças crónicas*. ISCTE Business School. Instituto Universitário de Lisboa.
- WHO. (2006). WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development.
- Wills-Ibarra, N., Chemtob, K., Hart, H., Frati, F., Pratt, K. P., Ball, G. DC., Hulst, A. V. (2024). Family systems approaches in pediatric obesity management: A scoping review. *BMC Pediatrics*, 24, 235. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04646-w>
- Withrow, D., & Alter, D. A. (2021). The economic burden of obesity worldwide: A systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity Reviews*, 12(2), 131-141.
- World Health Organization. (2016). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204176>
- World Health Organization. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behavior. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- World Health Organization. (2023). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção familiar* (5ª ed.). Roca.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). F.A. Davis.

ANEXOS

ANEXO I- Diploma de participação “XVII” Jornadas Internacionais de Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica



XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Bebiana Andreia de Freitas Lopes

esteve presente, nas "XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Por uma vida melhor...", realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2024, no auditório da CESPu - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, com a duração de 16 horas.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2024

28
Quinta

29
Sexta

NOV. 2024

Auditório:

CESPU

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave
V. N. de Famalicão

ANEXO II- Certificado de participação “*1ST International Congress Family Health* (ICFH’25)” com a comunicação oral “Comunicação entre equipas um contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar”

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, BEBIANA LOPES, SUSANA FERREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação oral intitulada:
“COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS - UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR”, que
decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime
misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)



Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

ANEXO III- Certificado de participação “1st International Congress Family Health (icfh’25)” com a comunicação livre (poster) “A família como unidade de cuidados: estudo de caso”



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

SUSANA FERREIRA, BEBIANA LOPES, PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação livre (poster) intitulada:
"A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO ", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de
2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025

Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)

Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)



ANEXO IV- Certificado de participação “VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar” com a comunicação oral “Supervisão Clínica-um desafio para a Enfermagem de Saúde Familiar: scoping review”



Certificado

Certifica-se que

Bebiana Lopes

Apresentou o abstract com o título **SUPERVISÃO CLÍNICA - UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR : SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Bebiana Lopes ^{1,2}; Patrícia Gomes Cardoso ^{1,3}; Sónia Pereira ^{1,4}; Susana Ferreira ^{1,5}; Carminda Morais ⁶; Cândida Cracel ⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 3 - ULS Alto Minho/Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - ULS Alto Minho Enfermeira na USF Foz do Lima; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO V- Certificado de participação “VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar” com a comunicação oral “Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar na transição para a parentalidade: scoping review”



Certificado

Certifica-se que

Sónia Pereira

Apresentou o abstract com o título **INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Sónia Pereira ^{1,2}; Patrícia Cardoso ^{1,3}; Bebiana Lopes ^{1,4}; Susana Coelho ^{1,5}; Carminda Morais ⁶; Cândida Cracel ⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - ULS Alto Minho/ Enfermeira na USF Foz do Lima; 3 - ULS Alto Minho/ Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2ª Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO VI- Questionário Estilos de Vida Fantástico (Silva et al., 2014)

COMO É O SEU ESTILO DE VIDA?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último

mês.....

1 UBP = 1 bebida fermentada**2 UBP = 1 bebida destilada**

F	A	N	T	A		S	T	I	C	O
Família e amigos	Actividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Álcool e outras drogas		Sono e Stress	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspecção	Comportamentos de saúde e sexual	Outros comportamentos
1. Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	3. Sou membro de grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades :	6. Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente:	9. Fumo cigarros:	11. A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida) é:	14. Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy ou "legal high "(spice, etc):	17. Durmo bem e sinto-me descansado:	20. Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	23. Sou uma pessoa optimista e positiva:	26. Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	29. Como peão e passageiro, cumprio as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária:
2 Quase sempre	2 Quase sempre	2 Todos os dias	2 Não, nos últimos 5 anos	2 0 a 7 bebidas	2 Nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 Não, no último ano	1 8 a 12 bebidas	1 Ocasionalmente	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Sim, este ano	0 Mais de 12 bebidas	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca
2. Dou e recebo carinho/afectos:	4. Realizo actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez:	7. Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood:	10. Geralmente fumo cigarros por dia:	12. Bebo mais de 6 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	15. Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	18. Sinto -me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	21. Sinto -me aborrecido e/ou agressivo:	24. Sinto -me tenso e/ou pressionado:	27. Converso com o/a parceiro/a, família e/ou amigo/as sobre temas de sexualidade:	30. Como condutor de carro, bicicleta/ mota respeito as regras de trânsito inclusive s/ uso de telemóvel:
2 Quase sempre	2 3 ou mais vezes por semana	2 Nenhum destes	2 Nenhum	2 Nunca	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase nunca	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 1 vez por semana	1 Alguns destes	1 1 a 10 cigarros por dia	1 Ocasionalmente	1 Às vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Não faço nada	0 Todos	0 Mais de 10 cigarros por dia	0 Frequentemente	0 Quase diariamente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca
	5. Caminho no mínimo 30 minutos diariamente:	8. Ultrapassei o meu peso ideal em:		13. Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	16. Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	19. Relaxo e desfruto do meu tempo livre:	22. Sinto -me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	25. Sinto -me triste e/ou deprimido:	28. No meu comportamento sexual, preocupo -me com o bem-estar e a protecção do parceiro/a:	
	2 Quase sempre	2 0 a 4 Kg		2 Nunca	2 Menos de 3 vezes por dia	2 Quase sempre	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	
	1 As vezes	1 5 a 8 Kg		1 Raramente	1 3 a 6 vezes por dia	1 As vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	
	0 Quase nunca	0 Mais de 8 Kg		0 Frequentemente	0 Mais de 6 vezes por dia	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	

SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2)**TOTAL**De 103 a 120. Tem um Estilo de Vida Fantástico
De 85 a 102. Muito bem, esta no caminho certo
De 73 a 84. Tem um estilo de vida adequadoDe 47 a 72. Tem um estilo de vida algo crítico, mas que pode melhorar
De 0 a 46. Está na zona de perigo, mas a sua honestidade é uma excelente qualidade

ANEXO VII- Autorização da autora para a utilização do Questionário Estilos de Vida
Fantástico

Pedido de Autorização para a utilização do questionário Estilos de Vida Fantástico

Caixa de entrada x



Bebiana Lopes

sexta, 13/09/2024, 12:51



Bom dia Exma. Sr.ª Professora Doutora Irma da Silva Brito, Eu, Bebiana Andreia de Freitas Lopes, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária n



irmabrito <irmabrito@esenfc.pt>

quarta, 16/10/2024, 11:01



para Carmindamorais, mim ▼

Ola Bebiana

Prof Carminda

Desculpe mas não respondi logo e esqueci-me

Sim pode utilizar

Estamos a fazer uma atualização com a possibilidade de ser autorelato

Também temos uma escala para os pais preencherem acerca dos filhos:

Estilo de Vida Sensacional (já validada)

Por isso, está desde já autorizada e, enquanto espera pela autorização

da Comissão de ética vamos comunicando

Bem haja

Irma Brito

...



Bebiana Lopes <bebiana.lopes@gmail.com>

quarta, 16/10/2024, 11:50



para Catarina, irmabrito, Carmindamorais ▼

Bom dia Prof. Doutora Irma,

Muito obrigada pela sua resposta e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Bebiana Lopes

...

ANEXO VIII- Autorização da Instituição

Exmo. Sr. Dr. Hélder Lanhas
Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto

Assunto: Pedido de autorização para implementação de Projeto de investigação

Eu, Bebiane Andreia de Freitas Lopes, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um projeto de investigação intitulado “Obesidade infantil- (co) construção de um programa de intervenção com as famílias”, sob orientação da Professora Doutora Carminda Morais. Este estudo tem como finalidade conhecer o impacto de um programa co construído com os pais com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade nos seus filhos.

Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto, aplicando o questionário Estilos de Vida Fantástico e inquérito sociodemográfico aos pais das crianças nascidas em 2015 identificadas na unidade com excesso de peso ou obesidade, realizar sessões com os pais, na construção de um programa com os mesmos no sentido de promover a saúde da família e no final avaliar a eficácia da intervenção. A realização deste projeto, pretende-se que seja durante a realização do estágio compreendido de 1 de outubro de 2024 a 31 de março de 2025.

Comprometo-me a que só serão incluídas no estudo as pessoas que se disponibilizem a participar no mesmo de forma voluntária, após consentimento informado, livre e esclarecido, que as questões éticas serão sempre salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, se assim o pretenderem.

A realização deste trabalho não prevê interferir com o normal funcionamento da USF.

Assim, solicito a sua autorização para a realização do estudo supracitado.

Por favor, assinale com um X a sua decisão:

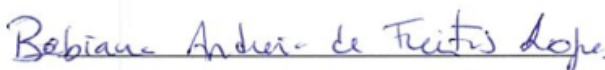
Autorizada a realização do estudo de investigação nesta USF: Sim ☒ Não ☐


(assinatura do Coordenador da USF Manuel Rocha Peixoto)

Grata pela colaboração.

Braga, 16 de julho de 2024

A Investigadora Principal,


(Bebiana Andreia de Freitas Lopes, Cédula Profissional n.º 70495)

ANEXO IX- Parecer da Comissão de Ética da ULS de Braga (CEHB:28_2025)

COMISSÃO DE ÉTICA

Data: 22.01.2025

Nossa referência: 28_2025

Relator: Rosário Araújo

Parecer emitido em reunião ordinária de 22 de janeiro de 2025

Nos termos dos N.º 1 e 6 do Artigo 16.º da Lei N.º 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de Braga (CEHB) emite o seguinte parecer em relação ao estudo “ **Obesidade infantil – (co) construção de um programa de intervenção com as famílias**”

Realizado no âmbito do II Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, avaliação da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, a realizar no 2.º ano do mestrado.

Responsáveis pela Investigação

Investigadora principal

Bebiana Andreia de Freitas Lopes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Orientadora - Catarina Alves

Co-orientador - Maria Carminda Soares Morais

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Interlocutora na ULS Braga – Vera Lúcia Gomes Sousa - Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha

Introdução e justificação do Projeto de Investigação

A incidência da obesidade infantil atingiu uma proporção tão elevada que a Organização Mundial da Saúde considera o problema como um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI. Em Portugal a prevalência de excesso de peso foi de 31,9% e destes 13,5% apresentavam obesidade infantil. A família desempenha um papel determinante na prevenção desta doença, na medida em que os pais são considerados os primeiros educadores nutricionais, conseguindo interferir nas escolhas alimentares das crianças assim como nos seus hábitos alimentares.

O desenvolvimento de intervenções baseadas na família, constitui-se como fundamental na prevenção e tratamento da obesidade infantil e aqui destaca-se o papel do enfermeiro de família.

No ano de 2023, a Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto (USFMRP) desenvolveu um Plano de Acompanhamento Interno (PAI), que pretendia avaliar a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças que completaram 8 anos no referido ano (crianças nascidas em 2015).

Na avaliação inicial, constataram que das 114 crianças em estudo a prevalência de obesidade foi de 16,7% (19 crianças) e excesso de peso 18,4% (21 crianças), merecendo estes resultados especial atenção para a intervenção. Com o diagnóstico de situação elaborado pela unidade, pretende-se agora recorrer à Pesquisa ação Participativa em Saúde (PaPS) para, num trabalho com as famílias, com foco nas suas forças, encontrar novas formas de conhecimento e ação coletiva proporcionando uma mudança positiva nas mesmas.

Objetivo geral do estudo:

- Identificar o impacto de um programa de intervenção co-construído com os pais das crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade.

Objetivos específicos • Caracterizar estilos de vida dos pais; • Identificar as principais forças, dificuldades e barreiras enfrentadas pelos pais na implementação de hábitos de vida saudável; • (Co)criar o programa de intervenção de combate à obesidade e excesso de peso infantil; • Avaliar o processo e resultados do programa de intervenção de combate à obesidade e excesso de peso infantil.

Tipo de estudo

Utilizará uma abordagem de Pesquisa Ação Participativa em Saúde (PaPS), participação como método de pesquisa, em que as pessoas estão envolvidas na investigação em saúde a fim de melhorar a qualidade da investigação.

Recorrerá a métodos mistos, pretendendo conhecer o estilo de vida dos pais das crianças com excesso de peso ou obesidade no início do estudo, co-construir um programa de intervenção de acordo com as suas expectativas e necessidades e avaliar a eficácia do mesmo, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e saúde destas famílias.

Procederá à caracterização sociodemográfica e clínica dos pais (escolaridade, sexo, prática de exercício físico, nº horas semanais, IMC, Patologias Associadas). (Anexo I)

Para o estudo de estilos de vida dos pais recorrer-se-á à escala de Estilo de Vida Fantástico (Anexo II) aplicada aos pais em dois momentos, antes e depois da intervenção. Como intervenção preconiza-se a realização de sessões em grupo com os pais com o intuito de identificar motivações, problemas e encontrar estratégias para os resolver criando metas (sessões de educação para a saúde, partilha de experiências...). As sessões serão realizadas presencialmente, sendo que os pais serão convocados através de contacto telefónico.

Local e cronologia do estudo

Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto (USFMRP), que pertence à Unidade Local de Saúde de Braga.

A realização do estudo terá em consideração o seguinte protocolo de investigação:

- Início do estudo após aprovação da comissão de ética; • Seleção da população-alvo a integrar o estudo;
- Apresentação da investigadora;
- Obtenção do consentimento informado de cada um dos participantes;
- Recolha dos dados;
- Análise dos dados;
- Realização de sessões de grupo (máximo 10 participantes por sessão);
- Recolha de dados;
- Análise dos dados;
- Devolução dos dados aos participantes e à Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto, após o término com a aprovação do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, consubstanciada por prova pública.

População alvo do estudo

Crianças com obesidade e excesso de peso nascidas no ano de 2015. Foram identificadas com excesso de peso (19 crianças) e obesidade (21 crianças).

Critérios de inclusão:

Pais de crianças nascidas, em 2015, identificadas com excesso de peso ($IMC \geq P85$ e $\leq P97$) e que aceitem participar no estudo

Critérios de exclusão:

Pais de crianças nascidas, em 2015, sem diagnóstico de excesso de peso $IMC \geq 85$ e $P < 97$ e obesidade $IMC \geq P97$.

Aos participantes será disponibilizada uma explicação detalhada sobre o estudo, os seus objetivos, garantindo a confidencialidade dos dados, assim como o anonimato.

Caso concordem em participar deverão assinar o consentimento informado, ressalvando que a participação no estudo é voluntária e os participantes podem suspender a mesma em qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Colheita e armazenamento de dados

A recolha de dados será realizada através da consulta do relatório do PAI Obesidade Infantil efetuada pela USF, em 2023 e posterior consulta dos processos dos pais através do SClínico. As informações recolhidas serão pseudonimizadas e tratadas em sistema informático de acesso restrito à investigadora.

A análise estatística será efetuada com recurso ao SPSS®.

Os autores garantem o cumprimento rigoroso dos procedimentos éticos.

É solicitado aos pais autorização para a recolha de dados sociodemográficos referentes aos mesmos (idade, contacto...) e do seu filho (idade, IMC...).

Após este momento, será enviado para os pais, para o e-mail que indicarem, um questionário sociodemográfico e clínico (escolaridade, sexo, prática de exercício físico, nº horas semanais, IMC, Patologias Associadas) e também um Questionário de Estilo de Vida Fantástico que deverão preencher, sendo este último preenchido em dois momentos, antes e depois da intervenção. Foi solicitada a autorização para a utilização do questionário, de acordo com a documentação anexa (Anexo III).

A intervenção consiste na realização de sessões de grupo com os pais, para partilhas de experiências, identificação de necessidades, num programa em co construção com os pais. As sessões em grupo serão gravadas em áudio utilizando um dispositivo específico para o efeito e as gravações serão apagadas logo após a sua transcrição.

Todo o material recolhido será destruído até seis meses após a defesa pública do trabalho.

Não há financiamentos para o estudo nem custos para a ULS de Braga.

Prevê realização e conclusão do estudo em oito meses, incluindo várias etapas desde a elaboração do desenho do projecto, colheita, tratamento e análise dos dados. Discussão dos resultados Elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, entrega do Relatório final e defesa em prova pública Divulgação científica.

Documentos anexados:

Formulário de submissão

CV das investigadoras

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSB

Declaração de responsabilidade

Pedido de autorização ao responsável da USF Manuel Rocha Peixoto para a implementação do projecto na USF

Pedido de autorização da utilização deste questionário à sua autora

Folheto Informativo/ consentimento informado - explicação do estudo, carácter voluntário e possibilidade de desistir em qualquer momento sem ter de justificar

Tem parecer favorável da DPO.

Face ao exposto, a CE nada tem a opor e emite parecer favorável.

O Presidente



Juan R. Garcia

APÊNDICES

APÊNDICE I- Manual de apoio ao cuidado de pessoa dependente

Manual de Apoio ao Cuidador

USF Manuel Rocha Peixoto



ÍNDICE

- [AO CUIDADOR](#)
- [ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL](#)
- [ALTERAÇÕES COMUNS NO ENVELHECIMENTO](#)
- [AMBIENTE](#)
- [HIGIENE ORAL](#)
- [BANHO: CASA DE BANHO](#)
- [BANHO: LEITO](#)
- [ROUPA DE CAMA](#)
- [VESTUÁRIO](#)
- [CUIDADO COM ALGÁLIA \(SONDA VESICAL\)](#)
- [ALIMENTAÇÃO](#)
- [ALIMENTAÇÃO: Sonda Nasogástrica \(SNG\)](#)
- [ALIMENTAÇÃO: PEG \(gastrotomia percutânea\) ou Botão Gástrico](#)
- [ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO](#)
- [MOBILIZAÇÃO: transferência cama-cadeira](#)
- [MOBILIZAÇÃO: transferências/posicionamentos](#)
- [MOBILIZAÇÃO: posicionamentos \(lateral\)](#)
- [MOBILIZAÇÃO: alongamentos para o cuidador](#)
- [ÚLCERAS POR PRESSÃO: prevenção](#)
- [QUEDAS: prevenção](#)
- [REDE SOCIAL DE APOIO](#)
- [REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS \(RNCC\)](#)
- [CONTACTOS IMPORTANTES](#)
- [LINKS ÚTEIS](#)
- [BIBLIOGRAFIA](#)

AO CUIDADOR

Este manual foi criado especialmente para si, que agora assume o cuidado de alguém dependente.

Cuidar de alguém é um ato de amor, coragem e dedicação. Sabemos que essa jornada pode ser desafiadora, mas também repleta de significados e aprendizagens.

Aqui encontrará informações essenciais para familiares e cuidadores dedicados a proporcionar os melhores cuidados, mas que, por vezes, podem sentir-se inseguros sobre como agir em diferentes situações do dia a dia.

Este manual foi criado para apoiá-lo na sua missão, oferecendo orientações práticas, dicas e palavras de encorajamento para que se sinta mais preparado e fortalecido.



Obrigado por ser
essa fonte de
cuidado, carinho
e humanidade.



- Lembre-se de que, para cuidar bem de outra pessoa, é essencial cuidar de si primeiro.
- Reconheça os seus limites, valorize os seus esforços e saiba que não está sozinho.
- Este manual é uma ferramenta que permite esclarecer dúvidas que possam surgir no seu dia a dia enquanto cuidador.

A nossa equipa está disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que possa ter.

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

O Estatuto do Cuidador Informal em Portugal foi criado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro e regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 101/2020, de 26 de novembro. Este diploma reconhece e regula os direitos e deveres dos cuidadores informais, bem como o apoio às pessoas cuidadas.

Quem é o cuidador informal?

- Pessoa que presta cuidados, de forma regular e não remunerada, a alguém com quem tem uma relação próxima, como um familiar ou amigo, que se encontra em situação de dependência (por exemplo, devido a doença, deficiência ou idade avançada).
- Existem **dois tipos de cuidadores informais**:
 - **Principal**: Dedicar a maior parte do tempo aos cuidados, sem acumular atividade profissional significativa.
 - **Não principal**: Prestar cuidados de forma regular, mas não exclusiva, conciliando com outras atividades.

Apoios à pessoa cuidada:

- Avaliação regular por profissionais de saúde.
- Acesso a serviços de apoio domiciliário, ajudas técnicas (equipamentos) e medicamentos comparticipados.

Obrigações do cuidador informal:

- Garantir os cuidados necessários à pessoa cuidada, respeitando a sua dignidade e autonomia.
- Aceitar formação e supervisão, se solicitado.

Principais direitos do cuidador informal:

Reconhecimento oficial: Podem ser reconhecidos através de candidatura junto dos serviços da Segurança Social.

Apoios financeiros: Subsídio de apoio ao cuidador informal principal (dependente do escalão de rendimentos do agregado familiar).

Descanso e apoio psicológico: Acesso a períodos de descanso e a serviços de apoio psicológico e formação.

Flexibilidade laboral: Direito a adaptar horários de trabalho ou pedir licença para assistência.

Apoios sociais e jurídicos: Acesso a informação e apoio jurídico sobre os seus direitos e os da pessoa cuidada.

Prioridade no SNS: Prioridade em consultas e outros serviços de saúde.

ALTERAÇÕES COMUNS NO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento acarreta um conjunto alterações comuns e esperadas inerentes à própria idade da pessoa ou associadas às patologias que esta possa ter.

- A pele perde a elasticidade e fica mais fina, seca e áspera, sendo mais fácil coçar e mais fácil abrir feridas com pequenos traumas;
- O andar fica mais lento, a flexibilidade e os reflexos diminuídos, aumentando o risco de queda;
- O conteúdo de cálcio dos ossos, a massa e força muscular diminuem;
- O sistema imunitário, que defende o indivíduo contra infeções, é menos ativo, e o idoso tem uma suscetibilidade maior a algumas infeções como pneumonia e tuberculose;
- O sistema de adaptação de pressão arterial e temperatura também muda, sendo comuns: a deficiência na resposta ao calor ou frio intenso; a ausência de febre nas infeções; as quebras de tensão em mudanças rápidas de posição e a má adaptação da pressão arterial a perdas de líquidos (desidratação);
- O coração pode bater mais devagar, mesmo em situações em que deveria acelerar, e diminui sua capacidade de adaptação ao "stress";
- Existe uma diminuição de memória em idades muito avançadas, mais relacionadas à falta de estímulo e atividade do que à incapacidade de se lembrar; mantendo o estímulo e a atividade mental, os idosos preservam a sua capacidade de exercer as funções intelectuais habituais;
- A saliva diminui, os movimentos de deglutição ficam mais lentos, havendo maior risco de engasgamento;
- O sono altera-se, sendo comum o idoso dormir menos à noite, e ter períodos de sonolência durante o dia, principalmente quando não tem nenhuma atividade/estímulo.



AMBIENTE

O espaço principal para a pessoa dependente é aquele onde passa grande parte do seu tempo e onde recebe cuidados. Por isso, é essencial que seja um local seguro e confortável.

Manter a **limpeza do ambiente**, da **cama** e o cuidado nas trocas de roupas, na higiene pessoal e na preparação dos alimentos devem ser rotina para evitar infeções e complicações.

O local onde o utente permanece a maior parte do seu dia DEVE:

- ser **arejado** pelo menos **uma vez por dia** (de preferência numa altura em que a pessoa não esteja nessa divisão);
- estar **limpo**;
- estar **livre de obstáculos** que dificultem a prestação de cuidados e a mobilidade do utente (móveis, tapetes, etc);
- ter um local próximo do utente onde a pessoa possa ter os seus **objetos pessoais** e que seja **de fácil acesso**.



DICA!

Colocar junto da pessoa uma **campainha ou sineta** que lhe permita pedir ajuda.



HIGIENE ORAL

A Higiene oral é fundamental nos cuidados de higiene porque mantém a pessoa mais confortável, **previne infecções, cáries e aftas**, estimula a circulação do sangue e **evita o mau hálito**.

Quando?

- Pela **manhã** ao acordar, **após as refeições** e **antes de dormir**;
- Deve ser **sempre** realizada quer tenha dentes naturais ou placa e mesmo que não se alimente pela boca.

Procedimento:

- Ajudar a pessoa a **sentar-se ou a levantar a cabeça/cabeceira** (nunca deitado, pelo risco de aspiração);
- Colocar uma toalha seca por baixo do queixo;
- Dar um pouco de água à pessoa para humedecer a boca;
- Utilizar a escova de dentes com dentífrico e **escovar suavemente** os dentes, bochechas, gengivas e língua;
- Limpar com **fita dentária** os espaços entre os dentes;
- No caso de usar **prótese dentária** (dentadura), **retire-a e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio**. Não usar água muito quente. Se a pessoa apresentar feridas na boca, colocar a dentadura apenas na hora das refeições;
- Dar um pouco de **água fria para bochechar** e incentivar a pessoa a cuspir para o recipiente para a água suja;
- Se a pessoa não estiver colaborante passar suavemente nos dentes, gengivas e língua uma **compressa embebida em elixir**;
- Colocar **batom de cíeio** ou vaselina nos lábios.

Material:

- Toalha;
- Pasta dentífrica (flúor 1000-1500ppm) ou solução antisséptica (evitar elixires com álcool) e fita dentária;
- Escova de dentes, esponja ou espátula envolvida por compressa;
- Copo com água;
- Recipiente para água suja;
- Hidratante para os lábios (vaselina líquida ou batom de cíeio);
- Escova de unhas, sem uso anterior, para limpeza de próteses.



DICA!

Se a pessoa morder a escova, **não tente retirar à força**, o maxilar acabará por descontrair.

BANHO: casa de banho

O banho é o ato de higienizar o corpo com água, geralmente associado ao uso de produtos de limpeza, como sabonete e/ou shampoo. Mais do que uma prática de higiene, pode proporcionar **relaxamento, renovação e bem-estar físico e mental**.

Quando?

- Deve ser **diário**, a higiene íntima e das mãos sempre que necessário;
- Quando não for possível o banho completo **lave diariamente a cara, mãos, axilas e genitais**;
- A qualquer hora do dia, no entanto de manhã é quando a pessoa dependente tem mais energia;
- Pode-se escolher as horas mais quentes do dia procurando respeitar sempre a preferência da pessoa.

Material:

- Toalha;
- Sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com o pH neutro
- Esponja;
- Fralda se necessário;
- Creme hidratante;
- Roupas;
- Pente ou escova do cabelo;



DICA!

Verifique **SEMPRE** a temperatura da água do banho.

Cuidados a ter:



- **Retirar os obstáculos** que possam impedir o percurso seguro até à casa de banho;
- **Usar a cadeira de banho**, para minimizar o risco de queda;
- Se a pessoa dependente permanecer muitas horas deitado, é importante deixá-lo sentado por alguns minutos antes de o levar para a casa quarto de banho;
- **Ajudar sempre a pessoa a entrar e sair do chuveiro/banheira**.

BANHO: no leito

O banho no leito (cama) é efetuado quando o estado geral de saúde da pessoa cuidada não permite que a sua higiene seja efetuada na casa de banho.

Material:

- 3 Toalhas (corpo, cabeça e zona genital);
- Sabonete ou gel de banho dermoprotetor e com o pH neutro;
- Esponja ou luva de banho;
- Bacia para água;
- Fralda (se necessário);
- Creme hidratante;
- Roupa;
- Pente ou escova do cabelo;



Assegure-se de que não há correntes de ar e atenção à temperatura do quarto.

Cuidados a ter em atenção:

- Antes de iniciar os cuidados de higiene, oferecer a possibilidade da pessoa fazer as suas necessidades fisiológicas (se aplicável);
- Ter em conta a privacidade e conforto da pessoa cuidada;

Procedimento:

- **Elevar a cama em altura**, se possível, para diminuir o esforço nas suas costas;
- Iniciar o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e prosseguir até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
- Usar lençol para **cobrir a pessoa evitando a sua exposição**, lavando uma parte do corpo de cada vez;
- Secar cada parte do corpo à medida que vai sendo feita a higiene, tendo especial **atenção às pregas da pele** (região infra mamária, axilas, virilhas, e entre os dedos) - desta forma evita o aparecimento de zonas maceradas e propícias ao crescimento de fungos.
- Ajudar a pessoa a voltar-se de lado para lhe lavar as costas;
- A **zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho**, da frente para trás e, se a pessoa cuidada for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque e volte a colocar na posição inicial;
- **Trocar a água** da bacia sempre que estiver suja ou fria;
- No final do banho **massajar todo o corpo com creme hidratante** com movimentos longos e suaves para ajudar a ativar a circulação. Deve incidir nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares).
- Vestir a pessoa, e colocá-lo numa posição confortável;



ROUPA DE CAMA



No **Verão**, use uma manta de algodão leve, e no **Inverno** opte por um **edredom de penas**, que é quente mas leve.

Quando?

- Em utentes que permanecem a maior parte do seu dia na cama os lençóis devem ser mudados **diariamente**.

Cuidados a ter em atenção:

- A roupa de cama deve ser confortável e estar limpa.
- Deve ser 100% algodão (evita transpiração e podem ser lavados a altas temperaturas);
- Procure manter os lençóis bem esticados e livres de migalhas e/ou outros vestígios de comida, para evitar zonas de pressão sobre a pele e desconforto.

Como mudar os lençóis com a pessoa deitada?

- Se a cama tiver rodas certifique-se de que está travada;
- Retirar a almofada e o lençol de cima;
- Com uma mão no braço ou ombro e outra na perna dobrada, rode a pessoa para o bordo da cama, puxando-o na sua direção (certifique-se que a pessoa está segura e numa posição fixa);
- Retire o lençol de baixo e liberte-o até às costas da pessoa;
- De seguida, coloque o lençol limpo, aproximando-o das costas da pessoa;
- Desloque a pessoa para o outro lado da cama, utilizando a mesma técnica;
- Retirar o lençol sujo e esticar o lençol de baixo completamente;
- Mudar a fronha da almofada;
- Posicionar a pessoa novamente e certificar-se de que está confortável.



Fonte (imagens): <https://www.tutoraids.com/como-trocar-o-lencol-de-uma-pessoa-acamada/>

VESTUÁRIO

Deve ter em atenção a diferença entre o **vestir e ajudar a vestir**. Devemos **preservar** o máximo possível as **capacidades ainda existentes** da pessoa dependente.

É importante **estimular o autocuidado** e **manter a autonomia**.

Procedimento:

DESPIR a pessoa acamada:

(Sempre que possível, peça a colaboração da pessoa ou outro familiar)

• Despir a parte de cima:

- Posicione a pessoa de lado, virado para si;
- Dispa a manga do braço que está virado para cima;
- Enrole a roupa suavemente nas costas;
- Vire a pessoa para o lado oposto e retire a outra manga;

• Despir a parte de baixo:

- Desaperte os botões da roupa (se houver);
- Dobre levemente as pernas da pessoa;
- Coloque um braço sob o joelho da pessoa;
- Eleve o joelho e, com a outra mão, puxe as calças para baixo.

VESTIR a pessoa acamada:

- Repetem-se os passos anteriores na mesma ordem.



DICA!

Se a pessoa tiver um dos lados paralisado, comece **sempre a despir pelo lado que consegue mover**, e a vestir pelo lado paralisado



Fonte (imagens): <https://pt.scribo.com/infyfile/after-stroke-how-to-dress-and-undress-78282924.html>

CUIDADOS COM ALGÁLIA (sonda vesical)

A sonda vesical é um “tubo” que se utiliza para **esvaziar e recolher a urina da bexiga**.

Em que situações pode ser necessário utilizar uma algália?

- Retenção urinária (incapacidade da pessoa urinar mesmo sentido vontade);
- Pós operatórios;
- Necessidade de manter a pele da região perineal seca (situações de úlcera por pressão, por exemplo)



Deve contactar a equipa de saúde se:

- Febre, urina espessa ou turva ou com cheiro intenso;
- Apresentar inflamação na uretra;
- Observar sangue dentro ou fora da sonda;
- O volume de urina diminuir significativamente ou não urinar (mesmo mantendo a ingestão abundante de líquidos);
- Perder urina em grande quantidade por fora da algália (falda frequentemente húmida com urina);
- Sensação de dor/desconforto no fundo da barriga.

Cuidados a ter com a sonda vesical:

- A pessoa deve **beber** pelo menos **1,5L de água por dia**;
- Os genitais devem ser mantidos limpos, para evitar infeções;
- Sempre que lavar os genitais, o **tubo visível da sonda vesical** deve também ser **lavado com água e sabão (pelo lado externo da algália)**;
- **Evitar puxar ou empurrar** a sonda vesical, para não causar feridas;
- O **saco coletor** deve ser colocado abaixo do nível da bexiga, sem colocar no chão e **esvaziar** sempre que tenha **atingido 2/3 da sua capacidade**.
- Não se deve trocar o saco coletor de urina **exceto se este estiver deteriorado** (furado, com muito sedimento – placas esbranquiçadas)



DICA!

Verifique sempre se a sonda ou o tubo do saco **não estão dobrados**.

ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação equilibrada e nutritiva tem impacto direto no bem-estar físico e mental das pessoas, além de ajudar na prevenção e tratamento de doenças. A **alimentação** deve ser **variada**, **respeitar as preferências individuais** e **valorizar alimentos locais, sazonais e acessíveis**.

Nas situações de doença prolongada/envelhecimento, como cuidador, deve estar preparado para diferentes cenários comuns neste tipo de condição de saúde:

1. Perda de apetite e de peso.
2. Perda de massa muscular.
3. Engasgamento para líquidos e/ou sólidos (disfagia).

O que a sua equipa de saúde pode oferecer:

1. e 2. Acompanhamento por Nutrição.
3. Colocação de dispositivos para alimentação.

ALERTA!



Se a pessoa tossir ou se engasgar com muita frequência deve contactar a equipa de saúde!

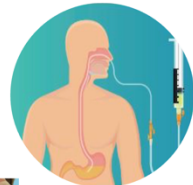
Cuidados durante as refeições:

- **Incentivar a autonomia:** mesmo que seja devagar, motive a pessoa a comer sozinha;
- **Utensílios adaptados:** use pratos, talheres, copos ou chávenas adaptadas para facilitar o seu manuseio;
- Os alimentos devem ser servidos em pratos pequenos, em **pequenas quantidades, 5 a 6 vezes por dia**;
- **Reforce o pequeno-almoço**, porque o apetite tende a diminuir ao longo do dia;
- **Refeições no leito:** Se a pessoa se alimenta na cama, **posicione-o com a cabeça elevada** (almofadas podem ajudar a manter uma posição confortável);
- **Oferecer líquidos regularmente:** mesmo que a pessoa não peça, reforce a hidratação oral. **Deve beber 6-8 copos de água/dia**, oferecendo-a nos intervalos das refeições;
- Atenção à temperatura dos alimentos: **verifique a temperatura antes de servir**, pois a pessoa pode ter a sensibilidade reduzida;
- **Facilite o acesso aos alimentos:** para pessoas com limitação de movimento, coloque a comida e os líquidos no lado mais funcional;
- Após a refeição a pessoa deve **permanecer pelo menos 30 minutos sentada**, para favorecer a digestão.

ALIMENTAÇÃO: Sonda Nasogástrica (SNG)

Consiste num tubo (sonda), inserido através de uma narina até ao estômago, para administração de alimentos/líquidos/medicamentos nas pessoas incapazes de deglutar.

- A **SNG é fixada ao nariz com um adesivo** que deve ser **mudado preferencialmente todos os dias**, com o cuidado de não retirar a sonda do sítio, limpando previamente a pele do nariz;
- Se a **SNG sair do sítio** (exteriorizar) **não a deve voltar a introduzir** – **CONTACTE A SUA EQUIPA DE SAÚDE**;
- Os **alimentos** devem ser **triturados** até obter uma **consistência líquida** para não obstruir a sonda, devem estar **mornos ou frios** para não provocar queimaduras;
- Deve efetuar entre **6-7 refeições por dia**.
- Ao longo do dia deve ir administrando **água pela sonda (6-8 copos)**.
- A **medicação** deve ser **triturada e administrada após dissolver em água**.



DICA!

Higiene oral: apesar de não se alimentar pela boca, deve frequentemente lavar os dentes, gengivas, hidratar a cavidade oral e aplicar creme hidratante nos lábios

Procedimento:

ANTES da refeição

- A pessoa deve ficar **sentada**. Se não for possível deve deitá-la **de lado**;
- Verificar se a sonda está bem posicionada (verificar medida);
- Se a sonda estiver **>5 cm deslocada da medida estabelecida**, contacte a equipa de saúde;
- **Verifique se a sonda está no estômago:**
 - Com uma seringa, tente aspirar o conteúdo gástrico, se fluir conteúdo, é porque está bem colocada;
 - **Verifique o volume de conteúdo aspirado:** se este for **≥ à última refeição**, introduza novamente o conteúdo e espere cerca de 1 hora. Recomeçar a alimentação com chá e verificar se foi bem tolerado ao fim de 1 hora. Depois pode progredir para alimentos mais consistentes.
 - Sempre que tirar a tampa da sonda deve fechar (clampar) a sonda com a mão para não entrar ar nem sair líquido.

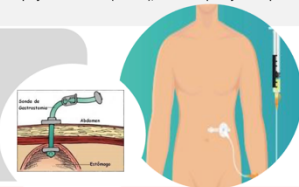
DURANTE a refeição

- **Dê a refeição lentamente.** Suspenda a seringa de alimentação acima da cabeça da pessoa para facilitar a descida dos líquidos;
- Depois de alimentar a pessoa por sonda, esta deve permanecer **sentado cerca de 30 minutos**;
- No fim da refeição **introduza uma seringa de água** para lavar a sonda e hidratar a pessoa.

ALIMENTAÇÃO: PEG (gastrostomia percutânea) ou Botão Gástrico

Consiste na colocação de uma sonda diretamente no estômago através da parede abdominal. Para manter a sonda na posição correta, coloca-se uma pequena peça transversal (travão), no tubo que ajusta à pele ao nível do orifício (estoma).

- A PEG está fixada na face interna da parede abdominal, através de um balão que impede a sua exteriorização.
- Os alimentos devem ser triturados até obter uma consistência líquida para não obstruir a sonda, devem estar mornos ou frios;
- Deve efetuar entre 6-7 refeições por dia.
- Ao longo do dia deve ir administrando água pela sonda (6-8 copos).
- A medicação deve ser triturada e administrada após dissolver em água.
- A mudança da PEG é, habitualmente, efetuada de 6/6 meses.



Procedimento:

- Posicionar a pessoa confortavelmente, se possível sentada ou cabeça elevada;
- Verificar se a sonda está bem posicionada (verificar se o número que está no tubo próximo do local de saída é o estava no momento da colocação), e se não está obstruída (administrar cerca de 20cc de água – se a pessoa apresenta dor intensa deve parar administração e contactar serviço da gastro do hospital ou linha SNS24);
- Administrar a alimentação/medicação através de seringa própria para o efeito;
- Administrar a medicação, previamente triturada e diluída;
- Lavar sempre a sonda com pelo menos 20ml de água, antes e após a alimentação ou administração de medicação;

É fundamental vigiar a integridade da sonda, assim como o estado da tubuladura: se aparecimento de placas pretas no interior da mesma, que não desapareçam com a limpeza habitual, deve contactar a consulta externa do Serviço de Gastro do hospital.



Cuidados com o ESTOMA (local de inserção da sonda)

- Após 2 semanas da colocação da PEG é possível que a pessoa tome banho de imersão ou chuveiro, se for o seu hábito.
 - Deve manter o local do estoma sempre limpo e seco;
 - O tubo deve ser girado sobre o próprio eixo pelo menos 1x/semana;
 - Verificar diariamente se há drenagem de líquido/secreção gástrica pelo estoma: limpar com sabão neutro, água morna com uma compressa, secando bem logo de seguida;
 - Vigiar o aparecimento de sinais inflamatórios ligeiros: pele vermelha, brilhante, macerada; ou sinais inflamatórios mais severos como dor, exsudado esverdeado, cheiro fétido ou febre;
- Se aparecer um **granuloma** (tecido vermelho vivo que cresce acima da parede abdominal, junto ao estoma) informe a equipa de saúde.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

O cumprimento das doses e horários da toma dos medicamentos garante um tratamento mais eficaz, ajuda na prevenção de complicações ou agudização de doenças conhecidas, e pode contribuir para a melhor qualidade de vida da pessoa cuidada.

Conservação e armazenamento dos medicamentos:

- Guarde os medicamentos em local seco, fresco e fora do alcance das crianças;
- Siga as instruções específicas, como por exemplo colocar no frigorífico, quando necessário;
- Não misture medicamentos diferentes no mesmo recipiente.
- Não retire os medicamentos da embalagem original exceto quando faz preparação prévia dos mesmos em caixas próprias para o efeito.

ALERTA!



Não se esqueça de verificar SEMPRE a data de validade dos medicamentos!

Cuidados a ter em consideração:

- Siga a prescrição definida pelo médico.
- Não ofereça medicação oral quando o paciente estiver deitado (risco de engasgamento ou aspiração). Mantenha a cabeça elevada ou utilize travesseiros/almofadas grandes que permitam elevar a cabeça. Se não for possível elevar a cabeça, vire-o de lado;
- Se houver dificuldade em engolir os comprimidos, triture-os e dissolva o pó numa pequena quantidade de água.
- Nas pessoas mais autónomas, utilize caixas para organização diária/semanal de medicação para minimizar o risco de trocas de medicamentos.



MOBILIZAÇÃO: transferência cama-cadeira

A mobilização promove o bem-estar, melhora a circulação, respiração, regula o intestino, previne a perda muscular, facilita a mobilidade das secreções e evita úlceras de pressão. É importante incentivar a pessoa a mudar de posição.

Informações:

- Colocar a **cadeira** o mais **próximo da cama** possível;
- **Solicitar ajuda** de uma terceira pessoa, quando possível;
- Manter sempre uma **postura correta**.



Procedimento:

1. **Sentar a pessoa na beira da cama;** Faça força com os seus joelhos e peça à pessoa que colabore na subida, olhando em frente até estar na posição vertical; Se for possível, peça à pessoa que incline o tronco para frente, no momento de se levantar. Repare que **o pé do cuidador apoia os pés da pessoa**, dando suporte e **impedindo que deslize**.
2. Efetuar **pequenos passos enquanto faz a rotação** em direção ao cadeirão/cadeira;
3. **Fletir ligeiramente as pernas** ao mesmo tempo que ajuda a pessoa a sentar;
4. Assegure-se de que a pessoa se senta com a região lombar encostada às costas do cadeirão/cadeira

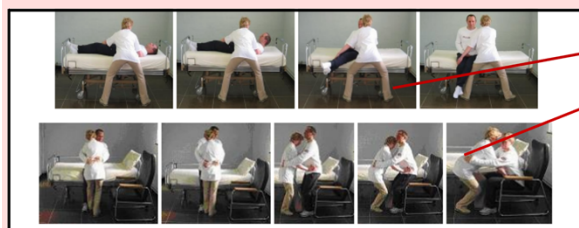


MOBILIZAÇÃO: transferências/posicionamentos

A mobilização promove o bem-estar, melhora a circulação, respiração, regula o intestino, previne a perda muscular, facilita a mobilidade das secreções e evita úlceras de pressão. É importante incentivar a pessoa a mudar de posição.

Informações para o cuidador:

- Procure adotar uma **postura correta** quando mobiliza a pessoa cuidada;
- **Utilize dispositivos de apoio** com características adequadas para facilitar o processo: por exemplo camas articuladas com ajuste de altura; cadeirões reguláveis;
- **Solicite ajuda** de uma terceira pessoa, quando possível;



Para este passo, o cuidador deve colocar as pernas afastadas e uma à frente da outra, apoiando um dos joelhos na cama.

Mantenha as costas retas.



MOBILIZAÇÃO: transferências/posicionamentos

A mobilização promove o bem-estar, melhora a circulação, respiração, regula o intestino, previne a perda muscular, facilita a mobilidade das secreções e evita úlceras de pressão. É importante incentivar a pessoa a mudar de posição.

Informações para o cuidador:

- Procure adotar uma **postura correta** quando mobiliza a pessoa cuidada;
- Utilize **dispositivos de apoio** com características adequadas para facilitar o processo: por exemplo camas articuladas com ajuste de altura; cadeirões reguláveis;
- Solicite ajuda de uma terceira pessoa, quando possível;

Mover a pessoa de UM LADO PARA O OUTRO



- Ajuste adequadamente a altura da cama;
- Divida o processo de transferência em 3 partes: perna – cintura-ombros;
- Coloque os seus braços por baixo da região lombar e coxa da pessoa cuidada;
- Arraste o peso da pessoa cuidada utilizando o seu próprio peso.

Mover a pessoa PARA CIMA na cama



- Ajuste adequadamente a altura da cama;
- Quando a pessoa colabora, peça para fletir os joelhos e fazer força sobre os pés;
- Coloque os seus braços por baixo da região nalgueira e costas da pessoa cuidada;
- Arraste o peso da pessoa cuidada utilizando o seu próprio peso.

MOBILIZAÇÃO: posicionamentos (lateral)

A mobilização promove o bem-estar, melhora a circulação, respiração, regula o intestino, previne a perda muscular, facilita a mobilidade das secreções e evita úlceras de pressão. É importante incentivar a pessoa a mudar de posição.

Cuidados para o cuidador:

- Procure adotar uma **postura correta** quando mobiliza a pessoa cuidada;
- Utilize **dispositivos de apoio** com características adequadas para facilitar o processo: por exemplo camas articuladas com ajuste de altura; cadeirões reguláveis;
- Solicitar ajuda de uma terceira pessoa, quando possível;
- Faça **alongamentos diariamente** para proteger as suas articulações e prevenir contraturas.



1. Puxe a pessoa para a beira da cama, colocando os seus braços por baixo do seu corpo.



2. Estenda o braço da pessoa para que não fique em baixo do corpo quando virar de lado, e coloque o outro braço sobre o peito.



3. Cruze as pernas da pessoa colocando, por cima, a perna do mesmo lado da mão que está sobre o peito.



5. Vire ligeiramente o ombro que ficou por baixo do corpo e coloque uma almofada nas costas, impedindo que as costas caiam na cama.



2. Estenda o braço da pessoa para que não fique em baixo do corpo quando virar de lado, e coloque o outro braço sobre o peito.



4. Com uma mão no ombro e outra no quadril da pessoa, vire-a lentamente e com cuidado.
Para este passo, o cuidador deve colocar as pernas afastadas e uma à frente da outra, apoiando um dos joelhos na cama.



6. Para deixar a pessoa mais confortável, coloque um travesseiro entre as pernas, outro por baixo do braço que está em cima e uma almofada pequena debaixo da perna que está em contato com a cama, acima do tornozelo.

MOBILIZAÇÃO: alongamentos para o cuidador

- Faça alongamentos diariamente para proteger as suas articulações e prevenir contraturas.

Exercícios de alongamento para as costas:



Exercícios de alongamento gerais:



ÚLCERAS POR PRESSÃO: prevenção

Uma úlcera de pressão é uma lesão na pele e/ou tecidos adjacentes, frequentemente sobre uma proeminência óssea, e que resulta de pressão ou de uma combinação entre pressão e forças de torção ou seja são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície dura (colchão, cadeira,...).

Fatores de risco:

- Incapacidade em mobilizar-se;
- Permanecer longos períodos na mesma posição;
- Pessoa muito magra ou com excesso de peso;
- Falha no controlo de esfínteres (urina e fezes);
- Transpiração aumentada.
- Forças externas: pressão, compressão, torção, cisalhamento



Locais comuns onde surgem úlceras de pressão:

Estas feridas podem ocorrer em qualquer parte do corpo onde existam proeminências ósseas, mas são mais comuns:

- Decúbito dorsal (costas para baixo): cabeça, cotovelos, cóccix, calcanhares;



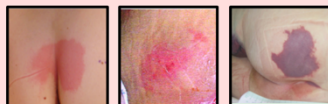
- Decúbito lateral: orelha, ombro, anca, joelhos, tornozelos.



Exemplo de lesões a que deve estar atento:

- Zonas de pele vermelha que não desaparece quando pressiona, apesar da pele estar intacta;
- Perda parcial de pele, com ferida superficial;
- Feridas mais profundas;
- Zona vermelha escura/púrpura com pele intacta ou bolha de sangue

CONTACTE o enfermeiro de família se surgirem lesões semelhantes às das imagens ao lado



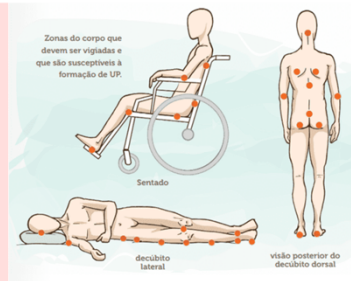
Se o utente apresentar uma **zona da pele vermelha que não desaparece após alívio da pressão, manchas roxas ou bolhas** poderá indicar o início de uma úlcera de pressão e, neste caso, a massagem pode causar danos. Massage apenas a zona envolvente.

ÚLCERAS POR PRESSÃO: prevenção

Uma úlcera de pressão é uma lesão na pele e/ou tecidos adjacentes, frequentemente sobre uma proeminência óssea, e que resulta de pressão ou de uma combinação entre pressão e forças de torção ou seja são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície dura (colchão, cadeira,...).

Como prevenir Úlceras de Pressão:

- Manter a pele limpa e seca;
- Aplicar creme hidratante (1x dia) e evitar massajar as zonas com proeminências ósseas;
- Na mudança da fralda, efetuar a higiene com água e sabão e aplicar um protetor cutâneo em creme ou spray para evitar lesões por humidade;
- Vigiar alterações da pele em zonas que contenham dispositivos médicos (tubos oxigénio, sondas de alimentação e algália);
- Examinar a pele da pessoa diariamente. Se apresentar algum indício de ferida ou pele macerada, não sentar ou deitar em cima da região afetada. Contactar enfermeiro de família para avaliar.
- Manter a roupa da cama e vestuário limpos e secos, sem dobras/vincos;
- A roupa da cama, incluindo as fronhas das almofadas, e a roupa que a pessoa veste, deve ser lisa, sem bordados, sem costuras grossas e sem botões, e adequado à temperatura ambiente;
- Incentivar a pessoa a efetuar pequenos exercícios como pentear, lavar a cara e mudar de posição, se possível;



ÚLCERAS POR PRESSÃO: prevenção

Uma úlcera de pressão é uma lesão na pele e/ou tecidos adjacentes, frequentemente sobre uma proeminência óssea, e que resulta de pressão ou de uma combinação entre pressão e forças de torção ou seja, são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície dura (colchão, cadeira,...).

Como prevenir Úlceras de Pressão (continuação):

- **Reforçar a ingestão de carne, peixe e ovos**, nas refeições principais. No caso de só comer sopa, esta deve ser reforçada com carne, peixe ou ovo;
- Utilizar dispositivos de alívio de pressão nomeadamente para a cama e para a cadeira, tendo em conta que **os dispositivos não substituem os posicionamentos (figura 1)**. As superfícies de apoio devem ser adequadas ao peso do utente e ao tempo que este passa deitado/sentado
- Se a pessoa ficar sentada em cadeira de rodas ou poltrona, usar uma almofada de ar, água ou gel para a região das nádegas (**nunca aquelas almofadas que tem um orifício no meio**);
- **Posicionar corretamente a pessoa**, protegendo e aliviando a pressão nas zonas com proeminências ósseas (**figura 2**). Os calcanhares não devem estar em contacto com a superfície de apoio pelo elevado risco de aparecimento de ulcera por pressão (ver **figura 3**).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

QUEDAS: prevenção

Fatores de risco:

- Viver sozinho;
- Tomar medicamentos, em especial medicamentos psicotrópicos;
- Doenças crônicas: artroses, osteoporose, depressão, diminuição da visão/audição, diminuição da massa muscular;
- Mobilidade reduzida e alterações no equilíbrio;
- Dificuldades cognitivas e demência;
- Calçado e vestuário inadequados;
- Subir para escadotes, cadeiras, bancos, árvores, autocarros;
- Pisos escorregadios ou irregulares, pavimentos degradados.

Prevenção de quedas:

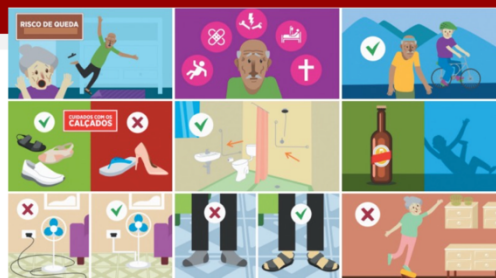
- Assegurar uma **boa iluminação**. Durante a noite deixar uma **luz de presença acesa** (por exemplo no corredor);
- **Não deixar fios elétricos e de telefone soltos pelo chão**. Estes devem estar presos à parede;
- **Retirar tapetes existentes pela casa**, principalmente nas escadas. Na real necessidade de manter tapetes este devem ser antiderrapantes com todas as **bordas bem coladas ao chão**;
- **Escadas**: devem estar pintadas de cores diferentes ou ter uma marca no 1º e último degrau. Os degraus devem ter piso antiderrapante;
- **Evitar o uso de vestuário demasiado comprido ou largo**, que atrapalhem a marcha, e sobretudo o levantar e o sentar;
- **O calçado deve prender a zona do calcanhar**, pelo que deve-se evitar o uso de chinelos;
- Efetuar **rastreo de visão** com regularidade (1x/ano).



QUEDAS: prevenção

Adaptação da casa de banho:

- Colocar **tapete antiderrapante** na base do chuveiro;
- Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes;
- **Não utilizar esquentador a gás** dentro da casa de banho;
- **Utilizar barras de apoio** no polibã/banheira e nas paredes próximas da sanita;
- Retirar as chaves da porta.



Adaptação da cozinha:

- Os armários **não devem ficar em locais muito altos**. Guarde os objetos pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente em locais de fácil acesso;
- A porta do frigorífico **não deve estar sobrecarregada** para evitar que este possa cair quando é aberto;
- Os fornos elétricos e os micro-ondas devem estar instalados em local de fácil acesso ao nível do tórax, por forma a evitar acidentes como queimaduras.

Adaptação do quarto

- Preferir uma **cama larga**, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão;
- Deve **sentar-se alguns segundos** na cama, com os pés no chão, antes de se levantar (evitar tonturas);
- A **mesa-de-cabeceira** deve ter **bordas arredondadas** e tente fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite de se apoiar nela;
- Tenha uma **cadeira no quarto**, para se **sentar para calçar meias e sapatos**;
- Os **interruptores** devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado;

REDE SOCIAL DE APOIO

Caso necessite de apoio para as atividades de vida diária do dependente, deve dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência e informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário. Estão abrangidos o apoio em higiene pessoal, o apoio em higiene no domicílio, o fornecimento de refeições e o tratamento de roupa. O valor a pagar pelo apoio domiciliário depende dos rendimentos e das despesas (renda, água, luz e medicação) que apresente.

SAD – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

SAD	Freguesia
Cruz Vermelha Portuguesa Delegação de Braga	S. Vitor
Associação Juvenil "A Bogalha"	
Fundação Stela e Oswaldo Bomfim	Maximinos, Sé e Cividade
Patronato S. Pedro de Maximinos	
Associação de Assistência de S. Vicente de Paulo	
Centro Comunitário de S. Martinho de Dume	Real, Dume, Semelhe
Santa Casa da Misericórdia de Braga	S. José de S. Lázaro e S. João do Souto
Centro Social da Paróquia de S. Lázaro	
Centro Cultural e Social de Santo Adrião	Gualtar
Centro Social Paróquia de Gualtar	
Centro social da Paróquia de Aveleda	Celeirós, Aveleda e Vimieiro
Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Vale D'Este	

SAD	Freguesia
Centro Social Paroquial Mire de Tibães	Mire de Tibães
Associação de Pais e Amigos da Freguesia de Cunha	Arentim e Cunha
Associação de Defesa do Idoso e Criança de Arentim	
Associação de Solidariedade Social S. Tiago de Fraião	Nogueira, Fraião e Lamações
Centro Social da Paróquia de Nogueira	
Associação Cultural e Recreativa de Cabreiros	Cabreiros e Passos São Julião
Centro Social Paroquial de Sobreposta	Sobreposta
Associação Social, Cultural, Recreativa e Desportiva de Nogueiró	Nogueiró e Tenões
Casa do Povo de Tadmim	Tadmim
Centro Social da Paróquia de Adaúfe	Adaúfe
Centro Social da Paróquia de Ferreiros	Ferreiros e Gondizalves

REDE SOCIAL DE APOIO

Caso necessite de apoio para as atividades de vida diária do dependente, deve dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência e informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário. Estão abrangidos o apoio em higiene pessoal, o apoio em higiene no domicílio, o fornecimento de refeições e o tratamento de roupa. O valor a pagar pelo apoio domiciliário depende dos rendimentos e das despesas (renda, água, luz e medicação) que apresente.

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ERPI	FREGUESIA
Asilo de S. José	S. Vitor
Centro Social da Paróquia de Ferreiros	Ferreiros e Gondizalves
Fundação Stela e Oswaldo Bomfim	Maximinos, Sé e Cividade
Associação de Assistência de S. Vicente de Paulo	
Patronato Nossa Senhora da Torre Instituto Monsenhor Airosa	
Santa Casa da Misericórdia de Braga	S. José de S. Lázaro e S. João do Souto
Centro Social da Paróquia de São Lázaro	
Irmandade de Santa Cruz	
Centro Cultural e Social de Santo Adrião	
Lar Conde de Agrolongo	

ERPI	FREGUESIA
Centro Social Paroquial Mire de Tibães	Mire de Tibães
Associação de Pais e Amigos da Freguesia de Cunha	Arentim e Cunha
Associação de Solidariedade Social S. Tiago de Fraião	Nogueira, Fraião e Lamações
Anima Una - Associação de Apoio Social	
Associação Cultural e Recreativa de Cabreiros	Cabreiros e Passos São Julião
Casa do Povo de Tadmim	Tadmim
Centro Social e Paroquial de Aveleda	Celeirós, Aveleda e Vimieiro
Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Vale D'Este	
Centro Social Padre David de Oliveira Martins	Ruilhe
Centro Social Paroquial de Sobreposta	Sobreposta

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS (RNCCI)

Conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social.



Condições gerais para admissão nas diferentes tipologias da RNCCI:

- Alimentação entérica (via oral, sonda gástrica ou intestinal);
- Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- Manutenção e tratamento de estomas;
- Terapêutica parentérica (não oral);
- Suporte respiratório designadamente oxigenoterapia ou ventilação assistida;
- Ajuste e/ou administração terapêutica, com supervisão continuada.

Quem pode ser referenciado para as unidades e equipas da RNCCI?

- Pessoas com limitação funcional, doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase

Responsabilidade da referênciação:

- **Hospital:** quando o doente está internado em Hospitais do Serviço Nacional de Saúde;
- **Equipas de saúde familiar:** quando o doente está no domicílio, internado em hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS (RNCCI)

Conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social.

Unidade de Convalescença

- Na sequência de **doença aguda, com perda de funcionalidade transitória**, com necessidade de cuidados que não podem ser prestados no domicílio. **Previsível recuperação ou ganhos funcionais até 30 dias consecutivos**. Requerem:
 - Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
 - Reabilitação funcional intensiva.

Unidade de Média Duração e Reabilitação

- Na sequência de **doença aguda ou agudização de doença crónica**, com perda de funcionalidade, com necessidade de continuidade de cuidados, reabilitação e apoio social não possíveis no domicílio. Com **estimativa de ganhos funcionais até 90 dias consecutivos**. Requerem:
 - Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
 - Reabilitação funcional.

Unidade de Longa Duração e Manutenção

- Necessidade de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e manutenção do estado funcional, não assegurados no domicílio e com **necessidade de internamento mais de 90 dias consecutivos**. Requerem:
 - Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
 - Reabilitação funcional de manutenção;

- Internamento temporário por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias/ano

Unidades de Dia e Promoção de Autonomia

- Necessidade de apoio social, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados. Funcionam 8h/dia nos dias úteis.

Equipas Domiciliárias

- Disponível para pessoas com dependência transitória/prolongada, que não se deslocam autonomamente, com fragilidade, limitação funcional grave, doença severa, em fase avançada ou terminal, com condições no domicílio que permitem a prestação dos cuidados. Requerem:
 - Prestação de cuidados > 1 vez/dia ou > 1,5 horas/dia, mínimo 3 dias/semana;
 - Cuidados aos fins-de-semana e feriados;
 - Complexidade de cuidados que requeira diferenciação em reabilitação;
 - Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

Cuidados Paliativos

- Esta equipa presta apoio às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e longa duração. Disponível para pessoas com **doenças severas e avançadas, incuráveis e progressivas**, com necessidade de cuidados por tempo indeterminado.

CONTACTOS IMPORTANTES



ENTIDADE	CONTACTO	LINHAS DE APOIO	CONTACTO
Instituto emergência médica	112	Linha de Saúde 24	808 242 424
USF Manuel Rocha Peixoto	253 209 240	Linha nacional de emergência social	144
Bombeiros Voluntários de Braga	253 200 430	Linha intoxicações/INEM-	808 250 143
Serviço de Urgência Hospital de Braga	253 027 000	Linha do cidadão	300 003 990
		Linha do cidadão com deficiência	300 003 990
		Linha do cidadão idoso	800 203 531
		Linha da criança	800 206 656
		Linha APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	116 006
		Linha de apoio da Segurança Social para pessoas com necessidades especiais	808 266 266
		Linha Segurança Social	300 502 502

LINKS ÚTEIS

Carência socioeconómica

<http://www.seg-social.pt/carencia>

Crianças e Jovens

<http://www.seg-social.pt/criancas-e-jovens>

Crianças e Jovens em situação de perigo

<http://www.seg-social.pt/criancas-e-jovens-em-situacao-de-perigo>

Cuidador Informal

<http://www.seg-social.pt/cuidador-informal>

Deficiência

<http://www.seg-social.pt/deficiencia>

Deficientes

<http://www.seg-social.pt/deficientes>

Dependência

<http://www.seg-social.pt/dependencia>

Desemprego

<http://www.seg-social.pt/desemprego>

Doença

<http://www.seg-social.pt/doenca>

LINKS ÚTEIS

Doentes do foro psiquiátrico

<http://www.seg-social.pt/doentes-do-foro-psiquiatrico>

Encargos com Crianças e Jovens

<http://www.seg-social.pt/encargos-com-as-criancas-e-jovens>

Família e Comunidade

<http://www.seg-social.pt/familia-e-comunidade>

Idosos

<http://www.seg-social.pt/idosos>

Invalidez

<http://www.seg-social.pt/invalidez>

Isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica

<https://www.sns24.gov.pt/servico/pedir-isencao-de-taxa-moderadora/>

Maternidade e Paternidade

<http://www.seg-social.pt/maternidade-e-paternidade>

Morte

<http://www.seg-social.pt/morte>

Produtos de apoio do Instituto Nacional para Reabilitação

www.inr.pt

Regime Especial de Participação no Custo dos Medicamentos

<https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-%20competicacao-de-medicamentos/>

Reforma

<http://www.seg-social.pt/reforma>

Toxicodependentes

<http://www.seg-social.pt/toxicodependentes>

Vítimas de violência doméstica

<http://www.seg-social.pt/vitimas-de-violencia-domestica>

BIBLIOGRAFIA

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. Cuidados à Sonda de Gastrostomia PEG ou Botão. <https://www.aeop.pt/ficheiros/e5c37103dd7f7829adb814f9332c8b77.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006: Criação Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 6 de Junho. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Elcos Sociedade Portuguesa de Feridas. Guia de Bolso- Prevenção da Úlcera por Pressão para o cuidador Informal. ISBN: 978-98935042-4-6
- Instituto da Segurança Social. Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal- Cuidador Informar Principal e Cuidador Informal Não Principal. https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto%2BCuidador%2BInformal%2BPrincipal%2BBe%2BCuidador%2BInformal%2Bn%2BPrincipal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5?utm_source
- Instituto da Segurança Social. GUIA PRÁTICO-SISTEMA DE ATRIBUIÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO (SAPA). https://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/N63_Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Estatuto do Cuidador Informal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Norma n.º 019/2015 atualizada a 29/08/2022- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical- <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas- Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação.
- Unidade de Saúde Familiar Anta. 2014. Manual do Cuidador. <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-do-cuidador-informal-de-utentes-dependentes/>

Elaborado por:
Bebiana Lopes – aluna do 2º ano do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Março de 2025

Aprovado em reunião de CG nºXXXXXX
Rever em Março de 2028

APÊNDICE II- Questionário sociodemográfico e clínico dos pais

Código: _____

Caracterização sociodemográfica e clínica dos pais

Idade: 20-30 anos ☐ 31-40anos ☐ 41-50 anos ☐ 51-60anos ☐

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Estado Civil: Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Outro ☐

Escolaridade: Ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Ensino Superior ☐

Pratica exercício físico: Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo quantas horas semanais: 1h. ☐ 2/3h. ☐ mais de 3h. ☐

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Tem alguma doença? Sim ☐ Não ☐ Se sim, especifique _____

Há alguma pessoa do agregado familiar com excesso de peso/obesidade?

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, especifique _____

Em caso afirmativo:

Está a ser acompanhado relativamente ao excesso de peso?

Psicólogo ☐ Nutricionista ☐ Outro ☐ Qual? _____

Tem conseguido resultado? Sim ☐ Não ☐

APÊNDICE III- Folheto informativo e consentimento informado

FOLHETO INFORMATIVO

Declaração de Consentimento Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia” 1964: (Tóquio 1975: Veneza 1983: Hong Kong 1989; Somerset West e Edimburgo 2000)

Nome do Estudo: “Obesidade infantil – (co) construção de um programa de intervenção com as famílias”

O meu nome é Bebiana Andreia de Freitas Lopes, sou estudante do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Estou a realizar um Projeto de Investigação no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, decorrente do plano de estudos do 2º ano, na USF Manuel Rocha Peixoto, sob orientação da Professora Catarina Alves e Professora Carminda Morais, afetos à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O estudo em questão tem como principal objetivo identificar o impacto de um programa de intervenção co construído com os pais das crianças com diagnóstico de excesso de peso ou obesidade. Mais especificamente, caracterizar estilos de vida dos pais, identificar as principais forças, dificuldades e barreiras enfrentadas pelos pais na implementação de hábitos de vida saudável, co criar o programa de intervenção de combate à obesidade e excesso de peso infantil e avaliar o processo e resultados do programa de intervenção. Assim, este estudo justifica-se pelo facto de a obesidade infantil continuar a ser um problema em crescimento, e um desafio para os cuidados de saúde. Sendo que as famílias assumem um papel preponderante no controlo deste problema.

Para a realização do estudo, a recolha de dados será realizada através da consulta do relatório do PAI Obesidade Infantil efetuada pela USF Manuel Rocha Peixoto, em 2023, para identificação das crianças nascidas, em 2015, com excesso de peso ($IMC \geq 85$ e $P < 97$) ou obesidade ($IMC \geq P97$) e posteriormente à consulta dos processos dos pais através do SClínico. Nesse sentido, solicito autorização para a recolha de dados sociodemográficos referente ao seu filho (idade, IMC...) e a si (idade, contacto...). Após este momento, será enviado para si, para o e-mail que indicar, um questionário sociodemográfico e clínico (escolaridade, sexo, prática de exercício físico, nº horas semanais, IMC, Patologias Associadas) e também uma escala de Estilo de Vida Fantástico que deverá preencher, sendo este último preenchido em dois momentos, antes e depois da intervenção (exemplares dos questionários em anexo). O preenchimento de cada questionário não deverá ocupar mais de 5 minutos do seu tempo.

Como intervenção preconiza-se a realização de sessões em grupo com os pais (rodas de conversa ou World Café). As sessões serão presenciais, realizadas pela Enfermeira Bebiana Lopes com o apoio da Enfermeira Vera Sousa, no Salão Nobre da USF MRP sendo que os pais serão convocados através de contacto telefónico pela Enfermeira Vera Sousa.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos participantes.

Deste estudo, poderão resultar publicações científicas, no entanto, os resultados serão sempre tratados de forma anónima. Os dados recolhidos serão sujeitos a um processo de pseudonimização por forma a nunca tornar identificáveis os participantes enquanto estiver a decorrer o tratamento de dados, sendo no final do estudo a anonimização total garantida. Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão conservados até à publicação final dos seus resultados não devendo ultrapassar o prazo de 6 meses.

É garantido ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante contacto com o investigador (conforme contacto abaixo) ou mediante pedido escrito dirigido ao encarregado de proteção de dados (dpo@hb.min-saude.pt).

Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao investigador principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas, o que não invalida, no entanto, que o tratamento dos dados efetuado até essa data esteja legitimado pelo consentimento previamente dado.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do Hospital de Braga (dpo@hb.min-saude.pt) ou através de queixa dirigida à autoridade nacional de controlo (www.cnpd.pt).

Agradeço desde já, a sua disponibilidade e cooperação.

A investigadora responsável: Bebiana Andreia de Freitas Lopes

Contactos: E-mail: bebianalopes@ipvc.pt

Tomei conhecimento: _____ Data __/__/____

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado (nome completo, em maiúsculas) _____, tomei conhecimento de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia do objetivo e finalidade do estudo de investigação e da forma como vou participar no estudo “Obesidade infantil – (co) construção de um programa de intervenção com as famílias”, a ser realizado por Bebiana Andreia de Freitas Lopes.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

1) Aceito participar no estudo:

Sim Não

2) Aceito ser contactado por telefone:

Sim Outro

Se Outro, indique qual o contacto: _____

3) Autorizo a Recolha e Tratamento dos dados:

Sim, autorizo Não autorizo

Nota: Este documento é composto por 2 cópias e feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para o participante.

Data: ____/____/2025

Assinatura do participante:
